

Edizioni dell'Assemblea

88

Coordinamento Collegi sindacali
Aziende Sanitarie della Toscana

**Corso di aggiornamento e perfezionamento
Addetti alle segreterie dei Collegi sindacali**

a cura di Linda Luzzi

Atti del Convegno
Firenze, 4 giugno 2013

Consiglio regionale della Toscana
Edizioni dell'Assemblea

Corso di aggiornamento e perfezionamento Addetti alle segreterie dei Collegi sindacali : atti del convegno : Firenze, 4 giugno 2013 a cura di Linda Luzzi. – Firenze : Consiglio regionale della Toscana 2014 (In testa al front.: Coordinamento Collegi sindacali aziende sanitarie della Toscana)
1. Luzzi, Linda 2. Coordinamento Collegi sindacali aziende sanitarie della Toscana 3. Toscana. Consiglio regionale
352.439 Revisione contabile. Amministrazione pubblica
Aziende sanitarie locali - Ruolo dei Collegi dei Revisori dei conti - Atti di congressi

CIP (Cataloguing in publication) a cura della Biblioteca del Consiglio regionale

Consiglio regionale della Toscana

Progetto grafico e impaginazione: Massimo Signorile, Settore Comunicazione istituzionale, editoria e promozione dell'immagine
Pubblicazione realizzata dalla tipografia del Consiglio regionale della Toscana ai sensi della l.r. 4/2009

Prima edizione: febbraio 2014

ISBN 978-88-89365-32-8

Sommario

Presentazione degli atti del Corso	
<i>Antonio Sereni e Luigi Tucci</i>	7
Presentazione del Corso	
Presentazione del corso	
<i>Luigi Tucci</i>	11
Saluti	
<i>Marco Remaschi</i>	12
Ringraziamenti	
<i>Antonio Sereni</i>	13
Relazioni introduttive	
Cenni sulla specificità delle funzioni dei Collegi Sindacali delle Aziende dell'area sanitaria e socio assistenziale	
<i>Antonio Sereni</i>	17
Le modifiche dell'ordinamento sanitario toscano nel triennio 2010-2012	
<i>Linda Luzzi</i>	35
Relazioni tematiche	
Le funzioni dei Collegi Sindacali: parte generale	
<i>Gianfranco Antognoli</i>	55
Le funzioni dei Collegi Sindacali: adempimenti aggiuntivi	
<i>Daniele Limberti</i>	61
La Relazione trimestrale per la Regione: proposta di modifica	
<i>Giancarlo Viccaro</i>	69
La Relazione al Bilancio d'esercizio per la Corte dei Conti	
<i>Massimo Braganti</i>	81
Il monitoraggio dei costi: Regione, Modelli CE ministeriali	
<i>Valerio Mari</i>	87
Il Conto Annuale del Personale	
<i>Arianna Tognini</i>	93

Il Tavolo tecnico degli adempimenti ministeriali: sostenibilità economica del sistema <i>Maria Chiara Innocenti</i>	95
Il Modello P.I.S.A. e le sue applicazioni <i>Giovanni Cappiotti</i>	99
Rapporto tra revisione legale e controllo amministrativo <i>Marco Mainardi</i>	103
La formazione del Bilancio di previsione annuale <i>Lorenzo Pescini</i>	107
La formazione del Bilancio di esercizio <i>Carlo Milli</i>	113
La procedura informatizzata del Collegio: report, evoluzione e proposta di estensione <i>Irene Picchioni</i>	117
Riflessioni conclusive e chiusura del Corso <i>Antonio Sereni</i>	125
Appendice documentale <i>Bilancio di previsione 2014 - Direttiva regionale alle Aziende Sanitarie</i>	129
Appendice di legislazione <i>L.R. 24/2/2005 n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale"</i> <i>D.Lvo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42." (11G0160)</i>	163 279
Appendice fotografica <i>Relatori e partecipanti</i>	293

Presentazione degli atti del Corso

La presentazione degli atti del Corso costituisce non solo l'adempimento di un impegno assunto verso i partecipanti, ma anche l'occasione per allestire un vero e proprio vademecum per le attività che svolgono i Collegi Sindacali e le loro Segreterie.

In verità il Corso ha assunto una dimensione decisamente orientata verso l'alto, sia per l'ampiezza dei temi trattati che per il loro livello di analisi e del valore dei Relatori.

Infatti, all'analisi dell'evoluzione storica sulle funzioni dei Collegi (fino alla nuova configurazione del Revisore legale dei conti), segue l'illustrazione delle tematiche nuove, che hanno allargato il perimetro dell'impegno dei Collegi, e di quelle sopravvenute tra le quali fa spicco quella della revisione contabile.

Gli adempimenti dei Collegi Sindacali si sono decisamente ampliati e la parte del Corso che ha riguardato, ad esempio, la relazione trimestrale per la Regione, la relazione al Bilancio di Esercizio per la Corte dei Conti, il Conto Annuale del Personale e l'introduzione del Modello P.I.S.A., per la verbalizzazione delle sedute del Collegio con relative procedure informatizzate, hanno costituito la parte più operativa del Corso e quella più specifica per l'attività quotidiana degli Addetti alle Segreterie.

Abbiamo anche dato risalto alla parte che riguarda il sistema dei bilanci (la formazione del Bilancio di previsione e del Bilancio di esercizio) ed il grande tema del rapporto tra la revisione legale ed il controllo amministrativo che reclama una chiara delimitazione del campo di attività tra Collegi Sindacali e Società di Revisione per evitare sovrapposizioni e, astrattamente, dei possibili vuoti.

Infine abbiamo inteso dare un contenuto pratico al volume con una ricca Appendice documentale che comprende il testo aggiornato della L.R. 40/2005 e del Decreto Legislativo 118/2011 per la parte che interessa il settore sanitario ed infine il testo della Direttiva regionale del mese di Novembre 2013 sulla formazione dei Bilanci di previsione 2014.

Un vero e proprio Vademecum.

Riteniamo perciò doveroso esprimere un ringraziamento a Linda Luzzi che ha curato con attenzione e meticolosità la raccolta e l'organizzazione della documentazione, consentendo quindi di pervenire all'attuale testo in un ragionevole lasso di tempo, che rende il volume meritevole di essere sul ta-

volò non solo dei Sindaci Revisori e degli Addetti alle segreterie, ma anche di coloro che si occupano degli aspetti giuridico-amministrativi e aziendalistici nella conduzione di Aziende molto articolate e complesse quali sono le Aziende Sanitarie e gli altri Enti del Servizio sanitario regionale.

