

Legge regionale 02 gennaio 1995, n.1

Disciplina sull'organizzazione funzionamento delle Unità sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere ai sensi degli artt. 3 e 4 del D.L. 30-12-1992, n. 502 e successive modificazioni

ARTICOLO 1

(Oggetto)

1. In attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 27 ottobre 1992, n. 421", come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, di seguito denominato decreto delegato, la presente legge:

- a) determina i principi generali dell'organizzazione e del funzionamento delle unità sanitarie locali, di cui all'articolo 2 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49 e delle aziende ospedaliere, di cui all'articolo 4 della medesima legge, di seguito denominate, congiuntamente, aziende sanitarie;
- b) stabilisce le procedure generali per la formazione degli atti della programmazione sanitaria regionale e disciplina, in via transitoria, l'attività di controllo;
- c) individua le modalità di finanziamento delle aziende sanitarie;
- d) detta norme finali e di prima applicazione per la costituzione delle aziende sanitarie.

Titolo I

LE LINEE DELL'ORGANIZZAZIONE E DEL FUNZIONAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE

Capo I

PRINCIPI ORGANIZZATIVI

ARTICOLO 2

(Generalità e principi organizzativi)

1. Le aziende sanitarie, nel rispetto delle norme contenute nella presente legge, provvedono alla determinazione della specifica organizzazione mediante il regolamento generale.

2. In applicazione dei principi di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni ed integrazioni, ed in particolare dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del citato decreto, le attività di produzione ed erogazione delle prestazioni, di cui all'articolo 4, comma 1, 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 deve essere attuata in coerenza ai seguenti criteri:

- a) l'integrazione delle attività al fine di conseguire il migliore livello qualitativo delle prestazioni ed il conseguimento degli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e locale;
- b) l'utilizzo responsabile e controllato delle risorse disponibili;
- c) l'integrazione fra attività della direzione aziendale, di cui all'articolo 19 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, e attività di erogazione delle prestazioni, nonché il raccordo tra la direzione aziendale stessa e le strutture organizzative definite dalle aziende sanitarie in base alle disposizioni della presente legge.

4. Il funzionamento delle aziende ospedaliere, come definite dall'articolo 3, comma 2, lettera b) della presente legge, tiene conto, ai sensi dell'articolo 10 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, della presenza delle attività assistenziali delle facoltà di medicina.

ARTICOLO 3

(Centro direzionale e livelli gestionali)

1. Il centro direzionale delle aziende sanitarie e' la struttura organizzativa di cui si avvale la direzione aziendale per lo svolgimento delle proprie funzioni.

2. Oltre che a livello del centro direzionale, le funzioni aziendali sono svolte ai seguenti livelli:

- a) per le unità sanitarie locali, a livello delle zone di cui all'articolo 3 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49;
- b) per le aziende ospedaliere di cui all'articolo 4 della medesima legge regionale, che si caratterizzano oltre che per il loro rilievo nazionale e l'alta specializzazione anche per la partecipazione alle stesse dell'università, e che di seguito sono denominate aziende ospedaliere, a livello dei loro presidi ospedalieri.

3. Presso il centro direzionale il direttore generale si avvale, anche in forma collegiale, del contributo dei responsabili dei comitati dei dipartimenti di cui agli articoli 13 e 14, nonché degli staff e delle aree funzionali amministrative e tecniche di cui all'articolo 8, comma 7 e del coordinatore infermieristico e del coordinatore tecnico sanitario di cui all'articolo 8, comma 8.

ARTICOLO 4 (Funzioni operative)

1. Le aziende sanitarie assicurano le prestazioni necessarie a raggiungere i livelli di assistenza previsti dal piano sanitario regionale. Il complesso di attività fra loro omogenee, finalizzato alla produzione ed erogazione delle prestazioni, è definito funzione operativa; le funzioni operative delle aziende sono quelle indicate dal piano sanitario regionale, secondo le procedure previste dall'articolo 5 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, nel quale tali funzioni operative sono elencate in apposito repertorio.

2. Il repertorio di cui al comma 1 raggruppa le funzioni operative in relazione ai livelli gestionali individuati dall'articolo 3, comma 2.

3. Le funzioni operative sono esercitate attraverso strutture organizzative definite professionali e funzionali.

Capo II LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE PROFESSIONALI

ARTICOLO 5 (Strutture organizzative professionali delle aziende sanitarie e loro compiti)

1. È definita struttura organizzativa professionale l'insieme del personale in possesso degli specifici requisiti tecnico-professionale necessari allo svolgimento delle funzioni operative indicate nel repertorio di cui all'articolo 4, comma 1. Le strutture organizzative professionali dipendono funzionalmente dalla struttura funzionale in cui sono collocate, in base a quanto previsto nel capo III del presente titolo.

2. Sono strutture organizzative professionali le unità operative, le sezioni e gli uffici.

3. Si definisce unità operativa la struttura organizzativa direttamente titolare di una funzione operativa, dotata di piena autonomia tecnico-professionale.

4. Si definiscono sezione ed ufficio le strutture che non sono direttamente titolari di funzioni operative e la cui autonomia è esercitata nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile della unità operativa di riferimento, titolare della funzione operativa. La sezione è costituita per lo svolgimento di attività sanitarie, gli uffici per le altre attività.

5. Si definisce proiezione l'articolazione organizzativa costituita da una o più unità di personale inserita in

un'unità operativa, diversa da quella dalla quale deriva la propria funzione operativa. La proiezione risponde, sotto il profilo professionale, alle direttive impartite dall'unità operativa di riferimento e, sotto il profilo organizzativo, alle direttive impartite dal responsabile della struttura organizzativa in cui è inserita.

6. Le strutture organizzative professionali svolgono, nell'ambito della struttura organizzativa funzionale di appartenenza, i seguenti compiti:

- a) attuano i programmi loro attribuiti dalla pianificazione aziendale provvedendo all'utilizzo finale delle risorse assegnate;
- b) concorrono alla formazione dei piani aziendali e, per le materie di loro competenza, alla formazione delle direttive per la realizzazione dei medesimi;
- c) partecipano alle procedure informative, a quelle contabili, di verifica di gestione e di verifica e revisione della qualità delle prestazioni, istituite dall'azienda;
- d) partecipano alle procedure aziendali di formazione permanente, di miglioramento dei livelli qualitativi, nonché alle iniziative di educazione sanitaria, di informazione e di miglioramento dei rapporti nei confronti dell'utenza;
- e) partecipano, nell'ambito della struttura organizzativa funzionale nella quale sono inserite ed in relazione ai risultati conseguiti rispetto ai compiti assegnati, ai programmi aziendali di incentivazione degli operatori e di sviluppo del livello delle dotazioni tecnologiche e strumentali.

ARTICOLO 6

(Criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali)

1. Le aziende sanitarie assicurano ad ogni struttura organizzativa le condizioni per il massimo sviluppo della qualificazione professionale, nonché l'utilizzazione ottimale delle risorse disponibili, tenuto conto per le funzioni ospedaliere dei ruoli reciproci dei presidi delle unità sanitarie locali e di quelli delle aziende ospedaliere che insistono sul medesimo territorio. Le unità operative sono costituite in corrispondenza di adeguati livelli di attività, valutati dalle aziende sanitarie nel rispetto delle indicazioni di cui al comma 2 al fine di assicurare il miglior livello qualitativo alle prestazioni erogate ed alla attività svolta, migliorando gli standard di accreditamento:

- a) consentendo alla struttura di affrontare, con continuità, tutte le problematiche operative e professionali tipiche delle funzioni svolte;
- b) permettendo un costante aggiornamento professionale ed un

progressivo miglioramento della capacità operativa in una struttura di dimensioni congrue;

- c) garantendo l'adeguamento del livello delle dotazioni strumentali alla evoluzione delle tecnologie di settore, con la concentrazione dei necessari investimenti in strutture ad elevato potenziale di utilizzo.

2. Il piano sanitario regionale individua i livelli di operatività relativi alle funzioni di cui all'articolo 4 della presente legge, corrispondenti a bacini di utenza o a volumi di attività, al di sotto dei quali non è consentita la costituzione di unità operativa.

Tali livelli sono denominati soglie operative. Il piano sanitario individua altresì i margini di flessibilità nell'utilizzo di tali soglie in relazione a particolari condizioni territoriali, epidemiologiche e demografiche, nonché i criteri per la costituzione di unità operative aggiuntive.

3. Per le aziende ospedaliere, nell'ambito dei protocolli di intesa per le attività assistenziali stipulati tra la regione e le università toscane secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 2, comma 5, lett. a) e comma 6, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, sono determinati:

- a) i criteri generali di riferimento per la 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 necessari a garantire l'adeguata qualificazione delle strutture organizzative professionali;
- c) i criteri di applicazione delle funzioni operative previste dal repertorio di cui all'articolo 4, comma 1, alle aziende ospedaliere.

4. Le aziende ospedaliere, sulla base delle disposizioni della presente legge e delle indicazioni del piano sanitario regionale, determinano le proprie strutture organizzative professionali anche nell'ambito degli accordi convenzionali di cui all'articolo 10, comma 3, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49. Le aziende ospedaliere possono costituire in via sperimentale, previa autorizzazione della giunta regionale, strutture organizzative per funzioni operative non previste nel repertorio di cui all'articolo 4, comma 1. Tali strutture possono essere mantenute e finanziate in via definitiva dalle aziende medesime, a seguito di verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati economici conseguiti nell'arco di un triennio, previo inserimento della relativa funzione operativa nel repertorio con le procedure previste per l'aggiornamento del piano sanitario regionale.

