

Legge regionale 29 giugno 1994, n.49

## **Norme per il riordino del servizio sanitario regionale**

### ARTICOLO 1

(Oggetto)

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

- a) ridetermina gli ambiti territoriali delle unita' sanitarie locali;
- b) dispone modalita' e tempi per la costituzione delle aziende unita' sanitarie locali e delle aziende ospedaliere;
- c) disciplina gli organi delle costituende aziende;
- d) disciplina le modalita' di elezione, la composizione ed il funzionamento del consiglio dei sanitari delle stesse aziende;
- e) individua gli strumenti della programmazione regionale;
- f) definisce le modalita' di partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria, nonche' la partecipazione dei cittadini e la tutela dei diritti dell'utenza;
- g) definisce le modalita' per il concorso delle universita', degli enti nazionali di ricerca e del volontariato alla realizzazione delle finalita' del servizio sanitario regionale;
- h) indica i criteri di integrazione delle funzioni sanitarie con quelle di assistenza sociale di competenza degli enti locali.

### TITOLO I

#### ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

### ARTICOLO 2

(Le unita' sanitarie locali)

1. Negli ambiti territoriali individuati dall'allegato 1 alla presente legge, della quale costituisce parte integrante, sono istituite le unita' sanitarie locali, aziende aventi le caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 1, del decreto delegato.

2. Le unita' sanitarie locali provvedono alla gestione:

- a) delle attivita' sanitarie ivi comprese quelle di prevenzione, di cui all'articolo 7 del decreto delegato;
- b) delle attivita' socio-assistenziali a rilievo sanitario, di cui all'articolo 7 della legge regionale 2 settembre 1992, n. 42 "Esercizio delle funzioni in materia di assistenza

sociale";

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

3. Le unità sanitarie locali assicurano i livelli di assistenza di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto delegato, erogando le prestazioni, tramite articolazioni funzionali territoriali di zona e di distretto socio-sanitario.

4. Le unità sanitarie locali esplicano la propria autonomia organizzativa tramite il regolamento generale che viene adottato sentito il consiglio dei sanitari di cui all'articolo 21.

### ARTICOLO 3

(Zone e distretti)

1. Ciascuna unità sanitaria locale si articola nelle zone individuate dall'allegato 1, di cui all'articolo 2, comma 1. L'ambito di ogni zona ricomprende per intero uno o più distretti. Le delimitazioni distrettuali sono quelle individuate ai sensi dell'articolo 14 della legge regionale 31 marzo 1990, n. 29. Per le delimitazioni distrettuali non ancora definite alla data di entrata in vigore della presente legge, si provvede secondo le procedure previste dall'articolo 14, comma 4, della legge regionale 31 marzo 1990, n. 29 ed utilizzando i criteri indicati dalla legge regionale 19 dicembre 1979, n. 63 e successive variazioni e modificazioni. Alla eventuale e successiva variazione degli ambiti distrettuali come sopra individuati o definiti provvede l'unità sanitaria locale, sulla base delle determinazioni della conferenza di cui all'articolo 6, e nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) l'ambito territoriale del distretto deve comprendere interamente il territorio di uno o più comuni;
- b) l'ampiezza del distretto deve essere non inferiore a quella di una delle circoscrizioni di cui all'articolo 13 della legge 8 giugno 1990, n. 142 "Ordinamento delle autonomie locali";
- c) la soglia minima di popolazione del distretto, di norma, deve essere non inferiore a 15.000 abitanti.

2. Il distretto socio-sanitario è l'articolazione funzionale della unità sanitaria locale finalizzata all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria di primo livello e di pronto intervento, in forma integrata e coordinata con i servizi di assistenza sociale. Nel distretto socio-sanitario è assicurata l'integrazione tra i livelli operativi coinvolti nell'erogazione delle prestazioni attraverso il coordinamento delle attività distrettuali.

3. Nella zona socio-sanitaria sono organizzate le attività

dirette all'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale, diverse da quelle di cui al comma 2, correlate alla dimensione del bacino di utenza, secondo quanto previsto dagli atti della programmazione regionale e locale. A ciascuna zona è preposto un responsabile le cui competenze sono disciplinate dalla legge di cui all'articolo 27, comma 1, lettera a).

4. Gli ospedali presenti entro lo stesso ambito zonale sono accorpati in presidio ospedaliero di zona.

#### ARTICOLO 4

(Le aziende ospedaliere)

1. Sono aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, comma 1, del decreto delegato, gli ospedali indicati nell'allegato 2 alla presente legge, riconosciuti ai sensi dell'articolo 4, comma 2, dello stesso decreto.

2. Le aziende ospedaliere assicurano, relativamente alle attività specialistiche previste sulla base degli atti della programmazione regionale:

- a) le prestazioni di ricovero;
- b) le prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- c) le attività di emergenza e urgenza ospedaliera, organizzate in forma dipartimentale. L'azienda ospedaliera costituisce altresì riferimento per le attività specialistiche della unità sanitaria locale nella quale è ubicata, secondo le indicazioni degli atti della programmazione regionale.

3. Le unità sanitarie locali per assicurare i livelli assistenziali individuati dalla programmazione, stipulano convenzioni con le aziende ospedaliere in relazione alle prestazioni di assistenza sanitaria specialistica. Le medesime unità sanitarie locali si attengono alle tariffe determinate dalla regione ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto delegato.

4. Le aziende ospedaliere esplicano la propria autonomia organizzativa tramite il regolamento generale. Tale regolamento è adottato sentito il consiglio dei sanitari di cui all'articolo 22 e prevede che, per le materie di cui all'articolo 10, comma 7, sia acquisito il parere della facoltà di medicina.

#### ARTICOLO 5

(La regione)

Il consiglio regionale, su proposta della giunta, approva il piano sanitario regionale che contiene anche le disposizioni generali per la formazione, da parte delle aziende, dei piani attuativi del piano sanitario regionale, denominati piano attuativo locale e piano attuativo dell'azienda ospedaliera. I

contenuti del piano sanitario regionale e le procedure per la sua approvazione sono oggetto di apposita legge regionale; con la stessa legge sono disciplinate le procedure per la formazione dei piani attuativi locali, dei piani attuativi delle aziende ospedaliere ed il raccordo con il piano regionale di assistenza sociale (PRAS) di cui alla legge regionale 2 settembre 1992, n. 42, nonché gli elementi obbligatori contenuti nella relazione annuale predisposta dalla giunta regionale sull'attuazione del piano sanitario regionale.

2. Fatte salve le funzioni di cui all'art. 21 dello statuto, la giunta regionale esercita le funzioni di indirizzo tecnico e coordinamento delle attività delle aziende sanitarie, sulla base delle disposizioni del piano sanitario regionale; con i relativi atti sono stabiliti modalità e termini per l'adeguamento alle direttive regionali da parte delle medesime aziende.

3. La giunta regionale esercita le attività di controllo e vigilanza, di indirizzo tecnico, promozione e supporto, nei confronti delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nonché attività concernenti l'osservazione epidemiologica ed il sistema informativo regionale. La giunta regionale approva il regolamento generale e gli atti di bilancio delle aziende nonché il piano attuativo delle aziende ospedaliere. Tali atti, come sopra approvati, sono immediatamente trasmessi al consiglio regionale.

4. La giunta regionale esercita le proprie funzioni anche tramite linee guida a carattere tecnico operativo nonché schemi tipo per gli atti fondamentali delle aziende.