Antonio Sereni
Coordinatore Regionale dei Collegi

Luigi Tucci
Direttore del Formas

Presentazione del Corso

Presentazione del corso

Luigi Tucci

Direttore del Formas

(Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria, Ente gestore del corso)

Vorrei sottolineare, anche a nome dell'assessore Marroni, l'importanza di questo Corso, al quale abbiamo aderito con immediato entusiasmo quando si è presentata la possibilità di gestire e realizzare la seconda edizione. Tale entusiasmo deriva dal ruolo fondamentale che i Collegi Sindacali svolgono all'interno delle Aziende Sanitarie, soprattutto alla luce della odierna crisi economica, ruolo che deve diventare di vera e propria guida, per il versante che gli compete.

L'importanza di questo Corso rileva anche per l'attività svolta dal FORMAS, laboratorio di formazione strategica della sanità Toscana, ovvero fare della formazione mirata. Partendo dal concetto che la formazione è l'aspetto più rilevante per un sistema che deve crescere e potenziarsi, quale è il sistema sanitario, dovendo lo stesso garantire la salute dei cittadini, abbiamo esteso l'interesse anche alla componente amministrativa che segue da vicino le attività dei Collegi sindacali.

L'ampiezza dei temi trattati e la qualità dei Relatori rappresentano la garanzia di successo del Corso anche per l'attualità della tematica economica che caratterizza l'intero settore sanitario.

Voglio pertanto ringraziare Antonio Sereni per la passione e l'impegno che dedica allo sviluppo dell'azienda sanitaria, che parte proprio dalla buona organizzazione delle funzioni e delle attività dei Collegi Sindacali.

Saluti

Marco Remaschi

*Presidente della IV Commissione Sanità
del Consiglio regionale della Toscana*

Buon giorno, buon lavoro e benvenuti in Consiglio Regionale. L'iniziativa di questa mattina, il lavoro che state per intraprendere, come detto e sottolineato più volte nei vari incontri in Regione Toscana, ha per noi un'importanza fondamentale.

Vengo proprio ora da una riunione ove si è discusso di investimenti, di project, di finanziamenti a favore del sistema sanitario. Sistema che oggi presenta grandi punti di eccellenza ma anche lacune. Da qui, la certezza che occorre andare avanti con estremo rigore in punto di verifiche, controlli, della puntualità circa l'adempimento dei servizi, che sino ad oggi sono stati punti di diamante del nostro sistema sanitario.

Lo scopo della politica è proprio quello di valutare quegli aspetti che necessitano di approfondimenti e di azioni migliorative. In questa direzione va orientato l'impegno forte e determinato dell'Assessore Marroni e il lavoro, l'organizzazione e la formazione dei Collegi Sindacali e dei singoli individui che operano all'interno di ciascuno di essi. In quest'ottica diviene altresì fondamentale la necessità di una sempre più stretta cooperazione e collaborazione fra le varie aziende sanitarie della Regione Toscana e fra i loro uffici, e pertanto dei Collegi.

Noi siamo certi, analizzando il lavoro e le vostre relazioni, della bontà del vostro operato e contiamo su di un lavoro sempre più puntuale, soprattutto sotto il profilo finanziario, a cui oggi deve essere dedicata tutta la nostra attenzione.

Ringraziamenti

Antonio Sereni

*Uditore IV Commissione Sanità Consiglio Regionale
e Presidente del Collegio Sindacale ASL 10 di Firenze*

Questo Corso lo si deve all'impegno di tante persone ma vorrei, in modo particolare, evidenziare l'apporto, la passione, la competenza e la puntualità con la quale due persone si sono dedicate in modo particolare. In ordine alfabetico la Dott.ssa Linda Luzzi, organizzatrice e relatrice del Corso ed Elisabetta Querini, quest'ultima Segretaria storica della Segreteria del Coordinamento dei Collegi Sindacali e dell'Azienda Sanitaria Usl 10 di Firenze.

Devo pertanto ringraziare l'Azienda Sanitaria di Firenze, il cui Direttore Generale, mi ha fatto recapitare il suo vivo ringraziamento per l'invito ricevuto, ringraziamento che rigiro all'Azienda Sanitaria fiorentina la quale ci ha fornito, a titolo di relatori, partecipazioni di grande calibro, capitanati dalla Dott.ssa Maria Chiara Innocenti, Direttore amministrativo, a seguire la Dott.ssa Arianna Tognini, Direttore del dipartimento risorse umane, l'Ing. Valerio Mari, Direttore del dipartimento controllo di gestione e la Dott.ssa Irene Picchioni, Collaboratore amministrativo professionale Esperto.

Agli illustri Relatori devo esprimere un ringraziamento sentito per aver accolto l'invito e per la concretezza delle loro relazioni che realizzano insieme contenuti culturali e indicazioni operative.

Relazioni introduttive

Cenni sulla specificità delle funzioni dei Collegi Sindacali delle Aziende dell'area sanitaria e socio assistenziale

Antonio Sereni

Esperto di organizzazione sanitaria e socio-assistenziale

Prima di entrare nel tema specifico vorrei soffermarmi sulla **evoluzione** delle funzioni dei Collegi sindacali.

L'**evoluzione** non può che riferirsi agli interventi operati nel tempo dal legislatore del Codice civile per definire con maggiore precisione il ruolo dei Collegi sindacali, per ampliare il numero dei soggetti addetti al controllo societario, per separare il controllo amministrativo da quello contabile e per definire modalità di controllo differenziate rispetto alla complessità delle imprese (aziende) ed al loro ricorso o meno al mercato del capitale di rischio.

Sul piano normativo le norme di maggiore incisività sono state nel tempo il RDL del 1936 con l'istituzione del Ruolo dei Revisori Ufficiali dei conti (che ha permesso di definire con maggiore precisione le funzioni di competenza dell'organo di controllo); la legge del 1939 che ha dettato per la prima volta una disciplina delle Società di revisione.

Di rilievo anche la legge 216/1974 che ha istituito la Consob, ha introdotto nel Codice civile le disposizioni sui contenuti minimi del Conto Perdite e Profitti e della Relazione degli amministratori (successivamente sostituite dalla Nota integrativa e dalla Relazione sulla gestione) e ha approvato la delega per l'introduzione nell'ordinamento giuridico della revisione obbligatoria e della certificazione dei bilanci delle società quotate in borsa ai fini del controllo sulla regolare tenuta della contabilità e della corrispondenza del bilancio e del Conto Perdite e Profitti alle risultanze delle scritture contabili ed alle norme di legge.