5. Le aziende sanitarie valutano, in riferimento alla

complessita' ed alla rilevanza delle attivita' da svolgere, ove non costituita l'unita' operativa, l'opportunita' di costituire sezioni o uffici. Le aziende sanitarie valutano, altresì, la necessita' di articolare in sezioni o uffici le unita' operative costituite.

ARTICOLO 7

(Responsabilita' delle strutture organizzative professionali)

1. La responsabilita' dell'unita' operativa e' attribuita dal direttore generale quale incarico ad un dirigente, che assume la denominazione di direttore. Tali incarichi sono conferiti tenuto conto di quanto di seguito specificato:

- a) per il personale di cui all'articolo 15 del decreto delegato, fatto salvo quanto previsto alla lettera b), la responsabilita' puo' essere attribuita solo come secondo livello dirigenziale ed e' richiesto il possesso dell'idoneita' nazionale all'esercizio delle funzioni di direzione di cui all'articolo 17 del decreto delegato, o di titolo equipollente ai sensi della legislazione vigente;
- b) per le unita' operative relative alle professioni infermieristiche, tecnico-sanitarie, di riabilitazione e di vigilanza ed ispezione, la responsabilita' e' attribuita ad un dirigente della relativa professione.
- c) per gli incarichi relativi ai dirigenti di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive variazioni ed integrazioni, si applicano le norme ivi contenute;
- d) per le strutture organizzative professionali universitarie delle aziende ospedaliere, gli incarichi sono conferiti dal direttore generale su designazione del rettore.

2. Per gli incarichi relativi alle unita' operative di assistenza sociale la responsabilita' e' attribuita, quale incarico, dal direttore generale secondo quanto previsto dalla legge regionale 30 aprile 1992, n. 16 come modificata dalla legge regionale 2 settembre 1992, n. 42.

3. La responsabilita' delle sezioni o degli uffici e' attribuita, quale incarico del direttore generale, su proposta del direttore dell'unita' operativa di riferimento ad un dirigente. Per gli incarichi relativi alla sezione di assistenza sociale, la responsabilita' e' attribuita ad un assistente sociale coordinatore.

Capo III

LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE FUNZIONALI

ARTICOLO 8

(Organizzazione dipartimentale delle aziende sanitarie)

1. Al fine di conseguire un livello direzionale adeguato e una forte integrazione delle varie modalita' operative, le aziende sanitarie sono organizzate e dirette attraverso strutture funzionali.

2. Le strutture organizzative delle unita' sanitarie locali sono i dipartimenti territoriali e le relative aree funzionali di zona ed il dipartimento ospedaliero e le relative aree funzionali di professionalita' omogenea.

3. Le strutture funzionali delle aziende ospedaliere sono le aree funzionali di professionalita' omogenea.

4. Nelle forme indicate dal successivo articolo 14, ogni azienda sanitaria costituisce o partecipa alla costituzione del dipartimento di emergenza e urgenza.

5. Ove non siano costituite strutture funzionali, le attivita' che richiedono la partecipazione di piu' strutture organizzative, professionali o funzionali, sono svolte d'intesa tra i responsabili delle strutture interessate sulla base di appositi protocolli. In ogni caso, il direttore generale determina le forme nelle quali e' organizzato il coordinamento di tali attivita', anche attraverso la costituzione, in relazione alla rilevanza delle attivita' stesse e ove non siano costituite strutture organizzative funzionali, di appositi gruppi di lavoro.

6. Le aziende sanitarie, per soddisfare le esigenze di omogenea realizzazione dei piani aziendali o in relazione ai progetti obiettivo ed alle azioni programmate previste dal piano sanitario regionale, possono altresì costituire appositi dipartimenti tecnico scientifici. A tal fine il direttore generale determina:

- a) i protocolli che devono essere elaborati per consentire lo svolgimento delle attivita' programmate;
- b) le strutture organizzative impegnate nelle attivita' del dipartimento.

Per l'elaborazione, l'aggiornamento e la verifica dei protocolli di cui alla lettera a), viene individuato un coordinatore tra i responsabili delle strutture organizzative interessate all'attivita' tecnico-scientifiche del dipartimento. Per l'esercizio delle competenze, il coordinatore puo' avvalersi di un gruppo di lavoro appositamente costituito. Le determinazioni elaborate dal coordinatore sono adottate, ai fini della concreta attuazione dei protocolli, dalla direzione aziendale.

7. Presso il centro tecnico direzionale delle aziende sanitarie le strutture organizzative professionali corrispondenti alle funzioni amministrative, tecniche e di supporto alla direzione aziendale, indicate dal repertorio di cui all'articolo 4, comma 1, sono organizzate nelle seguenti aree funzionali:

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

8. Per le finalità di cui al comma 1, in relazione alle attività di assistenza infermieristica ed a quelle tecnico sanitarie, le funzioni di coordinamento di cui all'articolo 27, comma 3, lettere e) ed f) della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, sono svolte dal coordinatore infermieristico e dal coordinatore tecnico sanitario. I coordinatori sono nominati dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, tra i direttori delle unità operative interessate.

ARTICOLO 9

(I dipartimenti territoriali delle unità sanitarie locali)

1. Sono dipartimenti territoriali delle unità sanitarie locali:

- a) il dipartimento della prevenzione;
- b) il dipartimento delle attività sanitarie di comunità;
- c) il dipartimento di assistenza sociale;
- d) il dipartimento della salute mentale;
- e) il dipartimento delle dipendenze.

Per il dipartimento di cui alla precedente lettera e) il piano sanitario regionale determina i criteri per la sua costituzione. Il piano sanitario individua altresì ulteriori eventuali dipartimenti, determinando i relativi criteri di costituzione.

2. I dipartimenti territoriali coadiuvano la direzione aziendale nelle attività di pianificazione e svolgono in particolare i seguenti compiti:

- a) coordinando le aree funzionali di cui al successivo comma 3, assicurando che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio della unità sanitaria locale, nonché attuando verifiche periodiche della attività svolta, in coerenza con i sistemi di controllo gestionale e di qualità delle prestazioni aziendali;
- b) contribuiscono alla allocazione delle risorse sulla base delle indicazioni del piano sanitario regionale;
- c) garantiscono, attraverso la predisposizione dei programmi dipartimentali, che le risorse siano attribuite al territorio secondo le indicazioni del piano attuativo locale di cui all'articolo 6, comma 3, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49;
- d) concorrono alla definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori.

3. I dipartimenti di cui al comma 1 si articolano, al livello

della zona, in aree funzionali, che raggruppano le varie strutture organizzative professionali di competenza del dipartimento.

Sono compiti delle aree funzionali:

- a) assicurare il necessario grado di integrazione tra le attività che risultano strettamente complementari ai fini della erogazione delle prestazioni, ferma restando la responsabilità professionale delle unità operative di riferimento;
- b) gestire le risorse attribuite all'area funzionale garantendo l'uso integrato delle stesse per migliorare i livelli qualitativi, quantitativi ed economici del sistema, garantendo altresì la gestione unitaria delle aree operative degli spazi e delle attrezzature comuni;
- c) applicare metodologie e protocolli comuni per la realizzazione dei compiti affidati;
- d) garantire lo svolgimento integrato dei compiti delle unità operative ed in particolare di quelli di cui al comma 6, lettera e) dell'articolo 5.

ARTICOLO 10

(Il dipartimento ospedaliero delle unità sanitarie locali)

1. Il dipartimento ospedaliero delle unità sanitarie locali coadiuva la direzione aziendale in particolare per quanto attiene:

- a) alla definizione delle linee della programmazione ospedaliera, anche in relazione ai necessari rapporti con le aziende ospedaliere, soprattutto quando queste insistono sul territorio della unità sanitaria locale;
- b) alla organizzazione della rete ospedaliera;
- c) alla ripartizione delle risorse ed alla distribuzione delle attività tra i vari presidi ospedalieri, sulla base delle valutazioni dei bisogni sanitari della popolazione e della stima dei fabbisogni di prestazioni.

2. Per ogni unità sanitaria locale sono costituite aree funzionali ospedaliere che raggruppano le strutture organizzative professionali presenti nelle zone nei seguenti settori omogenei:

- a) medico;
- b) chirurgo;
- c) delle terapie intensive;
- d) materno infantile;
- e) delle attività di laboratorio;
- f) della diagnostica per immagini.

3. Le aree funzionali ospedaliere svolgono gli stessi compiti previsti all'articolo 9, comma 3.

ARTICOLO 11

(Integrazione tra i dipartimenti territoriali e i dipartimenti ospedalieri)

1. Al comitato direttivo del dipartimento ospedaliero partecipano i responsabili dei comitati direttivi dei dipartimenti territoriali.
2. Ai comitati direttivi dei dipartimenti territoriali partecipa un rappresentante del comitato direttivo del dipartimento ospedaliero.

ARTICOLO 12

(Le aree funzionali delle aziende ospedaliere)

1. Ogni azienda ospedaliera definisce con il regolamento, l'articolazione delle proprie strutture organizzative professionali in aree funzionali di professionalità omogenea tenuto conto di quelle di cui all'articolo 10 comma 2. Il presidio ospedaliero delle aziende ospedaliere è di norma unico. Ove l'azienda sia costituita su più presidi, può individuare le aree funzionali presenti nei diversi presidi.
2. Le aree funzionali di cui al comma 1 coadiuvano la direzione aziendale nella pianificazione delle attività con particolare riferimento ai seguenti compiti:
 - a) assicurano che le strutture organizzative professionali di competenza operino attraverso programmi integrati di lavoro e attuino verifiche periodiche dell'attività svolta, in coerenza con i sistemi di controllo gestionale e di qualità delle prestazioni aziendali;
 - b) contribuiscono alla definizione delle risorse da attribuire alle strutture organizzative professionali di competenza;
 - c) concorrono alla definizione di programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori;
 - d) garantiscono lo svolgimento integrato dei compiti delle unità operative ed in particolare di quelli di cui al comma 6, lettera e) dell'articolo 5.