5. Sono organismi consultivi del consiglio regionale e della giunta regionale, la conferenza sanitaria regionale ed il consiglio sanitario regionale. Il consiglio sanitario regionale è nominato dal consiglio regionale su proposta della giunta. Composizione, modalità di funzionamento e compenso dei membri del consiglio medesimo, sono disciplinati con deliberazione del consiglio regionale da adottarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge. Agli oneri di spesa derivanti dal funzionamento del consiglio sanitario regionale e decorrenti dall'1 gennaio 1995, si fa fronte da tale anno e per gli anni successivi con legge di bilancio imputando la spesa al capitolo corrispondente al capitolo 720 del bilancio 1994.

6. La conferenza sanitaria regionale è costituita dai presidenti delle conferenze dei sindaci di cui all'articolo 6 e dai presidenti delle articolazioni zonali delle predette conferenze. È presieduta dai componenti della giunta regionale preposti ai settori sanità e sicurezza sociale. È sentita dalla giunta regionale  
in sede di predisposizione degli indirizzi per  
l'elaborazione dei piani attuativi locali, dei principi per

l'adozione dei regolamenti generali di cui all'articolo 2, comma 4, ed all'articolo 4, comma 4 e dei criteri in materia di riparto delle risorse. La giunta regionale acquisisce il parere obbligatorio della conferenza sanitaria regionale sul piano attuativo delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4. Le modalita' di funzionamento della conferenza sono stabilite con regolamento regionale da approvarsi dal consiglio regionale entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

7. Il consiglio sanitario regionale e' sentito dalla giunta regionale in materia di programmazione ed organizzazione sanitaria. La giunta regionale puo' altresì avvalersi del parere del consiglio sanitario regionale sui provvedimenti di contenuto tecnico-sanitario.

## ARTICOLO 6

(La conferenza dei sindaci)

1. Le funzioni di indirizzo e controllo di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto delegato, sono esercitate dai sindaci dei comuni dell'ambito territoriale di ciascuna unita' sanitaria locale, tramite la conferenza dei sindaci.

2. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la conferenza dei sindaci adotta il regolamento per disciplinare la propria attivita' ed elegge la rappresentanza di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto delegato, che assume la denominazione di esecutivo, mediante il quale la conferenza stessa esercita le proprie funzioni di indirizzo e controllo.

3. La conferenza dei sindaci approva, entro il termine fissato dalla legge regionale di programmazione sanitaria di cui all'articolo 5, comma 1, il piano attuativo locale predisposto dal direttore generale della unita' sanitaria locale nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario regionale, degli indirizzi generali impartiti dalla giunta regionale e degli indirizzi specifici impartiti dall'esecutivo della stessa conferenza. Il piano attuativo e' inviato alla giunta regionale, unitamente agli anni di bilancio.

4. Nel regolamento di cui al comma 2, sono individuate le modalita' per la scelta del presidente della conferenza e per la formazione dell'esecutivo. La disciplina per il funzionamento della conferenza dei sindaci deve consentire l'effettiva partecipazione dei rappresentanti di tutti i comuni delle zone all'esercizio complessivo delle funzioni attribuite alla conferenza ed al suo esecutivo. L'esecutivo e' composto dal presidente della conferenza che lo presiede, e da quattro sindaci, individuati in modo da garantire la presenza di almeno un sindaco per ciascuna zona.

5. Al fine di concorrere all'esercizio delle funzioni della conferenza dei sindaci, di cui ai precedenti commi, sono

costituite articolazioni zonali della conferenza composte da tutti i sindaci dei comuni facenti parte di ogni zona socio-sanitaria di cui all'articolo 3, comma 1. Il funzionamento della conferenza in riferimento all'articolazione zonale e' disciplinato dal regolamento di cui al comma 2. Ogni articolazione zonale della conferenza elegge il proprio presidente. Il presidente della conferenza presiede anche l'articolazione zonale della quale fa parte il comune ove ricopre la carica di sindaco. L'articolazione zonale rimette all'esecutivo della conferenza dei sindaci osservazioni e proposte sul piano attuativo locale.

6. La conferenza dei sindaci, di cui al comma 2, ed il suo esecutivo intrattengono rapporti con le unita' sanitarie locali tramite il direttore generale. Il direttore generale e' tenuto a partecipare alle sedute dell'esecutivo e della conferenza su invito del presidente.

7. L'unita' sanitaria locale mette a disposizione, presso la propria sede legale, idoneo locale per la conferenza e l'esecutivo. Il regolamento, di cui al comma 2, non puo' determinare oneri aggiuntivi a carico delle unita' sanitarie locali per il funzionamento della conferenza, delle sue articolazioni zonali e dell'esecutivo.

8. In prima applicazione, la conferenza e' convocata dal sindaco del comune con maggiore popolazione, che la presiede fino all'approvazione del regolamento di cui al comma 2. In tale occasione, ai fini dell'approvazione del regolamento, fatta comunque salva la successiva diversa determinazione, la conferenza procede alla votazione deliberando a maggioranza assoluta dei voti esprimibili. Per la determinazione della maggioranza si procede come di seguito indicato:

- a) il numero dei voti esprimibili e' rappresentato dal doppio del numero dei consiglieri dei comuni ove esercitano le funzioni i sindaci componenti la conferenza;
- b) ad ogni sindaco e' attribuito un numero di voti pari al numero dei consiglieri comunali del proprio consiglio, aumentato di un numero di voti uguale al prodotto del numero dei consiglieri dei comuni dell'ambito della unita' sanitaria locale per l'incidenza della popolazione del proprio comune rispetto a quella generale della unita' sanitaria locale;
- c) il numero come sopra determinato e' arrotondato all'unita' piu' vicina.

## ARTICOLO 7

(Collaborazione fra regione ed enti locali nella verifica di qualita' delle prestazioni sanitarie)

1. Il metodo della verifica della qualita' delle prestazioni sanitarie e' posto a base della collaborazione tra regione, enti

locali e aziende nell'espletamento delle rispettive funzioni. A tale scopo, la regione:

- a) definisce, nell'ambito del piano sanitario regionale, il sistema di indicatori generali di qualità, che le aziende sono tenute ad adottare e l'organizzazione del relativo sistema di rilevazioni e controlli;
- b) provvede, con legge, ad una revisione del modello organizzativo delle strutture preposte alla gestione delle competenze regionali in materia di sanità e sicurezza sociale, al fine di un adeguamento delle stesse all'esercizio delle funzioni regionali in tali materie. Tale adeguamento deve essere effettuato, in particolare, al fine di garantire elevata qualificazione ed efficienza nell'espletamento delle funzioni connesse con:
  - 1) l'analisi epidemiologica,
  - 2) il controllo del funzionamento degli strumenti per la verifica di qualità in ogni singola unità sanitaria locale, anche attraverso attività di tipo ispettivo,
  - 3) le analisi dei costi in ogni singola unità sanitaria locale e delle azioni poste in atto per il contenimento dei consumi superflui di farmaci,
  - 4) gli indirizzi per l'organizzazione e l'interpretazione delle informazioni per il raccordo organico delle attività della medicina di base, della prevenzione e della assistenza sociale con gli altri servizi sanitari;
- c) provvede, nell'ambito della revisione di cui alla lettera b), a precisare i modi ed i limiti entro i quali la funzione direzionale delle strutture regionali si realizza nei confronti delle funzioni gestionali delle unità sanitarie locali, nel rispetto dell'autonomia definita per esse dalla normativa vigente e, altresì, a precisare le forme dovute e ordinarie di collaborazione tra le strutture regionali e le conferenze dei sindaci.