Il Decreto di attuazione della delega (n.136/1975) in particolare:

- ha introdotto l'istituto della revisione e della certificazione obbligatoria del bilancio per le società quotate;
- ha definito le funzioni di competenza delle Società di revisione ed ha individuato le cause di incompatibilità per l'assunzione di tale incarico.

La stessa norma ha operato anche la distinzione tra revisione contabile volontaria (svolta da professionisti singoli o da studi professionali associati) con riferimento ai bilanci di imprese che richiedevano la revisione per politiche di gruppo o altre finalità proprie e revisione contabile obbligatoria per le società quotate in borsa (che poteva essere svolta solo da società di revisione iscritte nell'apposito Albo).

Per le società quotate si configurava quindi un duplice controllo: un controllo interno di legittimità e di vigilanza sulla correttezza degli atti compiuti dagli amministratori e della regolarità delle scritture contabili, affidata al Collegio sindacale, ed un controllo esterno di natura esclusivamente contabile svolto dai Revisori contabili.

Questa disciplina determinava una sovrapposizione di compiti in quanto il controllo dei Revisori non era sostitutivo di quello posto in essere dai Sindaci. Con questa disciplina emergeva la problematica relativa al rapporto tra organo sindacale e organo di revisione, affrontato nei primi anni Novanta attraverso un intervento normativo teso alla integrazione di questi due istituti giuridici (l'istituzione del Registro dei Revisori Contabili presso il Ministero di grazia e Giustizia con il D.L.vo 88/1992) ed il Decreto L.vo 24/2/1998 n. 58 (Testo Unico della Finanza. Legge Draghi) che ha finalmente operato la separazione dei compiti del Collegio sindacale e delle Società di revisione.

Il suddetto T.U.F. del 1998 ha attribuito al Collegio sindacale il controllo dell'amministrazione della società, esonerandone quindi la Società di revisione, alla quale è stato invece demandato in via esclusiva il controllo contabile, in tal modo sottratto al Collegio sindacale.

Questa diversa attribuzione delle funzioni di controllo nasceva dal convincimento che il Collegio sindacale, potendo partecipare alle vicende societarie in modo più ampio rispetto alla Società di revisione, era l'organo più indicato a svolgere il controllo dell'amministrazione societaria.

Il controllo demandato al Collegio sindacale riguardava (art.149 TUF):

l'osservanza della legge e dell'atto costitutivo;

il rispetto dei principi di corretta amministrazione;

l'adeguatezza della struttura amministrativa, del sistema di controllo interno e del sistema amministrativo contabile;

l'affidabilità del sistema amministrativo contabile a rappresentare correttamente i fatti di gestione.

Il controllo contabile affidato alla Società di revisione riguardava (art.155 TUF):

- la verifica nel corso dell'esercizio della regolare tenuta della contabilità e della corretta rilevazione dei fatti gestionali nelle scritture contabili ;
- la verifica della rispondenza del bilancio alle risultanze delle scritture contabili e della sua conformità alle norme vigenti in materia.

Con la più recente Riforma del diritto societario (decreto Lgs. n.6/2003) è stato eliminato il divario che si era creato tra Società che fanno ricorso al mercato del capitale di rischio e le Società che non ne fanno ricorso.

Anche per le Società non quotate è stata introdotta la separazione **tra controllo dell'amministrazione** (affidato ad un organo interno che, a seconda del modello di governance prescelto, può essere il Collegio Sindacale, il Consiglio di sorveglianza o il Comitato per il controllo interno della gestione) ed il **controllo contabile** (affidato di regola ad un organo indipendente esterno quale il Revisore o una Società di revisione).

La riforma del 2003 ha poi introdotto, accanto a quello tradizionale, due nuovi modelli di governance (**il sistema dualistico ed il sistema monistico**) accomunati però dal fatto che il controllo contabile è affidato ad una Società di revisione o ad un Revisore contabile, ma con la previsione che nel modello tradizionale le Società che non fanno ricorso al capitale di rischio possono attribuire, previa disposizione statutaria, la funzione di controllo contabile al Collegio sindacale e che in tal caso l'organo deve essere integralmente composto da revisori contabili iscritti nel Registro ex decreto Lgs. 88/1992.

Questa storia porta alla conclusione che le norme civilistiche intervenute nell'ultimo trentennio hanno guidato il legislatore sanitario che, in sede del processo di aziendalizzazione della sanità (decreto Lgs. 502/1992 e decreto Lgs. 229/1999), hanno posto in capo al Collegio sindacale (art.3 del decreto delegato) sia il controllo dell'amministrazione che il controllo contabile.

Questo permette di affermare che anche il controllo contabile disciplinato dall'art. 2409 ter del Codice civile (ora abrogato dal decreto legislativo 39/2010) rientra tra le funzioni dei Collegi sindacali delle Aziende sanitarie, ma niente esclude che questo controllo possa essere affidato anche ai Revisori o alle Società di revisione solo in virtù di un rapporto contrattuale.

Solo per la storia vorrei ricordare che in questo senso stava andando la legge 23/12/2005 n.266 (legge finanziaria 2006) in cui era stato previsto

(art.1, comma 291) l'emanazione di un decreto del Ministro della salute, di concerto il Ministro dell'Economia e delle finanze d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni in cui **definire i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.**

Di questo Decreto si è persa traccia, ma la tematica rimane sempre aperta, anche perchè il ricorso per le Amministrazioni pubbliche, ove occorra, a soggetti esterni specializzati nella certificazione dei bilanci è stato espressamente previsto dall'art. 2 comma 4 del Decreto l.vo 286/1999.

In Toscana, comunque, la Giunta Regionale fin dall'anno 2006 ha emanato una direttiva alle Aziende sanitarie per l'attuazione graduale di un programma di certificazione dei bilanci richiedendo nel contempo ai Collegi sindacali di verificare l'attuazione del medesimo e da quanto risulta la certificazione è attuata dalle Aziende tramite gara Estav.

Lo stato dell'arte

Le funzioni dei Collegi sindacali delle Aziende ed Enti del servizio sanitario nazionale sono disciplinate dal decreto legislativo 502/1992 e s.m.i. e dalla normativa regionale.