ARTICOLO 13

(Organismi dipartimentali e relativa costituzione)

1. Per ciascuno dei dipartimenti previsti dagli articoli 9, comma 1 e 10, comma 1, è costituito un comitato direttivo.
2. Per ciascuna delle aree funzionali di cui all'articolo 9, comma 3, ed all'articolo 10, comma 2, viene individuato un responsabile, tra i direttori delle unità operative afferenti all'area, che è nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario o del coordinatore dei servizi sociali in

relazione alle rispettive competenze.

3. I responsabili delle aree funzionali fanno parte dei comitati direttivi per ognuno dei dipartimenti di cui al comma 1. Allo scopo di garantire la presenza nel comitato delle varie figure professionali, il direttore generale nomina ulteriori componenti tra i direttori delle strutture organizzative professionali presenti nelle aree funzionali, designati, secondo le rispettive competenze, dal direttore sanitario e dal coordinatore dei servizi sociali.

4. Per ciascun comitato di dipartimento delle unita' sanitarie locali, il direttore generale nomina un responsabile, individuato tra i responsabili delle aree funzionali, su proposta del direttore sanitario e, per il dipartimento territoriale di assistenza sociale, su proposta del coordinatore dei servizi sociali.

5. Nelle unita' sanitarie locali costituite in una sola zona, i responsabili delle aree funzionali assistono il direttore sanitario e il coordinatore dei servizi sociali, per le rispettive competenze, nell'esercizio delle loro funzioni.

6. Nelle aziende ospedaliere i responsabili delle aree funzionali ospedaliere vengono individuati con le modalita' di cui al comma 2 e assistono il direttore sanitario dell'azienda medesima. La responsabilita' generale delle strutture funzionali del presidio ospedaliero e' competenza del direttore sanitario dell'azienda ospedaliera, il quale puo' avvalersi di specifici referenti nel caso di articolazione in piu' presidi.

ARTICOLO 14

(Il Dipartimento dell'emergenza-urgenza)

1. In ogni unita' sanitaria locale e' costituito, previa identificazione del presidio ospedaliero di riferimento, il dipartimento dell'emergenza-urgenza.

Tale dipartimento, per il raggiungimento delle proprie finalita', organizza le necessarie funzioni, attivita' e presidi presenti sul territorio dell'unita' sanitaria locale. Al dipartimento e' preposto un comitato direttivo costituito, presso il centro direzionale, dai responsabili delle aree funzionali ospedaliere delle terapie intensive nonche' da un direttore di unita' operativa per ciascuna delle funzioni operative proprie del dipartimento. Il responsabile del dipartimento e' nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, tra i membri del comitato. Presso il dipartimento dell'emergenza-urgenza e' costituito il centro operativo del dipartimento stesso. Le attivita' del dipartimento sono disciplinate con apposito regolamento adottato dall'unita' sanitaria locale.

2. Nelle unita' sanitarie locali sul cui territorio insiste una

azienda ospedaliera, al dipartimento dell'emergenza-urgenza partecipa obbligatoriamente l'azienda ospedaliera, che di norma rappresenta il presidio ospedaliero di riferimento. La specifica disciplina dei relativi rapporti, ivi comprese le modalita' di istituzione e funzionamento del comitato direttivo unificato e l'attribuzione della responsabilita' del dipartimento, e' determinata da apposita convenzione tra le aziende interessate. Tale convenzione stabilisce, in relazione alle strutture organizzative dell'azienda ospedaliera:

- a) la consistenza dell'area funzionale delle terapie intensive;
- b) la consistenza organizzativa che assumono le funzioni mediche e chirurgiche che partecipano in modo stabile al dipartimento, per le attivita' ospedaliere di pronto soccorso;
- c) le modalita' e le dotazioni con le quali funzioni operative, collocate nelle aree funzionali ospedaliere, ivi comprese quelle relative alle attivita' di laboratorio e della diagnostica per immagini, partecipano alle attivita' del dipartimento assicurando continuativamente le prestazioni di propria competenza.

3. Le caratteristiche ed i requisiti operativi dei presidi, ed in particolare dei centri per l'emergenza territoriale, di quelli di primo soccorso e del pronto soccorso ospedaliero, nonche' le modalita' di partecipazione al sistema regionale dell'emergenza-urgenza dei dipartimenti di cui al presente articolo, sono quelli stabiliti con deliberazione del consiglio regionale 19 febbraio 1992, n. 106, Con apposita azione programmata del piano sanitario regionale sono definiti i principi per la riorganizzazione complessiva del sistema regionale dell'emergenza-urgenza.

ARTICOLO 15

(Zone e distretti delle unita' sanitarie locali)

1. Per le aree funzionali relative al dipartimento ospedaliero, il direttore generale nomina, per ciascuna zona, un dirigente medico, in possesso dell'idoneita' di cui all'articolo 17 del decreto delegato e, fino all'espletamento degli esami di cui al comma 6 del citato articolo, in possesso dei requisiti di cui al comma 11 del medesimo articolo. In via subordinata puo' essere nominato un dirigente con esperienza di coordinamento sanitario svolta ai sensi della legge regionale 38/90. Tale dirigente svolge funzioni di coordinamento delle aree funzionali nonche' quelle di direttore sanitario del presidio ospedaliero, ai sensi dell'articolo 4, comma 9 del decreto delegato. Il dirigente medico del presidio ospedaliero per l'espletamento delle proprie funzioni si avvale anche di apposite professionalita' esistenti nel settore dell'igiene e dell'organizzazione ospedaliera.

2. Nella zona fiorentina nord-ovest, l'unita' sanitaria locale, in relazione al disposto di cui all'articolo 6, comma 1 della legge regionale 2 settembre 1992, n. 42, individua due distinte

articolazioni funzionali dei dipartimenti territoriali di cui all'articolo 9. Una di tali articolazioni ha competenza sul territorio del comune di Firenze.

3. In ciascuna zona le strutture organizzative professionali corrispondenti alle funzioni operative che non vengono esercitate in forma esclusiva in singoli dipartimenti, operano in relazione al responsabile di zona di cui al comma 5 il quale si avvale per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo zonale, ivi comprese quelle di cui all'articolo 4, comma 9 del decreto delegato, del responsabile della struttura organizzativa amministrativa individuata dal repertorio di cui all'articolo 4, comma 1.

4. Le aree funzionali di cui all'articolo 9, comma 3 si articolano funzionalmente anche a livello distrettuale. L'unità sanitaria locale individua le modalità organizzative dei propri distretti in relazione alle previsioni di cui all'articolo 3 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, avuto riguardo alla dimensione del bacino distrettuale, alla rilevanza e complessità delle prestazioni assicurabili, nonché alle modalità con le quali sono assicurati i livelli di assistenza previsti dal piano sanitario regionale. In ogni distretto è costituito l'ufficio di coordinamento distrettuale composto da un dirigente sanitario e da un coordinatore sociale, nominati dal direttore generale su proposta rispettivamente del direttore del dipartimento delle attività sanitarie di comunità e del coordinatore del dipartimento di assistenza sociale. Fra i compiti del distretto vi sono quelli di:

- a) realizzare l'integrazione tra le attività svolte ed in particolare tra le attività sanitarie e quelle di assistenza sociale;
- b) promuovere l'effettiva partecipazione dei medici convenzionati nell'erogazione delle prestazioni, anche attraverso iniziative a carattere sperimentale, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione. Il regolamento dell'unità sanitaria locale dovrà prevedere modalità di partecipazione e di responsabilizzazione, nell'uso delle risorse, dei medici convenzionati;
- c) sviluppare iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti sulle attività complessivamente assicurate dal servizio sanitario regionale, garantendo la fruizione dei servizi assicurabili dai presidi distrettuali e l'accesso programmato a quelli forniti dagli altri presidi.

5. Nelle unità sanitarie locali il cui territorio sia articolato in più zone, a ciascuna di essa è preposto un responsabile incaricato dal direttore generale. L'incarico viene attribuito ad un direttore di struttura organizzativa od a un responsabile

di struttura funzionale dell'unita' sanitaria locale e puo', con provvedimento motivato, essere revocato in qualsiasi momento. Il responsabile di zona esercita, sulla base e nei limiti delle deleghe attribuite dal direttore generale, le seguenti funzioni:

- a) assicura il coordinamento tra le aree funzionali territoriali ed il presidio ospedaliero anche attraverso momenti collegiali cui partecipano i responsabili delle aree funzionali territoriali, il coordinatore sanitario del presidio ospedaliero e il responsabile della struttura amministrativa di cui al comma 3;
- b) assicura rapporti permanenti di informazione e collaborazione con l'articolazione zonale della conferenza dei sindaci;
- c) svolge le attivita' previste dal regolamento aziendale, avvalendosi della struttura amministrativa di cui al comma 3.

6. Nel caso l'incarico di cui al comma 5 sia affidato in forma esclusiva, viene mantenuto il trattamento economico in godimento al momento del conferimento dell'incarico.

Capo IV

IL REGOLAMENTO AZIENDALE

ARTICOLO 16

(Il regolamento generale delle aziende sanitarie)

1. Il direttore generale e' il responsabile del buon andamento dell'azione amministrativa. Entro 180 giorni dalla data di immissione nelle funzioni, adotta il regolamento generale della azienda sanitaria nel quale e' contenuta la disciplina per la definizione complessiva dell'organizzazione aziendale.