2. La relazione annuale sull'attuazione sul piano sanitario regionale fornisce al consiglio regionale gli elementi di conoscenza necessari a valutare i livelli di efficacia e di efficienza raggiunti in relazione agli indicatori generali di cui al comma 1, lettera a).

## ARTICOLO 8 (La provincia)

1. La provincia, nell'ambito delle funzioni di cui all'articolo 15, comma 1, lettera b, della legge 8 giugno 1990, n. 142, concorre alla formazione dei piani regionali, secondo la disciplina della legge regionale di programmazione sanitaria di cui all'articolo 5, comma 1, ed è sentita in occasione delle variazioni degli ambiti territoriali sovracomunali delle unità

sanitarie locali.

2. La provincia, nell'ambito delle funzioni di cui al comma 1, e' sentita dalla conferenza di cui all'articolo 6, in sede di esame dei piani attuativi di cui all'articolo 5, comma 1, ai fini del raccordo tra programmazione sanitaria e programmazione dell'assistenza sociale.

## ARTICOLO 9

(Partecipazione dei cittadini e tutela dei diritti dell'utenza)

1. La regione promuove la partecipazione dei cittadini, delle loro organizzazioni rappresentative nonche' degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, iscritti all'albo regionale, alla programmazione delle attivita' delle unita' sanitarie locali, nonche' al controllo della loro funzionalita' e rispondenza alle finalita' del servizio sanitario ed agli obiettivi del piano sanitario regionale, in materia di verifica della funzionalita' dei servizi, della personalizzazione e umanizzazione della assistenza, ai sensi dell'articolo 14, comma 1 del decreto delegato, demandando alla conferenza dei sindaci di cui all'articolo 6 la relativa regolamentazione.

2. La regione garantisce la tutela dei diritti dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, anche determinando le modalita' per consentire la presenza degli organismi, di cui al comma 1, nelle strutture delle aziende.

3. L'adeguamento ai principi di cui ai commi 1 e 2 e' attuato con successiva legge di modifica ed integrazione della legge regionale 1 giugno 1983, n. 36 "Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente dei servizi delle unita' sanitarie locali".

4. La regione promuove lo sviluppo delle tematiche bioetiche, avvalendosi della commissione di cui alla legge regionale 13 agosto 1992, n. 37 "Istituzione della commissione regionale di bioetica".

## ARTICOLO 10

(L'universita')

1. Le universita' toscane contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione degli atti della programmazione regionale tramite le facolta' interessate, secondo modalita' individuate dalla legge regionale di programmazione sanitaria di cui all'articolo 5, comma 1.

2. La regione, nell'ambito del piano sanitario vigente, elabora protocolli d'intesa con l'universita', per regolamentare l'apporto delle facolta' di medicina e chirurgia alle attivita' assistenziali del servizio sanitario regionale e l'apporto dello



stesso servizio alle attività didattiche, nel rispetto delle finalità istituzionali proprie dell'università e del servizio sanitario nazionale. A tal fine è costituito il comitato per l'intesa formato dal presidente della giunta regionale e dai rettori delle università toscane.

3. Nell'individuazione della dislocazione delle strutture del servizio sanitario regionale, gli atti della programmazione regionale tengono conto delle strutture universitarie ai sensi di quanto previsto dall'articolo 6, comma 1, del decreto delegato. L'attuazione dei protocolli d'intesa avviene tramite specifici accordi convenzionali tra l'università e le aziende ospedaliere e, relativamente alle attività formative, tra l'università e le aziende interessate.

4. Per la predisposizione dei protocolli d'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 dall'articolo 6 del decreto delegato e dagli atti della programmazione regionale, nonché tenuto conto delle finalità istituzionali dei contraenti, indirizzano e vincolano, nelle aree di seguito indicate, gli accordi convenzionali tra le aziende e le università, attraverso l'individuazione:

a) relativamente alle attività assistenziali di:

- 1) criteri per la determinazione dei volumi reciproci delle prestazioni assistenziali erogabili dai contraenti, distinti tra attività di ricovero ed attività specialistiche ambulatoriali, tenuto conto delle esigenze istituzionali proprie dell'università e del servizio sanitario regionale.
- 2) criteri per la riconduzione di tali volumi a quelli di valorizzazione economica delle attività relative,
- 3) criteri per la riconduzione di tale valorizzazione economica alla consistenza ed alla tipologia delle strutture organizzative proprie dei contraenti,
- 4) criteri per l'individuazione di attività sanitarie finalizzate alla maggiore qualificazione dei servizi

erogati, individuati dalle parti contraenti,

b) relativamente alle attività formative di:

- 1) criteri per la determinazione degli apporti reciproci, tenuto conto del fabbisogno formativo delle strutture del servizio sanitario regionale,
- 2) criteri per l'individuazione e l'organizzazione, sulla base degli ordinamenti didattici vigenti, delle scuole e dei corsi di formazione,
- 3) criteri per la ripartizione degli oneri.

6. Per le aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, i protocolli d'intesa determinano, in coerenza con i principi di qualificazione minima dell'attività specialistica di cui all'articolo 27, comma 3, criteri sulla base dei quali sono individuate le specifiche strutture organizzative. Gli accordi convenzionali di cui al comma 3, per le attività assistenziali determinano, in conformità ai protocolli d'intesa, i centri di responsabilità dell'azienda ospedaliera.

7. Le materie per le quali, ai sensi dell'articolo 4, comma 6, del decreto delegato, è necessaria l'acquisizione del parere della facoltà di medicina, sono concordate nell'ambito dei protocolli d'intesa.

#### ARTICOLO 11

(Gli enti di ricerca)

1. I rapporti convenzionali per le attività assistenziali tra il servizio sanitario regionale e gli enti di ricerca le cui attività istituzionali sono concorrenti con le finalità del servizio, sono instaurati tra la regione, le aziende regionali e gli enti medesimi sulla base di appositi protocolli d'intesa.

2. I protocolli di cui al comma 1 hanno i contenuti di cui all'articolo 10, comma 5, e sono stipulati dal presidente della giunta regionale e dai rappresentanti istituzionali degli enti medesimi. Per la predisposizione e per l'attuazione dei protocolli valgono, in quanto applicabili, le stesse disposizioni dell'articolo 10.

3. Il comitato per l'intesa tra la regione ed il Consiglio nazionale delle ricerche è costituito, anche ai fini di dare attuazione al Decreto del Ministro della sanità 26 giugno 1993 ed a quanto disposto dall'articolo 4, comma 12, del decreto delegato, dal presidente della giunta regionale, dal presidente del CNR e dal direttore dell'istituto di fisiologia clinica - CREAS - di Pisa.

#### ARTICOLO 12

(I rapporti con il volontariato, con l'associazionismo e con la cooperazione sociale)

1. I rapporti fra le associazioni di volontariato, le cui attività concorrano con le finalità del servizio sanitario regionale, ed il servizio sanitario medesimo, sono instaurati sulla base di apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti.

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

#### ARTICOLO 13

(Le attività di assistenza sociale delle unità sanitarie locali)

1. Le attività di assistenza sociale di cui all'articolo 5 della legge regionale 2 settembre 1992, n. 42, ove delegate alle unità sanitarie locali, sono esercitate sulla base degli indirizzi programmatici espressi dall'articolazione zonale della conferenza di cui all'articolo 6.