Nella Regione Toscana sono Aziende ed Enti del servizio sanitario regionale ed Aziende dell'area socio-assistenziale:

- Le Aziende Usl (12)
- Le Aziende Ospedaliero -Universitarie (4)
- La Fondazione Toscana G.Monasterio per la ricerca medica e sanità pubblica
- L'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO)
- Gli Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (Estav) (3)
- Le Società della Salute (28)
- Le Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP). (34)

La storia di queste Aziende è diversa: vi sono Aziende- **le Aziende sanitarie territoriali**- che hanno una tradizione e sviluppo consolidati avendo in larga parte vissuto la trasformazione prima da Enti Ospedalieri ad Unità sanitarie locali e poi quella da Usl ad Azienda Usl con il Decreto 229 del 1999 (riforma Bindi); **le Aziende Ospedaliero-Universitarie** hanno una storia più recente e più complessa sul piano della loro costituzione in quanto rappresentano il modello che realizza (dovrebbe realizzare) l'apporto delle Facoltà di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del servizio

sanitario regionale e contestualmente l'apporto di quest'ultimo alle attività didattiche e di ricerca dell'Università nel rispetto delle finalità istituzionali di ambedue; **gli Estav (Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta)** costituiscono invece il "prodotto" della seconda fase dell'aziendalizzazione operata in Toscana con lo scopo di far conseguire al sistema sanitario economie di scala per l'aggregazione in unico soggetto (Estav) di tutte le funzioni di acquisizione di beni e servizi e di supporto per l'attività di più Aziende sanitarie operanti in ambiti territoriali ben definiti; **l'ISPO e la Fondazione Monasterio** rappresentano invece soggetti che operano in segmenti specialistici dell'attività sanitaria (rispettivamente la prevenzione oncologica, il primo, e la ricerca medica e di sanità pubblica, la seconda); **le Società della Salute**, costituiscono la più recente soluzione organizzativa del servizio sanitario regionale e ad esse è affidato il compito di realizzare l'integrazione tra le attività sanitarie di competenza delle Asl e le funzioni proprie degli Enti locali in quei settori che costituiscono determinanti di salute; **le Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP)** rappresentano la tipologia istituzionale individuata dalla legge 328/2000 per il passaggio del sistema di assistenza sociale dal contesto caritativo e della beneficenza pubblica ad un contesto di riconoscimento e fruizione dei diritti di cittadinanza sociale.

Ma il dato politicamente più rilevante è che queste Aziende ed Enti hanno committenze ed indirizzi politici diversi: alcune (**quelle/i con funzioni sanitarie**) sono divenute centri di imputazione di interessi regionali e vanno viste più nell'ottica di componenti dell'holding regionale che nella loro individualità aziendale; le **ASP** sono nella sfera di interesse marcatamente comunale in quanto i loro servizi e strutture costituiscono risorsa per la programmazione locale (i Piani Integrati di salute) in quei settori corrispondenti ai loro fini statutari (e sono molteplici); altre ancora (**le Società della Salute**) concentrano un mix di interesse comunale per la prevalenza maggioritaria del loro assetto societario (67% rispetto al 33% delle Aziende Usl) ed ancor più regionale per il fatto che la programmazione socio-sanitaria regionale affida ad esse il ruolo leader nell'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie.

Storie diverse che hanno portato a determinare sul piano legislativo modelli di governance diversi che vedono Aziende proiettate al raggiungimento di nuove mete di efficienza organizzativa e gestionale, ma anche Aziende che in questa fase stentano a realizzare gli obiettivi di sanità-salute prefigurati dal legislatore regionale.

La disamina delle funzioni dei Collegi sindacali va fatta separatamente in quanto sono diverse le fonti normative e le attuazioni negli Statuti aziendali.

Aziende Usl e Aziende Ospedaliero-Universitarie

Le funzioni dei Collegi sindacali sono dettate in primo luogo dall'art.3 ter del Decreto legislativo 502/1992 , come modificato dal Decreto legislativo 229/1999 che ha condotto all' "aziendalizzazione" delle originarie Unità sanitarie locali.

Le funzioni del Collegio sindacale sono così disciplinate:

- a) *verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;*
- b) *vigila sull'osservanza della legge;*
- c) *accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;*
- d) *riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;*
- e) *trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Usl o dell'Azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al Sindaco del Comune capoluogo della provincia ove è situata l'Azienda stessa.*

La normativa regionale toscana di attuazione del Decreto delegato ha disciplinato le funzioni dei Collegi sindacali delle Aziende Usl e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie con la legge regionale 24 Febbraio 2005 n.40 e s.m.i. che all'art.42 comma 1 così le descrive:

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

Oltre le suddette attribuzioni, lo stesso art.42 al comma 8 prevede che *"su tutti i controlli eseguiti ai sensi del presente articolo il Collegio redige trimestralmente una relazione in cui esprime una valutazione complessiva circa l'andamento contabile nonché la gestione dell'azienda sanitaria; la relazione è inviata al Direttore Generale e alla Giunta regionale; la Giunta*

regionale può esprimere indirizzi in ordine ai contenuti della relazione anche attraverso la predisposizione di appositi schemi-tipo”

La normativa regionale suddetta è da valutarsi aderente al Decreto delegato e quindi non ci sono specificità degne di nota se non quella dell'assenza di riferimenti alla funzione prevista dall'art.2403, 1° comma del Codice civile che tra i doveri del Collegio sindacale annovera quello della verifica “**sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile adottato dalla società e sul suo concreto funzionamento.**

La verifica **sull'assetto organizzativo e amministrativo**, può ritenersi assolta in sede di esame delle deliberazioni del Direttore Generale sul recepimento delle indicazioni del Piano sanitario regionale che stabilisce (nell'Allegato n.2 al Piano) i criteri e le soglie per la costituzione degli assetti organizzativi aziendali sia dell'area sanitaria che di quella tecnica, professionale e amministrativa.

Sotto questo profilo vorrei segnalare la portata delle disposizioni del Decreto legislativo 231/2001 (Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, società etc...) che, per quanto al momento non applicabile alle Aziende sanitarie per il solo fatto di essere enti pubblici non economici (ma ci sono molti sostenitori della tesi opposta), prevede la responsabilità dell'Ente per i reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio anche da persone che esercitano il controllo dello stesso e ne sono escluse solo ove l'Ente provi che l'organo dirigente ha adottato e efficacemente attuato, prima della commissione del fatto, modelli di organizzazione e gestione idonei a prevenire reati della specie di quello verificatosi.