In particolare il regolamento:

- a) individua la sede legale dell'azienda;
- b) individua le strutture organizzative, determina le loro competenze e le dotazioni organiche per funzione operativa;
- c) determina le competenze dei responsabili delle strutture individuate ed i rapporti fra le strutture stesse;
- d) determina le procedure per la sostituzione del direttore amministrativo e sanitario e del coordinatore dei servizi sociali della unita' sanitaria locale, in caso di assenza o impedimento, anche al fine dell'espressione dei pareri di loro competenza;
- e) disciplina le modalita' per il conferimento delle deleghe di cui all'articolo 16 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, fatto salvo quanto previsto al comma 2;
- f) stabilisce, per le unita' sanitarie locali, le modalita' mediante le quali i responsabili di zona ed i responsabili dei comitati di dipartimento partecipano ai processi decisionali della direzione aziendale;
- g) determina, per le unita' sanitarie locali, gli atti e le attivita' alla cui adozione o svolgimento sono competenti, in via ordinaria, il responsabile di zona ed il dirigente di cui

- all'articolo 15, comma 1;
- h) disciplina le modalita' di partecipazione ai comitati di cui agli articoli 13 e 14 dei medici convenzionati, anche al fine di consentire lo sviluppo dell'accesso ai presidi delle aziende sanitarie dei medici di fiducia, nell'interesse della continuita' assistenziale nei confronti degli utenti;
 - i) garantisce la partecipazione degli utenti prevista dall'articolo 14 del decreto delegato.

2. Il regolamento, ai fini della delega, disciplina forme di pubblicita' dei provvedimenti con cui la stessa e' conferita e revocata, nonche' l'esercizio dei poteri sostitutivi da parte del direttore generale, in caso di inerzia o di adozione di atti ritenuti illegittimi o inopportuni. In caso di delega di atti al responsabile di zona ed ai dirigenti di cui all'articolo 9, commi 1 e 2, il regolamento dell'unita' sanitaria locale prevede altresì le modalita' di vigilanza e controllo della direzione aziendale sugli atti delegati.

3. Il regolamento generale delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 3, comma 2, lettera b), tiene conto della presenza delle attivita' assistenziali della facolta' di medicina ai sensi dell'articolo 2, comma 4 della presente legge.

Titolo II

IL CONSIGLIO DEI SANITARI

ARTICOLO 17

(Il consiglio dei sanitari delle unita' sanitarie locali)

1. Sono membri di diritto del consiglio dei sanitari, in aggiunta al direttore sanitario:

- a) i responsabili dei comitati direttivi dei dipartimenti di cui all'articolo 13, comma 4;
- b) il responsabile del dipartimento di emergenza-urgenza;
- c) i dirigenti di cui all'articolo 15, comma 1;
- d) il coordinatore delle attivita' infermieristiche ed il coordinatore delle attivita' tecnico sanitarie di cui all'articolo 8, comma 8.

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

3. Ai fini della formazione della componente elettiva di cui all'articolo 21, comma 1, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, le modalita' per lo svolgimento delle elezioni sono le seguenti:

- a) partecipano all'elezione della rappresentanza medica di cui all'articolo 21, comma 1, lettera a) della citata legge regionale, tutti i medici dipendenti ospedalieri ed extraospedalieri, ivi compresi i medici veterinari;
- b) partecipano all'elezione della rappresentanza degli altri laureati del ruolo sanitario di cui all'articolo 21, comma 1, lettera b), della citata legge regionale, tutti gli altri laureati del ruolo sanitario dipendenti dell'unita' sanitaria locale;
- c) partecipa all'elezione della rappresentanza infermieristica di cui all'articolo 21, comma 1, lettera c), della citata legge regionale, tutto il personale di assistenza infermieristica della unita' sanitaria locale;
- d) partecipa all'elezione della rappresentanza del personale tecnico sanitario di cui all'articolo 21, comma 1, lettera d), della citata legge regionale, tutto il personale tecnico sanitario, di riabilitazione e di vigilanza ed ispezione della unita' sanitaria locale. Per quanto concerne la rappresentanza dei medici convenzionati di cui all'articolo 21, comma 1, lettera a), della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, provvede la federazione regionale dell'ordine dei medici.

4. 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 e' chiamato a concorrere. Risultano eletti coloro che abbiano ottenuto il maggior numero di voti validamente espressi, nel rispetto, comunque, del principio di rappresentativita' delle attivita' ospedaliere ed extraospedaliere di cui all'articolo 21, comma 1, lettere b) e c), della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49.

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

ARTICOLO 18

(Il consiglio dei sanitari delle aziende ospedaliere)

1. Sono membri di diritto del consiglio dei sanitari dell'azienda ospedaliera, in aggiunta al direttore sanitario ed ai responsabili delle aree funzionali, il coordinatore delle attivita' infermieristiche ed il coordinatore delle attivita' tecnico sanitarie.

2. Al fine di assicurare la piena rappresentativita' nel consiglio sanitario delle componenti professionali relative al

personale sanitario laureato, il direttore generale designa, fino ad un massimo di cinque, membri di diritto individuati tra i dirigenti di tali professionalita', tenendo conto dei livelli di responsabilita' nell'organizzazione aziendale.

3. Ai fini della formazione della componente elettiva di cui all'articolo 22, comma 3, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, le modalita' per lo svolgimento delle elezioni sono le seguenti:

- a) partecipano all'elezione della rappresentanza medica di cui all'articolo 22, comma 3, lettera a), della citata legge regionale, tutti i medici ospedalieri e tutti i medici universitari;
- b) partecipano all'elezione della rappresentanza degli altri laureati di cui all'articolo 22, comma 3, lettera c), della citata legge regionale, gli altri laureati del ruolo sanitario dell'azienda ospedaliera e gli operatori sanitari laureati universitari;
- c) partecipa all'elezione della rappresentanza infermieristica di cui all'articolo 22, comma 3, lettera d), della citata legge regionale, tutto il personale di assistenza infermieristica della azienda ospedaliera;
- d) partecipa all'elezione della rappresentanza del personale tecnico sanitario di cui all'articolo 22, comma 3, lettera e), della citata legge regionale, tutto il personale tecnico sanitario e di riabilitazione della azienda ospedaliera.

Per quanto concerne la rappresentanza dei medici convenzionati di cui all'articolo 22, comma 3, lettera b), della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, provvede la federazione regionale dell'ordine dei medici.

4. 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 e' chiamato a concorrere. Risultano eletti coloro che abbiano ottenuto il maggior numero di voti validamente espressi. Contestualmente all'indizione delle elezioni, il direttore generale, vista la composizione della componente medica di diritto e nel rispetto del principio del perfetto equilibrio tra componente medica universitaria e componente medica ospedaliera, di cui all'articolo 22, comma 2, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, ripartisce i dodici seggi spettanti ai medici tra la componente ospedaliera e la componente universitaria. La componente medica universitaria e la componente medica ospedaliera costituiscono raggruppamenti diversi ai fini dell'elezione della rappresentanza medica nel consiglio dei sanitari.

5. In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica di un

membro elettivo si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che e' risultato dalla votazione.

6. 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 pariteticita' delle componenti, di cui all'articolo 22, comma 2, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, il membro elettivo della componente in eccesso che ha conseguito il minor numero di voti al momento dell'elezione e' sostituito dal primo dei non eletti della componente in difetto. Il direttore generale procede alla sostituzione.

ARTICOLO 19

(Il funzionamento del consiglio dei sanitari delle unita' sanitarie locali e delle aziende ospedaliere)

1. Il consiglio dei sanitari dura in carica tre anni. Le elezioni del nuovo consiglio hanno luogo entro 30 giorni dalla cessazione del precedente e sono indette dal direttore generale nei 60 giorni antecedenti la scadenza.

2. In sede di prima costituzione, il direttore generale indice, comunque, le elezioni entro il 31 maggio 1995 e le operazioni elettorali si concludono entro i successivi 45 giorni.

3. Il regolamento generale individua, nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 12, del decreto delegato, gli atti da sottoporre al parere del consiglio dei sanitari.

4. Il consiglio dei sanitari e' convocato dal direttore sanitario che lo presiede. Nella prima seduta il consiglio elegge a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto un vicepresidente.

5. Le sedute del consiglio sono valide solo in caso di partecipazione, in prima convocazione, di almeno la meta' dei componenti. Le determinazioni sono prese a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto. In caso di parita' di voto prevale il voto del Presidente.

Titolo III

I PRESIDI E LE PRESTAZIONI

Capo I

I PRESIDI

ARTICOLO 20

(Generalita')

1. Per l'esercizio delle proprie funzioni le aziende sanitarie regionali utilizzano i propri presidi. Nella presente legge per

presidio si indica l'insieme organizzato delle dotazioni strutturali e strumentali necessario 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 peraltro ospitare più presidi.

2. Per l'organizzazione dei propri presidi le unità sanitarie locali utilizzano le sedi fisiche e le dotazioni strumentali ad esse attribuite ai sensi dell'articolo 5, comma 1 del decreto delegato. Utilizzano inoltre le altre strutture comunque acquisite al proprio patrimonio. Funzionalmente sono inoltre presidi dell'unità sanitaria locale le sedi fisiche messe a disposizione dagli enti locali, in caso di deleghe per la gestione delle funzioni di cui all'articolo 5 della legge regionale 2 settembre 1992, n. 42.