2. Le attività socio-assistenziali di cui all'articolo 7 della legge regionale 2 settembre 1992 n. 42, sono gestite dalle unità sanitarie locali sulla base del piano attuativo locale, secondo moduli organizzativi articolati nelle zone di cui all'articolo 3, comma 3. Il piano attuativo locale per tali attività è definito secondo gli indirizzi programmatici di cui al comma 1.

3. Le unità sanitarie locali sono tenute a gestire le attività di cui al comma 1 ad esse delegate dagli enti locali.

4. La conferenza di cui all'articolo 6, tramite le proprie articolazioni zonali, esercita sulle attività di cui ai commi 1 e 2 funzioni di verifica e controllo, secondo le disposizioni degli atti della programmazione regionale in materia di assistenza sociale.

#### ARTICOLO 14

(Le attività di prevenzione collettiva e di controllo ambientale)

1. Per l'esercizio delle attività di prevenzione, di vigilanza e di controllo ambientale di cui al decreto legge 4 dicembre 1993, n. 496, convertito nella legge 21 gennaio 1994, n. 61, già esercitate dalle unità sanitarie locali, sarà istituita, con legge regionale, l'agenzia prevista dall'articolo 3 della stessa legge.

2. Con la legge regionale di cui al comma 1, sono disciplinati l'organizzazione, il funzionamento e le modalità gestionali

dell'agenzia, le modalita' di collegamento e di integrazione della stessa con i dipartimenti di prevenzione delle unita' sanitarie locali, nonche' le modalita' per lo svolgimento coordinato delle attivita' di prevenzione collettiva e di protezione ambientale.

3. Fino all'entrata in vigore della legge di cui al comma 1 ed all'effettiva costituzione dell'agenzia, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 3, del decreto legge 4 dicembre 1993, n. 496, convertito nella legge 21 gennaio 1994, n. 61.

## TITOLO II

### ORDINAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

#### ARTICOLO 15

(Ordinamento delle aziende e funzioni consultive)

1. Gli organi delle aziende di cui all'articolo 2 ed all'articolo 4, sono:

- a) il direttore generale;
- b) il collegio dei revisori.

2. Il consiglio dei sanitari e' organismo consultivo delle aziende e si esprime nelle materie individuate dal regolamento generale, nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 12, del decreto delegato. Il consiglio dei sanitari si esprime entro il termine di dieci giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste di parere. Il direttore generale e' tenuto a motivare i provvedimenti assunti in diffornita' dal parere reso dal consiglio dei sanitari. Le modalita' di elezione e di funzionamento sono disciplinate con la legge regionale di cui all'articolo 27, comma 1, lettera a).

#### ARTICOLO 16

(Funzioni e competenze del direttore generale)

1. Al direttore generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza delle aziende regionali. Il direttore generale e' tenuto ad assicurare il regolare funzionamento dell'azienda; a tal fine adotta il regolamento generale.

2. Il direttore generale esercita le proprie funzioni direttamente ovvero delegandole, al direttore amministrativo, al direttore sanitario, e, per le unita' sanitarie locali, al coordinatore dei servizi sociali, di cui all'articolo 19, ed ai responsabili delle zone di cui all'articolo 3, comma 3, secondo quanto previsto dalla legge di cui all'articolo 27, comma 1, lettera a).

3. Sono comunque riservati al direttore generale i seguenti atti:

- a) la nomina, la sospensione o la decadenza del direttore amministrativo e del direttore sanitario, l'incarico, la sospensione e la sostituzione del coordinatore dei servizi sociali per le unità sanitarie locali;
- b) la nomina dei membri del collegio dei revisori, 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 delle strutture organizzative ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi di responsabilità aziendali;
- d) il regolamento generale;
- e) gli atti di bilancio;
- f) la predisposizione dei piani attuativi;
- g) i provvedimenti che comportano modificazioni dello stato patrimoniale dell'azienda.

#### ARTICOLO 17

(La nomina ed il rapporto di lavoro del direttore generale)

1. Il direttore generale è nominato dal presidente della giunta regionale, previa deliberazione della giunta medesima, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale di cui all'articolo 3, comma 10, del decreto delegato. Il direttore generale delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, è nominato d'intesa con il rettore dell'università interessata.

2. La nomina interviene previo specifico avviso, da pubblicare, a cura della giunta regionale, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

3. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di apposito contratto quinquennale di diritto privato, tra il presidente della giunta regionale ed il direttore generale nominato. La stipula del contratto deve intervenire entro quindici giorni dalla nomina e, comunque, entro sessanta giorni dalla vacanza dell'ufficio.

4. 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, comma 8, 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.

5. Decorsi cinque anni dalla stipula del contratto, il rapporto di lavoro si risolve.

6. Il presidente della giunta regionale, prima della scadenza del

termine di cui al comma 5, può, previa deliberazione della giunta medesima e valutato l'operato del direttore generale, procedere alla conferma dell'incarico ed alla stipula del nuovo contratto. Al rinnovo del contratto del direttore generale delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, si procede previa intesa con il rettore dell'università interessata.

7. La nomina dei direttori generali è preceduta da un confronto nella sede consiliare competente e, quando costituita, con la conferenza sanitaria regionale di cui all'articolo 5, comma 5.

## ARTICOLO 18

(Incompatibilità e cause di decadenza del direttore generale)

1. L'accertamento delle condizioni di incompatibilità del direttore generale al momento della nomina, spetta al presidente della giunta regionale. 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'art. 18 della Costituzione e della Legge 25-1-1982, 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". 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 rimosse, il direttore generale è dichiarato decaduto.

2. La sussistenza o la sopravvivenza 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 di direttore generale avviene, altresì, nei seguenti casi:

- a) assenza o impedimento dall'ufficio per un periodo superiore a centottanta giorni;
- b) superamento del settantesimo anno di età;
- c) quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione.

4. La decadenza del direttore generale può essere dichiarata, anche in caso di mancato rispetto dei termini previsti dalla legge regionale di programmazione sanitaria di cui all'articolo 5, comma 1, per gli adempimenti concernenti la predisposizione dei piani attuativi, degli atti di bilancio ed, in prima applicazione, per la mancata adozione del regolamento generale

nel termine di centottanta giorni dalla immissione nelle funzioni.

5. Nei casi di cui ai precedenti commi, il presidente della giunta regionale, su conforme deliberazione della giunta medesima, dichiara la decadenza. Al direttore generale subentra il direttore più anziano per età tra i direttori amministrativo e sanitario, fino alla nomina del nuovo direttore generale.

6. Nei casi di ritardata adozione degli adempimenti di cui al comma 4, il contratto di lavoro del direttore generale prevede che il compenso pattuito venga decurtato temporaneamente della metà per il periodo di durata del ritardo nell'attuazione degli adempimenti previsti; le quote trattenute vengono reintegrate senza interessi al compimento degli atti. Nel caso in cui la giunta regionale adotti il provvedimento di decadenza, quanto trattenuto non viene restituito. Le medesime clausole di integrazione contrattuale sono previste anche nel contratto di lavoro dei direttori amministrativo e sanitario.

7. Nei casi di decadenza, in alternativa al subentro del direttore più anziano fino alla nomina del nuovo direttore generale, la giunta regionale può procedere al commissariamento dell'azienda, motivando il ricorso a tale procedura. In tali casi il presidente della giunta regionale provvede, su deliberazione della giunta medesima, alla nomina di un commissario che adotta gli atti urgenti ed indifferibili, previa sospensione dalle proprie funzioni del direttore amministrativo e del direttore sanitario. Il commissario resta in carica fino alla nomina del nuovo direttore generale.