Per **l'adeguatezza dell'assetto contabile** la Regione Toscana ha definito alla fine dell'anno 2004 gli standard di riferimento ai principi contabili emessi dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e dei Ragionieri come prassi autorevole e consolidata integrandoli per le specificità delle Aziende sanitarie e procedendo alla definizione di una “casistica” consistente in specifici trattamenti contabili per particolari operazioni che investono una determinata posta contabile ed all'adeguamento dei valori storici presenti nelle situazioni patrimoniali ai criteri indicati come preferenziali dai nuovi principi (il cambiamento dei principi contabili ha trovato una valida motivazione nella necessità di rendere omogenei e tra loro comparabili i bilanci delle Aziende sanitarie e nella migliore rappresentazione in bilancio dei fatti e delle operazioni aziendali).

Ma nella pratica corrente dell'attività dei Collegi sindacali sono state inserite nel tempo anche **funzioni e adempimenti aggiuntivi** che richiedono

ai Collegi **attestazioni, certificazioni, asseveramenti ed espressione di giudizi di coingruià**. Ne cito i più ricorrenti:

- l'attestazione, con firma del Presidente del Collegio, sui Modelli ministeriali CE per il **monitoraggio della spesa ed ai fini della certificazione che l'andamento economico-finanziario della gestione aziendale è coerente con gli obiettivi assegnati dalla Regione a ciascuna Azienda; In adempimento al D.l.vo 165/2001:**

- l'esame e la sottoscrizione del **Conto annuale sul personale** che va considerato a tutti gli effetti **un dato di natura contabile in quanto correlato ai risultati del bilancio d'esercizio** e quindi contraddistinto dal rispetto della competenza economica che è il principio basilare della contabilità utilizzata dalle Aziende sanitarie (analogo obbligo hanno anche le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona);

- il **controllo sulla compatibilità dei costi con i vincoli di bilancio** ai sensi dell'art.40 comma 3 del Dlgs. 165/2001, previsto da questo decreto all'art.48 comma 6 (**determinazione dei fondi contrattuali e contrattazione integrativa**);

Nei rapporti con la Corte dei Conti:

- il **Questionario/Relazione del Collegio sul bilancio di esercizio** in adempimento all'art.1 comma 170 della legge 23/12/2005 n.266 (legge finanziaria 2006) e **sul quale la Corte esprime una sua autonoma valutazione** indirizzata alla Regione.

- il controllo sul rispetto dell'obbligo di **trasmissione** alla Sezione regionale della Corte dei Conti, ai sensi e per gli effetti dell'art.1 comma 11 della legge 30/12/2004 n.311 (legge finanziaria 2005). delle **deliberazioni del Direttore generale sull'affidamento di incarichi di consulenza.**

In merito alle comunicazioni regionali alle Aziende

- i Collegi non possono esprimere giudizi circa le poste attive e passive inerenti la mobilità sanitaria che viene gestita direttamente dalla Regione e comunicata alle Aziende per le conseguenti registrazioni contabili.

Per l'attività connessa a questi adempimenti, data la loro specificità e ricorrenza, i Collegi sindacali si rimettono alla collaborazione, alla responsabilità ed all'autonomia tecnico-professionale dei Dirigenti delle strutture competenti, ma riprenderò questo argomento in sede di conclusioni.

Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (Estav)

Per l'esercizio delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto delle Aziende sanitarie sono stati istituiti con la Legge regionale 24/2/2005 n.40

e s.m.i. (art.100) tre Estav:

Estav dell'Area Vasta Nord-Ovest (con sede in Pisa)

Estav dell'Area Vasta Centro (con sede in Firenze)

Estav dell'Area Vasta Sud-Est (con sede in Siena)

Le competenze e le attribuzioni degli Estav sono stabilite nell'art.101 e riguardano:

- *l'approvvigionamento di beni e servizi;*

- *la gestione dei magazzini e della logistica;*

- *la gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione dei Centri Unificati di Prenotazione (CUP);*

- *la gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;*

- *l'organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale;*

- *la gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.*

Per le funzioni di approvvigionamento di beni e servizi gli Estav operano quali Centrali di Committenza secondo la normativa del Codice degli appalti pubblici (decreto l.vo 163/2006).

La presenza del Collegio sindacale è prevista dall'art.102, la composizione dall'art.105 (due membri designati dal Consiglio regionale iscritti nel registro dei revisori e uno nominato dal consiglio direttivo dell'Estav).

Le funzioni sono stabilite all'art..105 comma 5:

“Il Collegio sindacale esercita funzioni di controllo e verifica dell'attività contabile con i poteri e secondo le modalità previste dall'art.42 per i Sindaci revisori della Aziende Sanitarie”.

La formulazione delle funzioni appare riduttiva rispetto a quella prevista per i Collegi sindacali delle Aziende sanitarie, mentre vi è coincidenza solo per i poteri e le modalità con cui esse vengono esercitate.

Le Società della Salute

Le funzioni dei Collegi sindacali delle Società della Salute (in seguito indicate con l'acronimo Sds) sono fissate dall'art.71 decies della legge regionale 40/2005 e s.m.i. che al comma 3 recita:

“L'attività del Collegio sindacale è disciplinata dalla legge e dallo Statuto della Sds”.

Per una corretta interpretazione di questo dettato occorre premettere che le Sds (messe a regime con la legge regionale. 10 Novembre 2008 n.60)),

sono costituite in forma di Consorzio, ai sensi della vigente normativa in materia di Enti locali. tra l'Azienda Unità sanitaria locale ed i Comuni della Zona socio-sanitaria di riferimento territoriale individuata nell'allegato A alla citata legge regionale 40/2005.

Il rinvio letterale del comma 3 alla "disciplina della legge" si presta ad una duplice valutazione : si tratta del Codice civile (come questo relatore ritiene) o del Decreto legislativo 267/2000 che agli articoli 30 e 31 prevedono rispettivamente la stipula di convenzioni per lo svolgimento coordinato di funzioni e servizi determinati e la costituzione di consorzi per la gestione associata dei servizi.

La lettura degli Statuti di queste Società- Consorzi non aiuta a sciogliere i dubbi ed anzi introduce ulteriori elementi di analisi.

Nello Statuto della Sds "Mugello" sotto il Titolo IV " Revisione economico-finanziaria " l'art.22 comma 1 stabilisce che " *il controllo e la revisione sulla regolarità contabile e finanziaria della Sds Mugello è esercitato da un Collegio di tre Revisori.....*" ed il comma 3 aggiunge " *l'attività dei revisori è disciplinata dalla legge e dal Regolamento di contabilità della Sds Mugello*".