3. Le prestazioni delle unità sanitarie locali, di norma, sono erogate nei presidi delle medesime. Tali prestazioni possono essere inoltre erogate, in conformità alle norme vigenti o in esecuzione di specifici accordi con gli organismi interessati, in sedi diverse, quali scuole ed altre strutture educative pubbliche, istituti giudiziari di prevenzione, custodia, detenzione, pena, rieducazione e recupero, residenze collettive e comunitarie, recapiti domiciliari, veicoli attrezzati per i vari tipi di trasporto sanitario, luoghi di lavoro ed altri spazi di relazione tra operatori ed utenti. Gli accordi di cui sopra dovranno disciplinare tra l'altro la titolarità e le competenze relativamente agli interventi di adeguamento delle strutture utilizzate.

4. L'azienda ospedaliera utilizza, per l'erogazione delle prestazioni di competenza, il complesso dei presidi ad essa attribuiti all'atto della costituzione o successivamente assegnati o acquisiti, le strutture per la formazione con sede nei presidi medesimi.

5. La disciplina dei presidi, nel rispetto dei principi generali di cui alla presente legge nonché della legislazione di settore, è dettata dal piano sanitario regionale e dal piano regionale dell'assistenza sociale.

6. I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dei presidi delle aziende sanitarie sono stabiliti dalla giunta regionale sulla base di quelli minimi definiti ai sensi dell'articolo 8, comma 4, del decreto delegato. La giunta regionale determina altresì i criteri e le procedure di accreditamento, anche avvalendosi degli ordini professionali competenti.

7. Sono presidi del servizio sanitario regionale quelli accreditati delle altre istituzioni sanitarie pubbliche nonché

quelli degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico riconosciuti ai sensi della legislazione vigente, presenti sul territorio regionale.

8. I rapporti tra le aziende sanitarie, per l'utilizzo di presidi diversi da quelli propri, sono regolati da specifici accordi stipulati in conformita' alle vigenti disposizioni. Sono altresì attivati specifici accordi, in conformita' alle vigenti disposizioni, per l'utilizzazione, da parte delle aziende, di presidi di altri soggetti pubblici, ovvero per l'utilizzo da parte di questi ultimi soggetti di presidi propri delle aziende medesime.

9. La disciplina dei requisiti minimi dei presidi delle altre istituzioni sanitarie pubbliche e di quelle private ed i criteri e le procedure di accreditamento sono quelli previsti al comma 6.

ARTICOLO 21

(Organizzazione e funzionamento dei presidi delle aziende sanitarie)

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

2. Il regolamento generale dell'unita' sanitaria locale determina l'attribuzione della responsabilita' dei presidi alla competenza delle singole aree funzionali dipartimentali di zona sulla base della attivita' prevalente in essi effettuata. Il responsabile dell'area funzionale puo' individuare per ciascun presidio di propria competenza un responsabile scelto tra il personale dirigente che opera nel presidio stesso. Il responsabile garantisce l'operativita', l'idoneita' e l'agibilita' funzionale di ciascun presidio della unita' sanitaria locale.

3. Il responsabile del presidio ospedaliero dell'unita' sanitaria locale e' il dirigente di cui all'articolo 15, comma 1. Esso cura, altresì, l'elaborazione del regolamento del presidio ospedaliero e la sua attuazione, avvalendosi dei responsabili delle aree funzionali ospedaliere. Ove il presidio ospedaliero si articola su piu' stabilimenti il responsabile di presidio puo' avvalersi, in relazione alla dimensione degli stessi ed alla loro dislocazione territoriale, di specifici referenti di stabilimento.

4. Per l'azienda ospedaliera il responsabile del presidio ospedaliero e' il direttore sanitario dell'azienda medesima, il quale puo' avvalersi di specifici referenti nel caso di

articolazione in piu' presidi.

Capo II

L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

ARTICOLO 22

(Le prestazioni)

1. L'unita' sanitaria locale assicura ai cittadini residenti sul proprio territorio l'erogazione delle prestazioni previste dai livelli di assistenza del piano sanitario regionale, secondo gli atti della programmazione regionale e locale; per tali prestazioni l'unita' sanitaria locale si fa carico degli oneri relativi, al netto delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria determinate dalla legislazione nazionale e regionale. Nelle stesse forme l'unita' sanitaria locale assicura le prestazioni ai soggetti assimilabili ai residenti ai sensi della vigente normativa. Le aziende sanitarie, ai sensi dell'articolo 14, comma 6 del decreto delegato, adottano opportune modalita' di accesso alle informazioni relative ai flussi delle prestazioni specialistiche, ambulatoriali e diagnostiche, nonche' dei posti letto ospedalieri. Il responsabile sanitario di ciascuna struttura specialistica od ospedaliera si fa carico della funzionalita' di tale sistema di diffusione delle informazioni e ne risponde il direttore sanitario dell'azienda stessa.

2. Per le prestazioni di cui al comma precedente l'unita' sanitaria locale si avvale delle proprie strutture; si avvale altresì, nelle forme previste dalla legislazione nazionale e regionale vigente e nell'ambito degli atti della programmazione regionale e locale ed in relazione all'esercizio della libera scelta dell'utente, delle strutture di altre aziende sanitarie, di quelle di altre istituzioni sanitarie pubbliche e private nonche' dei professionisti di cui all'articolo 23, comma 4.

3. Nelle forme previste dalla presente legge, le aziende sanitarie devono comunque assicurare con le proprie strutture le prestazioni di competenza agli utenti che ne facciano richiesta. Gli oneri relativi, al netto delle quote di partecipazione previste, fanno carico, per i cittadini assistiti dalle altre unita' sanitarie locali della regione, a queste ultime, e per gli altri utenti, agli appositi fondi di compensazione per la mobilita' interregionale o internazionale, secondo le procedure e le modalita' previste dalla legislazione vigente.

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

ARTICOLO 23

(L'accesso alle prestazioni)

1. L'accesso alle prestazioni erogate nei presidi del servizio sanitario regionale, e' subordinato, di norma, alla prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del servizio sanitario nazionale dal medico di fiducia dell'interessato, fatte salve le prestazioni connesse alle attivita' di emergenza-urgenza, quelle relative ai trattamenti sanitari obbligatori, quelle di prevenzione nonche' quelle previste dalla normativa statale e regionale vigente.

2. Ove costituiti centri ambulatoriali per il trattamento di specifiche patologie di rilevanza sociale all'interno dei presidi delle aziende sanitarie, queste ultime ne regolano le funzioni sulla base dei seguenti indirizzi:

- a) le attivita' svolte debbono avere carattere specialistico e non ripetitivo di prestazioni gia' assicurate dal medico di fiducia dell'interessato o da altro specialista del servizio sanitario regionale;
- b) l'accesso alle prestazioni ed ai cicli di attivita' di tali centri e' subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del servizio sanitario nazionale dal medico di fiducia dell'interessato.

3. Per le prestazioni previste da specifiche disposizioni dei piani regionali o dei progetti obiettivo, l'accesso viene disciplinato, nell'ambito delle norme della presente legge, dai medesimi piani regionali e progetti obiettivo.

4. L'accesso all'assistenza farmaceutica e' disciplinato dalle convenzioni di cui all'articolo 8, comma 2 del decreto delegato. Le modalita' di fruizione delle prestazioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sono disciplinate dalle convenzioni di cui all'articolo 8, comma 1 del decreto delegato. L'accesso alle prestazioni erogate dai professionisti di cui all'articolo 8, comma 5 del decreto delegato, disciplinato sulla base degli appositi rapporti ivi previsti, e' subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del servizio sanitario nazionale dal medico di fiducia dell'interessato.

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

controlla, in forma da convenire con i medici di fiducia, che gli accessi siano coerenti con l'atto convenzionale.

ARTICOLO 24

(Il settore privato: la forma diretta)

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

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

2. L'unità sanitaria locale, tenuto conto dei criteri di cui al comma 1, procede alla definizione degli appositi rapporti di cui all'articolo 8, comma 5 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 del piano sanitario regionale di cui al comma 1, determina le modalità operative per l'omogenea realizzazione sul territorio regionale dei rapporti di cui al comma 2.

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

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

ARTICOLO 25

(Il settore privato: la forma indiretta)

1. Il piano sanitario regionale determina prestazioni, comprese nei livelli di assistenza, per le quali è consentito il ricorso, in forma indiretta, anche a soggetti privati diversi da

quelli di cui al precedente articolo. Determina altresì, eventuali prestazioni, non comprese nei livelli di assistenza, per le quali è consentito l'accesso in forma indiretta anche presso le strutture pubbliche. Il rimborso del servizio sanitario regionale, entro il massimo dell'80% della spesa sostenuta al netto dell'eventuale quota di partecipazione alla quale il cittadino sarebbe tenuto per le medesime prestazioni erogate in forma diretta, è determinato al piano sanitario regionale in riferimento a fasce di reddito dell'utenza, e non può comunque superare la somma di cui al comma 2.

2. Il massimo rimborso ammissibile non può superare, per ciascuna prestazione, la misura del 50% delle tariffe determinate dalla giunta regionale. Per le prestazioni previste dal piano e per le quali non

siano state definite le relative tariffe, ai fini della determinazione del riferimento tariffario, la giunta regionale procede sulla base delle tariffe vigenti per prestazioni analoghe o affini ovvero degli effettivi costi di produzione. I cittadini, esentati per motivi di reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria ai sensi della vigente normativa, possono, se l'istituzione privata ne dichiara l'accettazione, delegare la stessa a riscuotere il rimborso spettante.