8. Della decadenza del direttore generale della unità sanitaria locale, nonché dei casi di commissariamento della medesima, è data informazione alla conferenza di cui all'articolo 6.

9. Per le aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, il presidente della giunta regionale informa il rettore della università interessata delle dichiarazioni di decadenza di cui ai precedenti commi 1, 2 e 3, lettere a) e b). Le dichiarazioni di decadenza di cui al comma 3, lettera c) ed al comma 4, sono effettuate dal presidente della giunta regionale previo parere del rettore dell'università interessata. Al commissariamento aziendale il presidente della giunta regionale provvede, informando preliminarmente il rettore dell'università.

10. La dichiarazione di decadenza dalla nomina è sempre motivo di risoluzione del contratto.

## ARTICOLO 19

(La direzione aziendale)

1. Il direttore generale nell'esercizio delle proprie funzioni e'

coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario previsti dall'articolo 3, comma 6, del decreto delegato, nonché dal coordinatore dei servizi sociali di cui al successivo comma 2.

2. L'incarico di coordinamento dei servizi sociali è conferito dal direttore generale secondo quanto previsto dall'articolo 13 della legge regionale 2 settembre 1992, n. 42, ovvero a funzionario di altro profilo che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione dei servizi sociali nelle unità sanitarie locali.

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

## ARTICOLO 20

(Il collegio dei revisori)

1. Il collegio dei revisori di cui all'articolo 3, comma 13, del decreto delegato è l'organo preposto alla verifica del regolare andamento delle attività di gestione dell'azienda.

2. Al collegio dei revisori sono trasmessi tutti gli atti adottati dal direttore generale, o su delega del medesimo, secondo modalità e tempi stabiliti

dalla legge di cui all'articolo 27, comma 1, lettera c). Entro quindici giorni dal ricevimento dell'atto, il collegio dei revisori trasmette al direttore amministrativo gli eventuali rilievi. Il mancato inoltro di rilievi entro tale termine equivale al riscontro positivo.

3. La prima convocazione del collegio è effettuata, entro dieci giorni dall'immissione nelle funzioni, dal direttore generale. 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 per età, fino alla nomina del nuovo presidente.

4. Entro dieci giorni dalla data in cui è venuta a conoscenza della mancanza 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.

## ARTICOLO 21



(Il Consiglio dei sanitari delle unita' sanitarie locali)

1. Il consiglio dei sanitari delle unita' sanitarie locali e' organismo elettivo e la sua composizione e' cosi' articolata:

- a) la rappresentanza medica e' costituita da diciotto membri; i componenti sono eletti, assicurando la presenza maggioritaria della componente ospedaliera. Tale rappresentanza e' composta da dieci dirigenti medici ospedalieri, da tre medici dirigenti delle attivita' extra ospedaliere, da quattro medici convenzionati, di cui due medici generali, un pediatra di libera scelta ed un medico specialista ambulatoriale, da un medico veterinario eletto tra i dirigenti;
- b) tre componenti in rappresentanza degli altri laureati del ruolo sanitario, eletti tra i dirigenti, assicurando la rappresentativita' sia delle attivita' ospedaliere che di quelle territoriali;
- c) tre componenti in rappresentanza del personale infermieristico, eletti tra i dirigenti, assicurando la rappresentativita' sia delle attivita' ospedaliere che di quelle territoriali;
- d) tre componenti eletti tra il personale tecnico sanitario dirigente.

2. E' membro di diritto del consiglio dei sanitari il direttore sanitario, che lo presiede; partecipa alle sedute, senza diritto di voto, il presidente della federazione regionale dell'ordine dei medici o suo delegato. La legge regionale di cui all'articolo 27, comma 1, lettera a), individua ulteriori membri di diritto, tenuto conto della struttura delle responsabilita' aziendali.

## ARTICOLO 22

(Il consiglio dei sanitari delle aziende ospedaliere)

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

2. Nelle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, 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 e' determinato, tenendo conto dei membri di diritto, di cui al comma 4, ascrivibili a ciascuna componente.

3. La componente elettiva e' cosi' articolata:

- a) dodici medici complessivi appartenenti alle componenti ospedaliera ed universitaria; i componenti ospedalieri sono eletti tra i dirigenti;
- b) tre medici convenzionati, di cui un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta ed un medico

- specialista ambulatoriale;
- c) quattro componenti in rappresentanza degli altri laureati, di cui due eletti tra i dirigenti del ruolo sanitario, e due in rappresentanza dell'università;
  - d) tre componenti in rappresentanza del personale infermieristico, eletti tra i dirigenti;
  - e) tre componenti in rappresentanza dei tecnici sanitari, eletti tra i dirigenti.

4. Sono membri di diritto del consiglio dei sanitari il direttore sanitario, che lo presiede, e i direttori dei dipartimenti ospedalieri; partecipa alle sedute del consiglio, senza diritto di voto, il presidente della federazione regionale dell'ordine dei medici o suo delegato. La legge regionale di cui all'articolo 27, comma 1, lettera a), individua ulteriori membri di diritto, tenuto conto della struttura delle responsabilità aziendali.

### TITOLO III NORME TRANSITORIE E FINALI

#### ARTICOLO 23 (La gestione transitoria)

1. Le unità sanitarie locali di nuova istituzione, ai sensi dell'articolo 2, operano a decorrere dall'1 gennaio 1995.
2. Ciascuna delle unità sanitarie locali di cui al comma 1, subentra, alla data dell'1 gennaio 1995, alle unità sanitarie locali costituite ai sensi delle leggi regionali 19 dicembre 1979, n. 63, e 17 agosto 1979, n. 37, nel rispettivo ambito territoriale, delimitato ai sensi dell'allegato 1 alla presente legge; con l'avvenuto subentro, le unità sanitarie locali costituite, ai sensi delle predette leggi regionali, si intendono estinte.
3. Il subentro di cui al comma 2 opera agli effetti dei rapporti attivi e passivi, del personale, del patrimonio, nonché ad ogni altro effetto, con esclusione dei rapporti di tesoreria e di quanto non compatibile con il nuovo ordinamento. Sono inoltre fatte salve le disposizioni di cui ai commi 8 e 9.
4. A decorrere dal trentesimo giorno successivo all'entrata in vigore della presente legge, e fino alla data di estinzione di cui al comma 2, le unità sanitarie locali costituite ai sensi delle LLRR n. 63/79 e n. 37/79 ed operanti per intero in un medesimo ambito territoriale, tra quelli delimitati ai sensi dell'allegato 1 alla presente legge, sono amministrate da un unico commissario straordinario nominato dalla giunta regionale entro il trentesimo giorno suddetto, con le modalità ed i requisiti previsti per la nomina dei direttori generali di cui all'articolo 17.

5. Per il periodo precedente alle nomine, di cui ai commi 4 e 8, gli attuali amministratori straordinari assumono la veste di commissari straordinari nelle unita' sanitarie locali costituite ai sensi delle LLRR n. 63/79 e n. 37/79.

6. I commissari nominati ai sensi del comma 4 esercitano gli stessi compiti attribuiti ai precedenti amministratori straordinari e predispongono, inoltre, tutti gli atti occorrenti per l'avvio delle nuove unita' sanitarie locali. A tal fine, e per la soluzione degli eventuali problemi di carattere transitorio, i commissari si conformano alle direttive emanate dalla giunta regionale nell'ambito delle vigenti disposizioni.