Nello Statuto della Sds Fiorentina Sud-Est al Capo VI Art.21 le funzioni del Collegio sono definite nel modo seguente:

*1- Il Collegio sindacale sulla base della normativa statale e regionale, esercita il controllo sulla regolarità amministrativa, contabile e finanziaria della gestione del Consorzio. In particolare **vigila sull'osservanza delle leggi**, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, accerta , almeno ogni trimestre, la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli di proprietà, deposito, cauzione e custodia.*

2- Inoltre il Collegio sindacale esercita le seguenti funzioni:

a) esprime pareri sulle proposte di bilancio di previsione annuale e pluriennale e dei documenti allegati;

b) redige la relazione sulla proposta di bilancio consuntivo;

c)collabora con l'Assemblea dei soci a cui riferisce in caso di gravi irregolarità di gestione:

3- nell'esercizio delle funzioni il Collegio sindacale può accedere agli atti ed ai documenti del Consorzio e degli enti consorziati, connessi alla sfera delle sue competenze e presentare relazioni e documenti all'assemblea dei soci.

4. l'attività del Collegio è disciplinata dalla legge e dal Regolamento di contabilità del Consorzio.

Il comma 1 ha una formulazione letterale che coincide con l'art.42 comma

1 che disciplina le funzioni dei Collegi nelle Aziende sanitarie.

Il comma 4 ha la stessa formulazione letterale dell'art.22 comma 3 dello Statuto della Sds" Mugello".

Nello Statuto della Sds " Bassa Val di Cecina) le funzioni sono così descritte all'art.12, comma 3 e 4:

*" 3. Il Collegio dei Sindaci revisori vigila sulla regolarità contabile ed in generale sulla gestione economico-finanziaria, **verifica la legittimità degli atti**, controlla la corrispondenza tra rendiconto e risultanze delle scritture contabili correttamente tenute a norma di legge, **controlla la correttezza delle valutazioni di bilancio con particolare riferimento agli ammortamenti, accantonamenti, ratei e risconti**, redige la relazione triennale per l'Assemblea:*

*4. Il Collegio ,inoltre, **vigila sull'attività del Direttore in relazione alla tutela del patrimonio del Consorzio**, segnalando alla Giunta gli atti che possono recare danno al patrimonio stesso; indaga senza ritardo sui fatti riguardanti la gestione denunciati da ogni rappresentante di un ente consorziato, presentando le proprie conclusioni ed eventuali proposte alla Giunta consortile"*

Nello Statuto della Sds Firenze Nord-Ovest si legge all'art.13 comma 2 e comma 4:

" 2. Il Collegio sindacale esercita il controllo sulla regolarità contabile e finanziaria della gestione del Consorzio;

4. La loro attività è disciplinata dalla legge e dal regolamento di contabilità del Consorzio"

La Sds Zona Pisana dispone in questo modo (art.15 comma 3 e comma 5):

*3. L'attività dei revisori è disciplinata dalla legge e dal regolamento di contabilità del consorzio che definisce anche le cause di incompatibilità, al fine di garantire la posizione di imparzialità e di indipendenza dei revisori, nonché le modalità di nomina, revoca e decadenza, **applicando, in quanto compatibili, le norme del codice civile relative ai sindaci delle società per azioni:***

5. Il collegio sindacale esercita il controllo sulla regolarità contabile e finanziaria della gestione della società della salute.

Infine lo Statuto della Sds di Firenze che all'art.13 comma 3 e 4 descrive così le funzioni:

" 3. Il Collegio sindacale, sulla base della normativa statale e regionale esercita

il controllo sulla regolarità amministrativa, contabile e finanziaria della gestione del consorzio. In particolare, vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, accerta, almeno ogni trimestre, la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli di proprietà, deposito, cauzione o custodia.

4. L'attività dei sindaci è disciplinata dalla legge e dal regolamento di contabilità del Consorzio”.

Da questi Statuti si rileva che nel complesso è l'aspetto contabile quello cui viene riservata la maggiore attenzione con il frequente richiamo all'adozione di uno specifico regolamento di contabilità all'interno del quale disciplinare anche l'attività dei sindaci revisori.

A questo scopo la Giunta regionale toscana con la propria deliberazione n.1265 del 28 Dicembre 2009 **ha fornito alle Società della Salute gli indirizzi per una corretta ed omogenea applicazione dei principi contabili in analogia a quanto fatto per le aziende sanitarie**, oltre a stabilire che nella predisposizione dei bilanci di previsione e nei bilanci di esercizio le Sds **dovranno rispettare gli standard di controllo interno** contenuti nella normativa delle aziende sanitarie stesse.

Sono state altresì dettate norme per l'approvazione del bilancio di previsione economico annuale e pluriennale e del **bilancio di esercizio per la cui struttura e redazione si applicano gli artt. 2423 e seguenti del Codice civile. Il Bilancio e la Nota integrativa della Sds sono allegate al Bilancio di esercizio dell'Azienda sanitaria consorziata.**

Ma in questi Statuti vi sono altre particolarità che ritengo di segnalare. In alcuni si prevede che il Collegio vigili sull'osservanza delle leggi, in altri invece che verifichi la legittimità degli atti (che è un concetto limitativo rispetto al primo); in uno Statuto si sottolinea che **il controllo delle valutazioni di bilancio da parte del Collegio deve avere particolare riferimento agli ammortamenti, accantonamenti, ratei e risconti !!**; in alcuni si stabilisce tout-court che **per l'attività dei Revisori si applicano in quanto compatibili le norme del Codice civile relative alle Società per azioni**, ma questo Statuto prevede anche che **il Collegio vigili sull'attività del Direttore in relazione alla tutela del patrimonio del Consorzio!!!** (qui è appena il caso di osservare che in base alla legge regionale 40/2005 i beni funzionali all'attività del Consorzio sono dati in comodato d'uso

gratuito dall'Azienda sanitaria e dai Comuni associati per tutta la durata del Consorzio stesso).

L'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO)

La legge istitutiva dell'ISPO (legge regionale 4 Febbraio 2008 n.3), all'art.8 comma 3 disciplina le funzioni del Collegio sindacale:

“3. Il Collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'Istituto sotto il profilo economico;*
 - b) vigila sull'osservanza della legge;*
 - c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;*
 - d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;*
 - e) trasmette periodicamente alla Regione, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Istituto;*
- Si applicano le disposizioni vigenti di disciplina del collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.”*

La normativa suddetta **è quella che presenta la maggiore simmetria con le disposizioni sui Collegi sindacali delle Aziende sanitarie che vengono riprese anche nella loro testualità.**

Fondazione Toscana G. Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica.