3. Alla data di pubblicazione del piano sanitario regionale, di cui agli articoli 26 e 27, sono abrogati gli articoli 1, 2, 4, 5, 6, 7 ed 8 della legge regionale 6 aprile 1993, n. 23 "Assistenza specialistica in forma indiretta".

Titolo IV

LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

ARTICOLO 26

(Il piano sanitario regionale)

1. Il piano sanitario regionale è lo strumento di programmazione complessiva di settore con il quale la regione, in adeguamento al piano sanitario nazionale e nell'ambito del programma regionale di sviluppo e delle relative politiche generali di bilancio, definisce gli obiettivi e le linee di governo del servizio sanitario regionale.

2. Il piano sanitario regionale ha durata triennale ed è adottato con deliberazione dal consiglio regionale, su proposta della giunta regionale, entro il 31 luglio dell'anno antecedente al triennio al quale si riferisce la programmazione, ed è comunque adeguato alla legislazione vigente. In prima attuazione si applicano le scadenze di cui all'articolo 38, comma 2.

3. All'aggiornamento del piano si provvede nelle forme e con le cadenze indicate all'articolo 27. Il piano ed i suoi aggiornamenti sono pubblicati sul Bollettino Ufficiale della

Regione Toscana; a decorrere dalla data di pubblicazione si applicano le disposizioni in esso contenute.

ARTICOLO 27

(I contenuti del piano sanitario regionale)

1. Il piano sanitario regionale definisce per il triennio di riferimento:

- a) i livelli di assistenza, da assicurare in condizioni uniformi sul territorio regionale, definiti sulla base di indicatori epidemiologici, clinici e strutturali, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i soggetti assistibili, tenuto conto delle prevedibili disponibilità;
- b) le risorse finanziarie, necessarie ad assicurare per ciascun anno del triennio i livelli di assistenza;
- c) i criteri di riparto delle risorse finanziarie alle unità sanitarie locali e le modalità di compensazione della mobilità sanitaria infraregionale;
- d) le quote di anticipazione alle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, comma 7, lettera a) del decreto delegato nonché eventuali vincoli di utilizzo delle risorse per le aziende sanitarie;
- e) le priorità di intervento ai fini del riequilibrio territoriale delle dotazioni di servizi sanitari, del miglioramento delle condizioni di fruizione da parte dei cittadini e dei livelli qualitativi e di efficienza delle prestazioni nonché per il superamento di condizioni critiche evidenziate anche dagli indicatori epidemiologici e clinici;
- f) gli indicatori di verifica per la qualità delle prestazioni, per l'efficienza dei servizi e per i carichi di lavoro delle aziende sanitarie;
- g) i criteri sulla base dei quali le unità sanitarie locali individuano le istituzioni sanitarie private che esercitano funzioni integrative di quelle pubbliche;
- h) i progetti obiettivo da realizzare tramite l'integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e di quelli di assistenza sociale di competenza degli enti locali;
- i) le azioni programmate di rilievo regionale di cui al comma 3.

2. Il piano sanitario regionale provvede inoltre agli adempimenti ad esso riservati dalla presente legge. Il piano sanitario determina altresì, congiuntamente per il livello delle aziende sanitarie e per quello regionale, gli assetti organizzativi concernenti le attività che interessano il settore della epidemiologia e della prevenzione con particolare riferimento al problema della nutrizione.

3. Nell'ambito del piano sanitario regionale sono adottate specifiche azioni programmate, finanziate con apposite risorse vincolate. Tali azioni sono realizzate dalle aziende sanitarie nell'ambito dei piani attuativi aziendali; delle risorse non

utilizzate entro i termini indicati dalle medesime azioni, si tiene conto in sede di adozione delle successive azioni programmate.

4. Il piano sanitario regionale individua apposita azione programmata per il recepimento delle tematiche bioetiche connesse al trattamento sanitario, di cui alla legge regionale 13 agosto 1992, n. 37.

5. Le disposizioni di cui al comma 1, lettere a), b), c), d), f) e g), e quelle di cui al comma 2, assumono la forma e gli effetti di piano di indirizzo ai sensi dell'articolo 7 della legge regionale 9 giugno 1992, n. 26 "Prima attuazione dell'art. 48 dello Statuto". Tali disposizioni costituiscono vincolo per gli atti amministrativi di competenza delle aziende sanitarie.

6. Le disposizioni di cui al comma 1, lettere b), c), ed i), assumono la forma e gli effetti di piani programma ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 9 giugno 1992, n. 26.

7. I contenuti di cui al comma 1, lettere h) ed i), sono di norma aggiornati annualmente. All'aggiornamento dei rimanenti contenuti del piano sanitario regionale si provvede, di norma, con cadenza triennale.

8. La regione ai fini dell'elaborazione degli atti di programmazione regionale ricerca la collaborazione delle università toscane.

ARTICOLO 28

(L'attuazione del piano sanitario regionale)

1. Il piano sanitario regionale si realizza sul territorio regionale attraverso i piani attuativi delle aziende sanitarie regionali, di cui all'articolo 5, comma 1, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49.

2. La giunta regionale cura l'attuazione del piano sanitario regionale e, a tal fine:

- a) indirizza la formazione dei piani attuativi e delle relazioni sanitarie, anche attraverso l'emanazione di linee guida a carattere tecnico operativo e di schemi tipo per la redazione degli elaborati;
- b) controlla la conformità dei piani attuativi alle disposizioni del piano sanitario regionale emanando eventuali prescrizioni di adeguamento.

3. Nell'attuazione del piano sanitario regionale la giunta regionale si avvale, secondo le rispettive competenze, anche degli organismi consultivi regionali di cui all'articolo 5, comma 5, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49.

ARTICOLO 29

(I piani attuativi e le relazioni sanitarie aziendali)

1. Le aziende sanitarie regionali adottano metodiche di funzionamento basate sulla pianificazione delle attività, sulla verifica e revisione continua della qualità e su costanti controlli interni di gestione, al fine di assicurare attività di livello qualitativo conforme alla domanda espressa dall'utenza ed alla qualificazione degli operatori, di favorire l'impiego razionale e controllato delle risorse disponibili con dotazioni strumentali e tecnologiche adeguate e con la massima efficienza gestionale.

2. Il piano attuativo è lo strumento di pianificazione tramite il quale l'azienda sanitaria regola le proprie attività su base triennale e determina analiticamente la programmazione per il primo anno di riferimento del triennio. Il piano attuativo viene adottato annualmente, secondo il principio dello scorrimento triennale dal direttore generale, sentito il consiglio dei sanitari.

3. Il piano attuativo, in esecuzione delle linee di pianificazione regionale e sulla base degli indirizzi ricevuti dalla conferenza dei sindaci tramite il suo esecutivo:

- a) definisce gli obiettivi e i risultati di gestione da raggiungere;
- b) individua gli strumenti ed i sistemi per il controllo qualitativo e gestionale dei risultati;
- c) definisce, in rapporto agli obiettivi determinati ed ai livelli di assistenza da raggiungere, le attività da svolgere attribuendole, anche in relazione alle modalità di svolgimento, alle proprie strutture;
- d) definisce le necessità di risorse materiali e di personale e le loro modalità di reperimento, nonché i programmi generali di utilizzo degli strumenti contrattuali e di incentivazione della produttività del personale;
- e) attribuisce le risorse alle proprie strutture organizzative ed individua le quote di attività integrativa per le quali è previsto il ricorso ad altri soggetti pubblici e privati;
- f) definisce i piani di investimento per il potenziamento e l'ammodernamento strutturale e per l'acquisizione di tecnologie sanitarie sulla base delle risorse assegnate e di quelle comunque disponibili a questo fine.

4. La relazione sanitaria è lo strumento tramite il quale l'azienda sanitaria fornisce alla regione ed agli enti locali interessati notizie circa l'andamento degli indicatori previsti dalla pianificazione locale e regionale, espone i risultati conseguiti in termini di miglioramento della qualità delle attività e dei servizi, di efficacia ed efficienza degli

interventi, di consolidamento degli esiti gestionali e di prospettive di sviluppo del conseguimento degli obiettivi determinati a livello locale e regionale. E' adottata annualmente dal direttore generale, sviluppando la partecipazione delle strutture organizzative e dei relativi responsabili, ed e' sottoposta al parere del consiglio dei sanitari.

5. Entro il 30 settembre la conferenza dei sindaci approva il piano attuativo locale di cui all'articolo 6 comma 3 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette al direttore generale ed alla giunta regionale le relative osservazioni.

6. Entro il 30 giugno il direttore generale dell'azienda ospedaliera trasmette il piano attuativo aziendale alla giunta regionale, che lo approva, acquisito il parere della conferenza sanitaria regionale di cui all'art. 5, comma 6 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49. Ai fini dell'acquisizione del parere il presidente della conferenza provvede alla convocazione della medesima entro cinque giorni dal ricevimento del piano; la conferenza si esprime comunque entro i successivi 20 giorni.

7. Il direttore generale della unita' sanitaria locale e' tenuto ad adottare il piano attuativo entro il 30 giugno.

8. Il mancato rispetto da parte dei direttori generali delle aziende sanitarie dei termini di cui ai commi 6 e 7, nonche' di quelli previsti dalle disposizioni vigenti per l'adozione degli atti di bilancio, comporta comunque l'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 18, comma 6 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49.

Titolo V

DISCIPLINA DEI CONTROLLI

ARTICOLO 30

(Approvazione degli atti fondamentali delle aziende sanitarie)

1. Sono soggetti al controllo della giunta regionale gli atti di cui all'articolo 5, comma 3 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49. Tali atti acquistano efficacia dopo l'approvazione della giunta regionale.