7. A decorrere dall'1 gennaio 1995, contestualmente all'avvio delle nuove unita' sanitarie locali, i commissari di cui al comma 4, assumono la carica e le funzioni di direttore generale.

8. Per le unita' sanitarie locali n. 17 e n. 32, di cui alla LR n. 37/79, non si applica la gestione unificata di cui al comma 4. Per tali unita' sanitarie locali, limitatamente al periodo fino al 31 dicembre 1994, e' nominato dalla giunta regionale, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un commissario straordinario; al medesimo sono attribuiti gli stessi compiti dell'amministratore straordinario in carica nonche' il compito di predisporre un piano di riparto delle risorse tra le unita' sanitarie locali di cui al comma 1, territorialmente interessate. Tale piano di riparto e' predisposto entro il 31 ottobre 1994, sentiti i commissari straordinari interessati dalle operazioni di scorporo, delle unita' sanitarie locali a gestione unificata ai sensi del comma 4. Il piano di riparto e' deliberato dalla giunta regionale, entro il successivo mese di novembre ed acquista efficacia con l'1 gennaio 1995.

9. Le aziende ospedaliere, di cui all'articolo 4, operano a decorrere dall'1 gennaio 1995. Ai fini dello scorporo delle risorse da destinarsi alle aziende suddette, per ciascuna di esse e' predisposto un piano operativo, da un apposito commissario straordinario, nominato dalla giunta regionale nei termini, con le modalita' ed i requisiti di cui al comma 4. Il piano e' predisposto entro il 31 ottobre 1994, sentiti i commissari straordinari di cui al comma 4, interessati dalle operazioni di scorporo. Il piano operativo e' deliberato dalla giunta regionale entro il 30 novembre 1994 ed acquista efficacia l'1 gennaio 1995. A decorrere da quest'ultima data, contestualmente all'avvio dell'azienda ospedaliera, il commissario assume la carica e le funzioni di direttore generale dell'azienda stessa.

10. Ai commissari straordinari di cui ai commi 4, 5 e 9, spetta, dal momento della nomina e fino al 31 dicembre 1994, il trattamento giuridico ed economico gia' previsto per la carica di amministratore straordinario. Il medesimo trattamento spetta ai commissari straordinari, di cui al comma 8, fino al compimento

dell'incarico, e, comunque, non oltre il 31 dicembre 1994. Ai membri dei collegi straordinari dei revisori di cui all'articolo 24, comma 6, spetta il trattamento giuridico ed economico previsto dalla normativa regionale vigente per i preesistenti collegi dei revisori delle unita' sanitarie locali.

#### ARTICOLO 24

(Norme speciali per il periodo di gestione unificata)

1. Nel periodo di gestione unificata di cui all'articolo 23, comma 4, il commissario straordinario, nel quadro delle direttive emanate dalla giunta regionale, ed al fine di favorire l'avvio delle nuove unita' sanitarie locali, puo' attuare forme provvisorie di unificazione dei procedimenti e di progressiva razionalizzazione dei servizi.

2.

In particolare il commissario puo' disporre:

- a) l'unificazione, per l'esercizio di determinate funzioni, degli uffici di direzione, con facolta' di demandare ai coordinatori in carica funzioni degli stessi uffici di direzione, nei casi in cui la legge regionale prevede la possibilita' di delega da parte di questi ultimi;
- b) l'unificazione dei bilanci e, comunque, la utilizzabilita' degli stanziamenti dei singoli bilanci per il complesso delle unita' sanitarie locali comprese nella gestione unificata.
- c) l'unificazione di determinati servizi e delle relative responsabilita', nonche' la piena mobilita' del personale tra le varie unita' sanitarie locali suddette;
- d) l'adozione di procedure concorsuali e per l'acquisto di beni riferite a tutte le unita' sanitarie locali comprese nella gestione unificata.

Per l'espletamento delle loro funzioni, i commissari straordinari di cui all'articolo 23, commi 4, 5, 8 e 9, possono avvalersi di specifiche consulenze.

3. Per le finalita' di cui al comma 2, lettera b), non costituisce variazione soggetta ad approvazione lo spostamento degli stanziamenti dall'uno all'altro bilancio, ove riferito ad uno stesso capitolo di spesa. Per le finalita' di cui al comma 2, lettera c), e' considerata mobilita' interna del personale quella riguardante piu' unita' sanitarie locali comprese nella stessa gestione unificata.

4. Il commissario straordinario, ove strettamente necessario, puo' inoltre, nel periodo di cui al comma 1, avviare le procedure e stipulare gli atti relativi a contratti e convenzioni aventi decorrenza con l'avvio della nuova unita' sanitaria locale; gli atti sono impegnativi per quest'ultima se ratificati dal direttore generale, una volta entrato in carica ai sensi

dell'articolo 23, comma 7.

5. La giunta regionale, con propria direttiva, può disporre, ove possibile, forme di unificazione delle procedure di assunzione del personale già avviate, alla data di entrata in vigore della presente legge, per più unità sanitarie locali comprese in una stessa gestione unificata. La giunta regionale può inoltre disporre, nelle stesse forme, l'utilizzazione per il complesso delle unità sanitarie locali suddette, delle graduatorie aperte presso ciascuna di esse, stabilendo i relativi criteri.

6. Alla data di entrata in vigore della presente legge, i collegi dei revisori delle unità sanitarie locali preesistenti, assumono il ruolo di collegi straordinari dei revisori delle medesime unità sanitarie locali, con le stesse funzioni precedentemente esercitate. Il collegio straordinario dei revisori della unità sanitaria locale con il maggior volume di risorse finanziarie, tra quelle confluite negli ambiti di cui all'allegato 1, esercita le proprie funzioni anche in relazione agli atti unificati di cui al presente articolo.

7. Alla data di entrata in vigore della presente legge, alle conferenze dei sindaci operanti presso le unità sanitarie locali, subentra una conferenza composta dai sindaci dei comuni ricompresi nello stesso ambito territoriale di cui all'allegato 1. La conferenza è convocata, entro i trenta giorni successivi, dal sindaco del comune con il maggior numero di abitanti, che la presiede. Il funzionamento della conferenza è disciplinato da uno dei regolamenti scelto dalla conferenza stessa fra quelli già approvati dal consiglio regionale nel rispettivo ambito territoriale di competenza. In mancanza, si applica il regolamento del consiglio comunale del comune con il maggior numero di abitanti. Per le unità sanitarie locali di cui all'articolo 23, comma 8 continuano ad operare le conferenze dei sindaci ivi costituite.