Istituita con legge regionale 21/6/ 2006 n.25 e riconosciuta quale Ente di diritto pubblico con legge regionale 29 Dicembre 2009 n.85 (impugnata dal Governo dinanzi alla Corte Costituzionale) è il soggetto giuridico che realizza l'accorpamento delle funzioni sanitarie (sia di quelle tipicamente ospedaliere che di ricerca medica) storicamente svolte dall'Istituto di Fisiologia Clinica dell'Università di Pisa, dal Consiglio nazionale delle ricerche e dall'Asl 5 di Pisa.

Le funzioni del Collegio dei Revisori sono descritte nello Statuto aziendale all'art.15 comma 3:

“ 3. il Collegio vigila sulla gestione finanziaria della Fondazione, accerta la regolare tenuta delle scritture contabili, esamina le proposte di bilancio preventivo e di bilancio di esercizio, redigendo apposite relazioni, ed effettua verifiche di cassa.”

Le Aziende pubbliche di servizi alla persona (ASP)

Queste Aziende sono nate dalla trasformazione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) operata con il Decreto legislativo 4 Maggio 2001 n.207.

La normativa regionale di attuazione – legge regionale 3 Agosto 2004 n. 43 – ha disciplinato le procedure di trasformazione e ha definito la configurazione di queste aziende dettandone una disciplina unitaria da completarsi con le singole disposizioni statutarie.

Con riferimento alle funzioni dei Collegi sindacali hanno rilievo il ricordato Decreto lgs. 207/2001 che prevede:

Art.10- Verifiche amministrative e contabili

Comma 1-

Le Aziende pubbliche di servizi alla persona, nell'ambito della loro autonomia, si dotano degli strumenti di controllo di regolarità amministrativa e contabile, di gestione, di valutazione della dirigenza, di valutazione e controllo strategico di cui al decreto legislativo 30/7/1999 n.286.

Comma 2

Lo Statuto prevede un apposito organo di revisione, ovvero l'affidamento dei compiti di revisione a Società specializzate, nei casi individuati dalle Regioni.

Nella legge regionale n.43/2004, premesso che le ASP operano nel quadro dei piani regionali e della programmazione zonale informando la propria organizzazione ed attività ai principi di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza, con l'obbligo del pareggio di bilancio (art.13, comma 3), le funzioni del Collegio dei Revisori (organo previsto dall'art.17) sono rimesse allo Statuto (art.21).

L'esame degli Statuti delle ASP (alcune) mette in evidenza per questo organo la sua composizione, i casi di ineleggibilità e di incompatibilità, la durata e le funzioni.

Per i fini di questa relazione interessa rilevare la tipologia delle funzioni dei singoli Collegi sindacali.

Eccone un campionario:

ASP S.Ambrogio di Firenze

“Esercita la vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile della gestione dell'Azienda ed attesta la corrispondenza del bilancio alle risultanze delle scritture contabili. Redige apposita relazione nella quale esprime rilievi e proposte tendenti a conseguire una maggiore efficienza, produttività ed economicità della gestione “

ASP “ Pio Istituto Campana” di Serravezza

“ Il Collegio dei revisori, oltre ad esercitare le funzioni di collaborazione con il Consiglio di Amministrazione e di controllo sulla regolarità contabile e finanziaria della gestione dell'ente, attesta la corrispondenza del rendiconto alle risultanze della gestione, redigendo in sede di consuntivo apposita relazione che accompagna la proposta di deliberazione e formula specifici rilievi e proposte tendenti a migliorare l'economicità, l'efficienza e l'efficacia della gestione nella fase di impostazione del bilancio di previsione “

ASP Città di Siena

*“ I Sindaci provvedono al controllo della gestione, ai riscontri di cassa, alla verifica dei bilanci preventivi e di esercizio, nonché della documentazione contabile, predispongono la relazione di accompagnamento ai bilanci prima che tali indicati documenti contabili vengano sottoposti alla definitiva approvazione del Consiglio di Amministrazione. **Il controllo sulla gestione complessiva dell'Ente e sulla corretta applicazione delle norme di amministrazione e di contabilità è esercitato ai sensi dell'art.2403 del Codice civile “***

ASP Istituti Raggruppati di Pistoia

“ L'organo di revisione è composto da un solo membro e ad esso si applicano le disposizioni di cui all'art.21 e 22 della legge regionale 43/2004”

ASP Martelli di Figline Valdarno

“ Il Collegio dei Revisori esercita il proprio controllo attraverso l'accesso agli atti e documenti; collabora con il Consiglio di amministrazione e con il Segretario-Direttore ai fini di garantire la responsabilità contabile e finanziaria della gestione dell'Ente; esprime il proprio parere sul Bilancio di Previsione e sulle relative variazioni in merito alla veridicità dello stesso ed alla salvaguardia degli equilibri contabili; redige una relazione sul conto consuntivo nella quale esprime rilievi e proposte tendenti a conseguire una migliore efficienza, produttività ed economicità della gestione.”

ASP Fraternita dei Laici di Arezzo

“ Il controllo dei revisori contabili sull'attività dell'Ente si esercita attraverso l'accesso agli atti e ai documenti, nonché a mezzo di una attività di collaborazione con il Magistrato al fine di garantire la regolarità contabile della gestione dell'Ente. Il Collegio dei revisori redige una relazione sul conto consuntivo e sul Bilancio di previsione annuale e sul bilancio di previsione pluriennale nella quale esprime rilievi e proposte tendenti a conseguire una migliore efficienza, produttività ed economicità della gestione dell'ASP”.

ASP Falusi di Massa Marittima

“ Il Collegio dei Revisori dei conti esercita il controllo sulla regolarità contabile

e finanziaria della gestione aziendale; attesta la corrispondenza dei rendiconti alle risultanze della gestione, presenta relazioni in sede di approvazione dei Bilanci di previsione e loro variazioni e dei rendiconti”.

ASP Montedomini di Firenze

“ Il Collegio dei Revisori esercita la vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile della gestione dell’ASP ed attesta la corrispondenza del rendiconto alle risultanze della gestione, redigendo apposita relazione che accompagna la proposta di delibera consiliare di approvazione del Conto consuntivo “.