2. Entro 40 giorni dal ricevimento degli atti di cui al comma 1, la giunta regionale delibera l'approvazione dei medesimi oppure, previa convocazione del direttore generale, la richiesta di modifiche. Nel caso di richiesta di modifiche la giunta regionale assegna un termine per gli adempimenti; decorso infruttuosamente tale termine l'atto si intende decaduto.

3. Sugli atti adottati dalle aziende sanitarie a seguito di

richiesta di modifiche, la giunta regionale si pronuncia definitivamente entro 30 giorni dal ricevimento degli stessi.

Titolo VI

PRINCIPI PER IL FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

ARTICOLO 31

(La determinazione del fabbisogno)

1. Annualmente la giunta regionale procede alla determinazione del fabbisogno delle aziende sanitarie ed alla stima delle risorse disponibili per l'esercizio successivo, alla individuazione di eventuali manovre da porre in essere per assicurare l'equilibrio tra fabbisogno e risorse, ivi compresa la proposta di eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

2. La determinazione di cui al comma 1 e' condotta altresì in riferimento al fabbisogno complessivo per gli investimenti sulla base delle effettive necessita' di mantenimento e sviluppo del patrimonio strumentale e strutturale, tenuto conto delle risorse in conto capitale disponibili a carico del fondo sanitario nazionale o di quelle comunque attribuite dallo stato, nonche' delle possibili evoluzioni dell'autofinanziamento aziendale da autorizzare, nell'ambito dei piani attuativi, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, lettera f), punto 2) del decreto delegato, fermo restando l'obiettivo che le risorse da assicurare per gli investimenti non possono essere comunque complessivamente inferiori al 5% della spesa di parte corrente dell'esercizio precedente, al netto di quella farmaceutica.

3. Sulla base degli indirizzi impartiti dal consiglio regionale per la formazione del piano la giunta regionale elabora la proposta di direttive per la formazione dei bilanci, nonche' il progetto di riparto delle risorse. Il direttore generale e' comunque tenuto ad adeguarsi alla normativa contabile ed alle disposizioni del piano sanitario regionale.

ARTICOLO 32

(Il finanziamento delle unita' sanitarie locali)

1. Annualmente la giunta regionale provvede, sulla base delle disposizioni del piano sanitario regionale, all'assegnazione alle unita' sanitarie locali delle risorse finanziarie di cui agli articoli 11 e 12 del decreto delegato attribuite o assegnate alla regione e degli eventuali apporti aggiuntivi determinati con legge di bilancio.

2. L'assegnazione e' disposta per quota capitaria, corretta sulla base dei bisogni sanitari espressi dal territorio e degli effetti indotti dalla mobilita' rilevata.

3. L'assegnazione delle risorse alle unità sanitarie locali avviene sulla base di quelle complessive indicate al comma 1, con detrazione delle seguenti quote:

- a) le somme anticipate alle aziende ospedaliere ai sensi dell'articolo 33;
- b) le somme necessarie per il finanziamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- c) una quota da destinare al fondo di riserva.

ARTICOLO 33

(Il finanziamento delle aziende ospedaliere)

1. La quota di cui all'articolo 32, comma 3 lettera a), è costituita:

- a) dall'anticipazione di cui all'articolo 4, comma 7, lettera a) del decreto delegato, nella misura fissata dal piano sanitario regionale;
- b) da una quota pari ai costi programmati per le funzioni obbligatorie non valutabili a prestazione, previste dalla presente legge e per quelle ulteriori individuate dal piano sanitario regionale.

2. Fatta salva la determinazione del corrispettivo attribuito per le funzioni di cui al comma 1, lettera b), per tutte le altre prestazioni sono corrisposte, per le attività effettivamente svolte, somme determinate sulla base delle tariffe fissate dalla giunta regionale.

Le somme di cui al presente comma sono poste a carico delle varie unità sanitarie locali in relazione all'ambito di residenza degli utenti.

3. L'azienda ospedaliera determina le tariffe per le attività relative ai servizi integrativi forniti a pagamento, nonché per quelle connesse all'esercizio della libera professione dei dipendenti. Le attività connesse all'esercizio della libera professione non possono eccedere, per l'attività di ricovero, il 10% delle attività complessivamente programmate e, comunque, di quelle effettivamente svolte dalla relativa struttura organizzativa aziendale.

4. L'ammontare complessivo delle somme trasferite per l'attività di ricovero ai sensi del comma 2, ivi comprese le somme anticipate per il medesimo titolo ai sensi del comma 1, e di quelle corrisposte dalle unità sanitarie locali, per le attività specialistiche a favore di pazienti non in regime di ricovero, non può comunque eccedere il valore economico determinato sulla base delle tariffe e relativo alle attività programmate complessivamente per i medesimi titoli nell'ambito del piano attuativo.

5. Al superamento del vincolo di cui al comma 4, la giunta regionale adotta una valutazione differenziata delle tariffe in relazione al variare della incidenza dei vari fattori produttivi in relazione ai carichi di lavoro, allo scopo di contenere le prestazioni eccedenti, con particolare riferimento a quelle di minore contenuto tecnologico e innovativo.

Titolo VII

DISPOSIZIONI TRANSITORIE

ARTICOLO 34

(Norme in materia di personale)

1. In sede di prima assegnazione, il personale dipendente delle unità sanitarie locali estinte è confermato nella posizione, nel profilo e nella disciplina, ove prevista, occupati alla data di entrata in vigore della presente legge; ogni dipendente è confermato nella sede di servizio occupata, mantenendo la posizione funzionale ed organizzativa già attribuita alla data del 31 dicembre 1994.

2. Alla data del 1 gennaio 1995 i direttori generali delle aziende ospedaliere, nonché quelli delle unità sanitarie locali interessate dalle operazioni di scorporo di cui all'articolo 23, comma 8 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, provvedono alla assegnazione del personale secondo le disposizioni ed entro i termini stabiliti dai piani approvati dalla giunta regionale ai sensi del citato articolo 23, commi 8 e 9, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49.

3. Per le modificazioni organizzative di cui all'articolo 38, comma 4 il direttore generale delle aziende sanitarie può, nel rispetto delle disposizioni emanate dalla giunta regionale in materia di mobilità, disporre l'assegnazione d'ufficio del personale, attribuito in sede di prima assegnazione ai sensi dei commi 1 e 2.

4. Per le medesime finalità di cui al comma 3 e fino ai sei mesi successivi all'approvazione del regolamento, il direttore generale provvede alle assegnazioni, verificata l'esistenza dei requisiti corrispondenti a quelli necessari per la partecipazione ad un concorso relativo al posto attribuito.

5. Entro trenta giorni dall'approvazione del regolamento generale con la procedura di cui all'articolo 38, comma 5, le aziende sanitarie provvedono alla costituzione delle strutture organizzative professionali previste con il regolamento. A tal fine il direttore generale procede ai seguenti adempimenti:

a) conferisce gli incarichi di responsabilità di cui all'articolo 7, tenuto conto delle opzioni esercitate, entro la data di approvazione del regolamento, dal personale di cui

all'articolo 15, comma 4 del decreto delegato;
b) procede all'attribuzione del personale alle nuove strutture organizzative entro le disponibilita' risultanti dalle dotazioni organiche definite dal medesimo regolamento.

In prima applicazione gli incarichi di cui all'articolo 7, comma 3, possono essere attribuiti al personale in soprannumero, inquadrato nella posizione funzionale corrispondente all'undicesimo livello, anche per il personale di cui all'articolo 15 del decreto delegato.

6. La giunta regionale, sentite le aziende sanitarie interessate, puo' disporre trasferimenti di personale sulla base di mobilita' volontaria, in presenza di situazioni di particolare rilievo familiare o personale.

ARTICOLO 35

(Graduatorie, concorsi e comandi)

1. Le autorizzazioni alla copertura dei posti concesse entro il 31 dicembre 1994, sono utilizzate fino alla conclusione delle procedure di mobilita' o di quelle concorsuali. Le relative graduatorie vengono approvate dal direttore generale dell'azienda sanitaria interessata il quale provvede ad assegnare il personale. Qualora la graduatoria interessi piu' aziende sanitarie, l'assegnazione del personale avverra' d'intesa fra i direttori generali.

2. Le graduatorie dei concorsi, ancora esistenti e valide alla data del 31 dicembre 1994, sono utilizzate fino alla loro scadenza anche per l'attribuzione di incarichi e supplenze.

3. Le assunzioni conseguenti alle disposizioni di cui ai commi precedenti, avvengono nel rispetto delle norme vigenti al momento nel quale vengono disposte.

4. Il personale che alla data del 1 gennaio 1995 operi in posizione di comando presso le unita' sanitarie locali estinte, e' inquadrato nell'azienda sanitaria ove presta servizio, salvo rinuncia al comando da formulare entro il 28 febbraio 1995.

ARTICOLO 36

(Criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unita' sanitarie locali)

1. Entro il 30 aprile 1995 i direttori generali delle unita' sanitarie locali, nominati ai sensi dell'articolo 17 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, provvedono alla rilevazione delle attivita' relative alle unita' sanitarie locali confluite nella azienda in ordine alle quali e' maturato il titolo alla riscossione, nonche' delle passivita' costituite dalle

obbligazioni giuridicamente e contabilmente assunte.

2. Il risultato finanziario accertato alla data del 31 dicembre 1994, e' certificato dal collegio dei revisori e costituisce titolo per le procedure di liquidazione delle relative contabilita'.

3. Il provvedimento di ricognizione di cui al comma 1, adottato dal direttore generale, unitamente alla certificazione del collegio dei revisori, sara' sottoposto all'approvazione della giunta regionale.