## ARTICOLO 25

(Prima verifica degli ambiti gestionali delle unità sanitarie locali)

Entro il termine previsto dal decreto delegato e, comunque, entro sette mesi dall'approvazione della presente legge, il consiglio regionale approva i nuovi indirizzi del piano sanitario regionale. In tale contesto, ed al fine di effettuare una prima verifica degli assetti territoriali delle unità sanitarie locali, deve essere tenuto conto dei seguenti criteri:

a) il dimensionamento delle unità sanitarie locali, di norma, deve essere coerente con il principio secondo il quale non vi può essere previsione di specialità ospedaliere - nell'ambito di uno stesso territorio provinciale - che superi, quanto a numero di unità operative, quelle desumibili dalla

definizione di soglie di operativita', sulla base di standard nazionali ed internazionali, e dalla dimensione dei rapporti tra strutture sanitarie e popolazione residente;

- b) l'indirizzo di cui alla lettera a) e' integrato, con riferimento ai territori montani ed in relazione alle specialita' compatibili per tali dimensioni, da criteri di flessibilita' nell'utilizzo delle soglie operative, allo scopo di garantire il mantenimento di tutti quei servizi che, ancorche' caratterizzati da insufficiente equilibrio tra costi e ricavi, rispondano alle esigenze di tutela di condizioni di vita civile delle popolazioni montane ed al loro diritto di non sottostare a forme irragionevoli di mobilita';
- c) le unita' sanitarie locali caratterizzate da piu' poli ospedalieri e da modesta integrazione dei flussi di ricovero attorno al polo principale provinciale, dovranno essere confermate da indirizzi del piano sanitario che garantiscano per il futuro processi di integrazione effettiva. Ove questo non risulti realizzabile, anche allo scopo di favorire l'esercizio delle funzioni di programmazione e di controllo previste dalla presente legge per i comuni, potra' essere prevista la costituzione di nuove unita' sanitarie locali. In ogni caso, le indicazioni di piano dovranno ispirarsi ai criteri di cui alla lettera a), ed escludere, nelle condizioni a regime di piano, la moltiplicazione, nell'ambito provinciale, di unita' operative di specialita' ospedaliere ad elevata soglia di operativita'.

## ARTICOLO 26

(Disposizioni per la provincia di Firenze)

1. Gli ambiti territoriali delle aziende unita' sanitarie locali relativi alla provincia di Firenze, saranno definitivamente determinati con i provvedimenti di cui alle leggi 8 giugno 1990, n. 142 e 2 novembre 1993, n. 436, riguardanti l'area metropolitana.

2. Fino all'adozione di tali provvedimenti, gli ambiti di cui al comma 1 sono quelli definiti dall'allegato 1 alla presente legge.

## ARTICOLO 27

(Norme di invio)

1. Con apposite leggi regionali sono disciplinati:

- a) le linee dell'organizzazione e del funzionamento delle unita' sanitarie locali di cui all'articolo 2 e delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, del decreto delegato;
- b) la gestione finanziaria, patrimoniale e contabile ai sensi dell'articolo 5 del decreto delegato;
- c) le funzioni generali di controllo, ivi comprese quelle relative ai controlli di gestione ed ai controlli di qualita';

d) le attività di vigilanza e ispezione.

2. La formazione permanente del personale viene disciplinata in riferimento all'organizzazione delle nuove aziende con legge regionale, tramite modificazioni ed integrazioni della legge regionale 26 agosto 1991, n. 43.

3. La legge di cui al comma 1, lettera a), deve comunque prevedere che:

- a) le strutture organizzative siano dimensionate sulla base di criteri che individuino livelli minimi di attività da svolgere;
- b) le strutture aziendali siano organizzate sulla base di criteri che consentano la distinzione tra funzioni direzionali, relative al governo ed al controllo di gestione, e funzioni gestionali, tecniche e di erogazione delle prestazioni;
- c) il direttore generale e la direzione aziendale di cui all'articolo 19, si avvalgono per l'esercizio delle proprie funzioni di apposita struttura;
- d) le strutture organizzative siano funzionalmente ordinate e responsabilizzate in forma dipartimentale;
- e) per le attività infermieristiche sia individuata una specifica funzione di coordinamento con la direzione aziendale;
- f) per le attività tecnico sanitarie sia individuata una specifica funzione unitaria di coordinamento con la direzione aziendale.

4. La legge di cui al comma 3, contiene la disciplina per l'erogazione delle prestazioni, ivi inclusa quella dei rapporti con il settore privato e quella delle prestazioni in forma indiretta.

5. La legge regionale di programmazione sanitaria di cui all'articolo 5, comma 1, contiene i criteri di determinazione del fabbisogno, le modalità di finanziamento ed i criteri di riparto delle risorse alle aziende.

#### ALLEGATO 1

#### GLI AMBITI TERRITORIALI DELLE SSR (SERVIZIO SANITARIO REGIONALE) AMBITI AZIENDALI E ZONE SOCIO-SANITARIE

##### AZIENDA: USL 1 DI MASSA E CARRARA

---

Zona della Lunigiana:

Comuni: Aulla, Bagnone, Casola in Lunigiana,  
Comano, Filattiera, Fivizzano, Lucciana  
Nardi, Mulazzo, Podenzana, Pontremoli,  
Tresana, Villafranca in Lunigiana, Zeri.

Provincia: MS  
Numero comuni: 13

Zona delle Apuane:

Comuni: Carrara, Fosdinovo, Massa, Montignoso.  
Provincia: MS  
Numero comuni: 4

Totale numero comuni: 17

-----  
AZIENDA USL 2 DI LUCCA  
-----

Zona della Versilia

Comuni: Camaione, Forte dei Marmi, Massarosa,  
Pietrasanta, Seravezza, Stazzema,  
Viareggio.  
Provincia: LU  
Numero comuni: 7

Zona della Valle del Serchio:

Comuni: Bagni di Lucca, Barga, Borgo a Mozzano,  
Camporgiano, Careggione, Castelnuovo di  
Garfagnana, Castiglione di Garfagnana,  
Coreglia Antelminelli, Fabbriche di  
Vallico,  
Fosciandora, Galliciano, Giuncugnano,  
Minucciano, Molazzana, Piazza al Serchio,  
Pieve Fosciana, San Romano in Garfagnana,  
Sillano, Vagli Sotto, Vergemoli, Villa  
Collemandina.

Provincia: LU  
Numero comuni: 21

Zona della Piana di Lucca:

Comuni: Altopascio, Capannori, Lucca, Montecarlo,  
Pescaglia, Porcari, Villa Basilica.  
Provincia: LU  
Numero comuni: 7

Totale numero comuni: 35

-----  
AZIENDA USL 3 PISTOIA  
-----

Zona della Val di Nievole

Comuni: Buggiano, Chiesina Uzzanese, Lamporecchio,  
Larciano, Massa e Cozzile, Monsummano  
Terme, Montecatini Terme, Pescia, Pieve a  
Nievole, Ponte Buggianese, Uzzano.  
Provincia: PT  
Numero comuni: 11

Zona Pistoiese



Comuni: Abetone, Agliana, Cutigliano, Marliana,  
Montale, Pistoia, Piteglio, Sambuca  
Pistoiese, San Marcello Pistoiese,  
Serravalle Pistoiese, Quarrata.

Provincia: PT

Numero comuni: 11

Totale numero comuni: 22

#### AZIENDA USL 4 PRATO

---

##### Zona Pratese

Comuni: Cantagallo, Carmignano, Montemurlo, Poggio  
a Caiano, Prato, Vaiano, Vernio.

Provincia: FI

Numero comuni: 7

Totale numero comuni: 7

#### AZIENDA USL 5 DI PISA

---

##### Zona dell'Alta Val di Cecina

Comuni: Castelnuovo di Val di Cecina, Montecatini  
Val di Cecina, Pomarance, Volterra.

Provincia: PI

Numero comuni: 4

##### Zona della Vald'Era

Comuni: Bientina, Buti, Calcinaia, Capannoli,  
Casciana Terme, Chianni, Crespina,  
Lajatico, Lari, Palaia, Peccioli,  
Ponsacco, Pontedera, Santa Maria a Monte,  
Terricciola.

Provincia: PI

Numero comuni: 15

##### Zona del Valdarno Inferiore

Comuni: Castelfranco di Sotto, Montopoli in Val  
d'Arno, San Miniato, Santa Croce  
sull'Arno.

Provincia: PI

Numero comuni: 4

##### Zona Pisana

Comuni: Calci, Cascina, Fauglia, Lorenzana,  
Orciano Pisano, Pisa, San Giuliano Terme,  
Vecchiano, Vicopisano.

Provincia: PI

Numero comuni: 9

Totale numero comuni: 32

## AZIENDA USL 6 LIVORNO

---

### Zona della Bassa Val di Cecina

Comuni: Casale Marittimo, Castellina Marittima,  
Guardistallo, Montescudaio, Riparbella,  
Santa Luce.

Provincia: PI

Numero comuni: 6

Comuni: Bibbona, Castagneto Carducci, Cecina,  
Rosignano Marittimo.

Provincia: LI

Numero comuni: 4

### Zona della Val di Cornia

Comuni: Monteverdi Marittimo.

Provincia: PI

Numero comuni: 1

Comuni: Campiglia Marittima, Piombino, San  
Vincenzo, Sassetta, Suvereto.

Provincia: LI

Numero comuni: 5

### Zona dell'Elba

Comuni: Campo nell'Elba, Capoliveri, Marciana,  
Marciana Marina, Porto Azzurro,  
Portoferraio, Rio Marina, Rio nell'Elba.

Provincia: LI

Numero comuni: 8

### Zona Livornese

Comuni: Capraia Isola, Collesalveti, Livorno.

Provincia: LI

Numero comuni: 3

Totale numero comuni: 27

## AZIENDA USL 7 DI SIENA

---

### Zona dell'Alta Val d'Elsa

Comuni: Casole d'Elsa, Colle di Val d'Elsa,  
Poggibonsi, Radicondoli, San Gimignano.

Provincia: SI

Numero comuni: 5

### Zona della Val di Chiana Senese

Comuni: Cetona, Chianciano Terme, Chiusi,  
Montepulciano, Pienza, San Casciano dei  
Bagni, Sarteano, Sinalunga, Torrita di  
Siena, Trequanda.

Provincia: SI

Numero comuni: 10

Zona dell'Amiata Senese

Comuni: Abbadia San Salvatore, Castiglione  
d'Orcia, Piancastagnaio, Radicofani.

Provincia: SI

Numero comuni: 4

Zona Senese

Comuni: Asciano, Buonconvento, Castellina in  
Chianti, Castelnuovo Berardenga,  
Chiusdino, Gaiole in Chianti, Montalcino,  
Monteriggioni, Monteroni d'Arbia,  
Monticiano, Murlo, Radda in Chianti,  
Rapolano Terme, San Giovanni d'Asso, San  
Quirico d'Orcia, Siena, Sovicille.

Provincia: SI

Numero comuni: 17

Totale numero comuni: 36

-----  
AZIENDA USL 8 DI AREZZO  
-----

Zone del Casentino

Comuni: Bibbiena, Castelfocognano, Castel San  
Niccolo', Chitignano, Chiusi della Verna,  
Montemignaio, Ortignano Raggiolo, Poppi,  
Pratovecchio, Stia, Talla.

Provincia: AR

Numero comuni: 11

Zona della Val Tiberina

Comuni: Anghiari, Badia Tebalda, Caprese  
Michelangelo, Monterchi, Pieve Santo  
Stefano, Sansepolcro, Sestino.

Provincia: AR

Numero comuni: 7

Zona del Valdarno

Comuni: Bucine, Castelfranco di Sopra, Cavriglia,  
Laterina, Loro Ciuffenna, Montevarchi,  
Pergine Valdarno, Pian di Sco', San  
Giovanni Valdarno, Terranuova Bracciolini.

Provincia: AR

Numero comuni: 10

Zona della Val di Chiana Aretina

Comuni: Castiglion Fiorentino, Cortona, Foiano  
della Chiana, Lucignano, Marciano della  
Chiana.

Provincia: AR

Numero comuni: 5

Zona Aretina

Comuni: Arezzo, Capolona, Castiglion Fibocchi,  
Civitella in Val di Chiana, Monte San  
Savino, Subbiano.

Provincia: AR

Numero comuni: 6

Totale numero comuni: 39

-----  
AZIENDA USL 9 DI GROSSETO

Zona delle Colline Metallifere

Comuni: Follonica, Gavorrano, Massa Marittima,  
Monterotondo Marittimo, Montieri,  
Scarlino.

Provincia: GR

Numero comuni: 6

Zona delle Colline dell'Albegna

Comuni: Capalbio, Isola del Giglio, Magliano in  
Toscana, Manciano, Monte Argentario,  
Orbetello, Pitigliano, Sorano.

Provincia: GR

Numero comuni: 8

Zona dell'Amiata Grossetana

Comuni: Arcidosso, Castel del Piano,  
Castell'Azzara, Roccalbegna, Santa Fiora,  
Seggiano, Semproniano.

Provincia: GR

Numero comuni: 7

Zona Grossetana

Comuni: Campagnatico, Castiglion della Pescaia,  
Cinigiano, Civitella Paganico, Grosseto,  
Roccastrada, Scansano.

Provincia: GR

Numero comuni: 7

Totale numero comuni: 28

-----  
AZIENDA USL 10 FIRENZE

Zone  
del Mugello

Comuni: Barberino di Mugello, Borgo San Lorenzo,  
Dicomano, Firenzuola, Londa, Marradi,  
Palazzuolo sul Senio, San Godenzo, San  
Piero a Sieve, Scarperia, Vicchio.

Provincia: FI

Numero comuni: 11

Zona Fiorentina Nord-Ovest

Comuni: Calenzano, Campi Bisenzio, Fiesole, Sesto  
Fiorentino, Vaglia, Firenze, Lastra a  
Signa, Scandicci, Signa.

Provincia: FI

Numero comuni: 9

Zona Fiorentina Sud-Est

Comuni: Bagno a Ripoli, Barberino Val d'Elsa,  
Figline Valdarno, Greve in Chianti,  
Impruneta, Incisa, Pelago, Pontassieve,  
Reggello, Rignano sull'Arno, Rufina, San  
Casciano in Val di Pesa, Tavarnelle Val di  
Pesa.

Provincia: FI

Numero comuni: 13

Totale numero comuni: 33

-----  
AZIENDA USL 11 EMPOLI  
-----

Zona Empolese

Comuni: Capraia e Limite, Castelfiorentino,  
Cerreto Guidi, Certaldo, Empoli,  
Fucecchio, Gambassi Terme, Montaione,  
Montelupo Fiorentino, Montespertoli,  
Vinci.

Provincia: FI

Numero comuni: 11

Totale numero comuni: 11

ALLEGATO 2

LE AZIENDE REGIONALI OSPEDALIERE E GLI OSPEDALI GESTITI

AZIENDA OSPEDALIERA PISANA

Presidio ospedaliero gestito: Ospedali Pisani.

AZIENDA OSPEDALIERA SENESE

Presidio ospedaliero gestito: Ospedali Senesi,  
Ospedale di Abbadia San Salvatore.

AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI

Presidio ospedaliero gestito: Complesso Ospedaliero Careggi-CTO

AZIENDA OSPEDALIERA MEYER

Presidio ospedaliero gestito: Ospedale Pediatrico "A.Meyer"