4. Ai fini delle procedure di liquidazione delle contabilita' di cui al comma 2, su proposta del direttore generale dell'unita' sanitaria locale la giunta regionale nomina un commissario liquidatore che, avvalendosi delle strutture organizzative dell'unita' sanitaria locale, provvede ad adottare gli atti di liquidazione inerenti i pagamenti e le riscossioni, attenendosi alla direttive che in tal senso saranno emanate dalla giunta regionale.

5. Le unita' sanitarie locali di nuova istituzione subentrano nelle procedure di gara in corso alla data del 31 dicembre 1994; le relative obbligazioni fanno carico alla gestione dell'unita' sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera secondo le rispettive competenze.

6. I finanziamenti regionali finalizzati all'adeguamento ed al potenziamento tecnologico delle strutture sanitarie e agli investimenti nei settori dell'edilizia ospedaliera e sanitaria territoriale, non ancora utilizzati alla data del 31 dicembre 1994, sono iscritti, secondo la rispettiva competenza, nei bilanci delle costituenti unita' sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e sono utilizzati per la copertura delle relative obbligazioni.

ARTICOLO 37

(Contratti e convenzioni)

1. Le unita' sanitarie locali di nuova istituzione ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, subentrano nei rapporti attivi e passivi instaurati dalle precedenti unita' sanitarie locali. Nel caso di contratti che interessino anche le aziende ospedaliere di cui all'articolo 4 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, fatti salvi i contratti di cui al comma 2, l'unita' sanitaria locale e' tenuta all'esecuzione del contratto anche nei confronti dell'azienda ospedaliera, fermi restando i conseguenti rapporti finanziari, sempreche' non si determinino novazioni dei rapporti contrattuali tra le aziende sanitarie interessate ed i terzi.

2. Fatti salvi i diritti dei terzi, il direttore generale

dell'unita' sanitaria locale e' tenuto, ove richiesto dal direttore generale dell'azienda ospedaliera, alla cessione di contratti concernenti forniture, somministrazioni o servizi che interessano esclusivamente strutture o attivita' confluite nell'azienda ospedaliera.

3. Al fine di raggiungere condizioni uniformi e nel rispetto dei vincoli finanziari previsti dalla normativa statale e regionale, i direttori generali delle aziende sanitarie possono rinegoziare, con lo stesso soggetto, i contratti in corso di esecuzione ad eccezione di quelli che si esauriscono nel corso del primo semestre del 1995.

4. Per le finalita' di cui al comma precedente, i direttori generali possono rinegoziare con i privati contraenti condizioni uniformi di esecuzione per la medesima fornitura o somministrazione, sempreche' i contratti non si esauriscano nel corso del primo semestre 1995.

5. Fatti salvi gli effetti giuridici derivanti da eventuali risoluzioni o adeguamenti contrattuali, il diniego a rinegoziare dei soggetti di cui ai commi 3 e 4, e' notificato dal direttore generale alla giunta regionale che provvede alla relativa annotazione sull'albo di cui all'articolo 3 della legge regionale 1 settembre 1988, n. 71 "Modifiche alla LR n. 68/1980 - Disciplina della utilizzazione del patrimonio, della contabilita' e dei contratti delle Unita' Sanitarie Locali".

6. Fatto salvo quanto previsto all'articolo 24, comma 4, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, entro il 30 giugno 1995 i direttori generali delle unita' sanitarie locali provvedono all'affidamento del servizio di tesoreria.

7. Fino all'affidamento di cui al comma 6, la continuita' del servizio di tesoreria e', comunque, assicurata tramite apposito raggruppamento bancario costituito dagli istituti di credito tesorieri delle unita' sanitarie locali confluite nella nuova azienda sanitaria. Gli istituti suddetti partecipano al raggruppamento con quote percentuali corrispondenti al volume di risorse finanziarie amministrate nel corso del 1993 dalle rispettive unita' sanitarie locali estinte. Le funzioni di capofila sono assunte dall'istituto di credito che partecipa per la maggior quota. Al servizio di tesoreria si applicano condizioni non superiori a quelle piu' favorevoli praticate dall'istituto capofila. In caso di recesso dal raggruppamento di uno o piu' istituti, le quote di partecipazione al raggruppamento sono rideterminate proporzionalmente.

8. La gestione del servizio di tesoreria dell'azienda ospedaliera e' assicurata, fino alla stipula della nuova convenzione, entro il termine massimo di cui al comma 6, dall'istituto di credito tesoriere della unita' sanitaria locale sul cui territorio e'

ubicato il presidio ospedaliero principale dell'azienda medesima.

ARTICOLO 38

(Norma finale)

1. All'entrata in vigore della presente legge sono abrogate la legge regionale 6 dicembre 1984, n. 70, "Piano Sanitario Regionale 1984-1986 e Piano Regionale dei Servizi Sociali 1984-1986." e la legge regionale 30 aprile 1990, n. 61 "Modifiche ed integrazioni della legge regionale 6 dicembre 1984, n. 70 concernente il piano sanitario regionale ed il piano regionale dei servizi sociali".

2. Fino all'approvazione del piano sanitario regionale di cui agli articoli 26 e 27, adottato ai sensi dell'articolo 1, comma 5 del decreto delegato, il consiglio regionale, su proposta della giunta regionale, nelle materie demandate dalla presente legge al piano sanitario regionale impartisce apposite direttive.

3. Salvo quanto disposto dall'articolo 39, comma 2, all'entrata in vigore della presente legge cessano di avere efficacia le norme della legge regionale 9 aprile 1990, n. 38, "Nuove disposizioni in materia di organizzazione delle unita' sanitarie locali", incompatibili con la presente legge. Per le aziende sanitarie che abbiano conseguito l'approvazione del regolamento non si applicano comunque le disposizioni della legge regionale 9 aprile 1990, n. 38, in contrasto con le disposizioni in esso contenute.

4. Fino alla nomina del direttore generale delle aziende sanitarie di nuova istituzione, le medesime sono amministrate dai commissari di cui all'articolo 23, comma 4 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, assistiti, per le nuove aziende ospedaliere, dai commissari di cui all'articolo 23, comma 9, della medesima legge regionale. Dalla data della nomina e fino a quella di immissione nelle funzioni i direttori generali nominati completano i processi di unificazione di cui all'articolo 24 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, ed avviano la costituzione delle nuove aziende ospedaliere, anche mediante la costituzione di strutture provvisorie di supporto per lo svolgimento della propria attivita'.

Dalla medesima data e fino alla data di approvazione del regolamento, qualunque modificazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie e' soggetta ad autorizzazione della giunta regionale. Dalla data di immissione nelle proprie funzioni, ed entro trenta giorni dalla stessa, il direttore generale procede alla nomina dei membri della direzione aziendale di cui all'articolo 19 della

legge regionale 29 giugno 1994, n. 49.

5. In prima applicazione il regolamento generale e' adottato, in

forma provvisoria, dal direttore generale entro il termine di cui all'articolo 18, comma 4, della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, e trasmesso alla giunta regionale per l'approvazione di cui all'articolo 30. Il regolamento come sopra adottato e' sottoposto al parere del consiglio dei sanitari nella seduta di insediamento e nuovamente trasmesso alla giunta regionale per l'approvazione definitiva.

6. Fino alla nomina dei collegi dei revisori di cui all'articolo 20 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, le funzioni di collegio dei revisori dei conti per le unita' sanitarie locali di nuova istituzione, sono svolte dal collegio straordinario dei revisori, di cui all'articolo 24, comma 6 della medesima legge regionale. Per le aziende ospedaliere, le stesse funzioni sono svolte dal collegio straordinario dei revisori della unita' sanitaria locale estinta nella quale e' ubicato il presidio ospedaliero principale della costituenda azienda. Nei casi in cui tale collegio coincida con quello come sopra individuato per la unita' sanitaria locale di nuova istituzione, svolge le funzioni di collegio dei revisori dei conti per la stessa unita' sanitaria locale, fino alla nomina del collegio di cui all'articolo 20 della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, il collegio straordinario dei revisori di cui all'articolo 24, comma 6, della medesima legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, dell'unita' sanitaria locale con il maggior volume di risorse finanziarie fra quelle nelle quali non e' ubicato il presidio ospedaliero di una delle aziende ospedaliere di nuova istituzione. Alla data del 31 dicembre 1994 sono soppressi i collegi straordinari dei revisori di cui all'articolo 24, comma 6, della legge regionale citata, diversi da quelli individuati dal presente comma.

ARTICOLO 39 (Abrogazioni)

1. A far data dal 1 gennaio 1995 sono abrogate:

- a) la legge regionale 3 settembre 1992, n. 48 "Disciplina transitoria del controllo sugli atti delle USL", salvo gli articoli 7, 8 e 9, che restano in vigore fino all'approvazione della legge regionale di cui all'articolo 27, comma 1, lettera c) della legge regionale 29 giugno 1994, n. 49.
- b) la legge regionale 20 ottobre 1992, n. 50 "Modifiche alla LR n. 48/92 concernente disciplina transitoria del controllo sugli atti delle USL".

Sono altresì abrogate tutte le norme regionali incompatibili con la presente legge.

2. A far data dal 31 dicembre 1995 e' abrogata la legge regionale 9 aprile 1990 n. 38, ad esclusione dell'articolo 80.

ARTICOLO 40

(Relazioni sindacali)

1. Le disposizioni della presente legge sono attuate nel rispetto dei diritti di informazione, consultazione e contrattazione sindacale previsti dalle vigenti norme statali e regionali e dagli accordi di lavoro.