La normativa statale – il ricordato art.10 del D,lgs 207/2001 privilegia per le ASP gli strumenti di regolarità amministrativa e contabile e di valutazione e controllo previsti dal D.Lgs. n.286 del 1999 che appaiono meno rilevanti rispetto all’esigenza di una normativa unitaria circa gli strumenti contabili orientati alla introduzione della contabilità economico-patrimoniale.

Lo schema di bilancio ex art.14 del Decreto 207/2001, ripetendo gli errori compiuti nella prima fase dell’esperienza di introduzione della contabilità economico-patrimoniale nelle Aziende sanitarie, si è allontanato dallo schema di bilancio previsto dal Codice civile per le società di capitali e senza far propri i principi basilari contenuti nello stesso Codice civile.

Le Asp stanno cercando tramite le loro Associazioni istituzionali e professionali di addivenire a strumenti contabili unitari, ma questo loro sforzo va indirizzato e sostenuto dalla Regione attraverso lo stesso percorso attivato a suo tempo per le Aziende sanitarie.

Alcune esigenze e prospettive

Dalla ricognizione dello stato dell’arte sulla disciplina delle funzioni dei Collegi esce il dato delle **differenti locuzioni usate** negli Statuti delle Aziende che possono generare incertezze che vanno chiarite condividendo l’assunto che i termini controllo gestionale, controllo amministrativo-contabile e controllo di legittimità (inteso come verifica del rispetto formale e sostanziale di tutte le disposizioni legislative e regolamentari cui l’organizzazione e i soggetti che vi operano sono sottoposti) **si identificano nel controllo di regolarità amministrativo-contabile previsto dal richiamato decreto legislativo 286/1999.**

Tra le esigenze da segnalare vi è quella che la Regione promuova e sostenga il processo di crescita culturale ed il supporto tecnico-professionale del management delle Aziende (particolarmente quelle dell’area socio-assistenziale) nel senso che, dopo avere prestato attenzione al momento legislativo

della loro “partenza” faccia seguire azioni di supporto per allinearle per quanto possibile al sistema delle Aziende sanitarie che costituisce un paradigma per il fatto di essere stato il primo sistema contabile nella Pubblica amministrazione affidato nella sua normazione e gestione alle Regioni e per il fatto di avere avuto il tempo per **orientare il proprio management più alla cultura dei processi gestionali che all’amministrazione per singoli atti.**

Si tenga conto al riguardo che in questa legislatura tutte queste Aziende ed Enti avranno come riferimento programmatico per le loro azioni strutturali il nuovo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale.

Sarebbe già un grande successo se la progettazione di regole condivise messe in piedi in questa Regione per le Aziende sanitarie potesse essere estesa agli altri soggetti in modo da avere grandezze economiche e contabili omogenee e comparabili e fornire così un serio modello di analisi della spesa socio-sanitaria basata su bilanci ufficiali attendibili.

Tra le prospettive segnalerei quella che per l’esercizio delle loro funzioni il riferimento preferenziale dei Collegi sia costituito dalle norme civilistiche rispetto a quelle dell’ordinamento sanitario che a mio giudizio hanno una valenza solo per le modalità ed i termini per l’esercizio delle funzioni, ma non per la loro natura.

Diversamente resta difficile comprendere il significato delle locuzioni “autonomia imprenditoriale”, l’agire “secondo atti di diritto privato” e regolare l’organizzazione ed il funzionamento con “atto aziendale di diritto privato” introdotte nel Decreto delegato .

Altra prospettiva è quella di sviluppare azioni da parte delle Aziende sanitarie che colmino talune criticità presenti che hanno relazione ed influenzano l’attività dei Collegi sindacali tra le quali citerei la carenza di una attività di Internal Auditing (pochissime aziende hanno istituito questa struttura organizzativa).

Ormai da tempo, la dottrina, la prassi evoluta e le associazioni professionali hanno focalizzato la loro attenzione sulla natura di questa funzione (convergen-do che essa per essere efficiente deve mantenere la sua totale indipendenza), sul suo posizionamento gerarchico (convergen-do che essa debba dipendere direttamente dai massimi organi aziendali) e sul rapporto con gli organi di controllo interno (convergen-do sulla necessità di “comunicazioni strutturate” verso il Collegio sindacale ed il vertice esecutivo).

Questa funzione tocca trasversalmente il sistema organizzativo delle Aziende e si dimostrerebbe utile anche per quelle funzioni certificatorie e di

asseveramento/attestazione richieste ai Collegi e di cui ho parlato in precedenza.

Vorrei chiudere con una riflessione di carattere generale

I Collegi sindacali credo che abbiano la piena consapevolezza che per garantire la corretta programmazione e la rigorosa gestione delle risorse pubbliche in ambito sanitario e socio-assistenziale (che sono rilevanti) non siano sufficienti solo le regole tecniche per l'esercizio delle loro funzioni e l'esatta individuazione delle fonti normative per la loro attività, ma sia necessario anche il coinvolgimento e la coesione delle direzioni aziendali e della dirigenza tecnico-professionale ed un sistema di relazioni in cui l'etica ed il bagaglio professionale dei protagonisti concorrano al raggiungimento degli obiettivi che la committenza politica assegna al sistema. Obiettivi economici e di qualità della spesa perchè tanto meglio si spende tanto meno è necessario spendere.

Le modifiche dell'ordinamento sanitario toscano nel triennio 2010-2012

Linda Luzzi

*Esperta in Diritto Amministrativo e contrattualistica appalti, Ricercatrice
area sanitaria e socioassistenziale.*

PARTE PRIMA

Tratti riassuntivi e schematici

Legge Regionale 24 Febbraio 2005 n.40 e s.m.i

Alcuni principi costitutivi:

centralità e partecipazione del cittadino in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale.

universalità e parità di accesso ai servizi per tutti i cittadini.

garanzia dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza.

libertà di scelta del luogo di cura e dell'operatore sanitario.

Il percorso assistenziale.

E' il complesso degli adempimenti finalizzati ad assicurare al cittadino/utente l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari e socio- assistenziali.

Integrazione delle politiche sanitarie.

Promozione della salute intesa come insieme di interventi sui fattori ambientali, economici e sociali che concorrono a determinare lo stato di benessere degli individui e della collettività

Programmazione sanitaria e sociale integrata con due livelli di programmazione:

Programmazione regionale con il Piano sanitario e sociale integrato regionale ed i Piani di Area Vasta, le Intese e gli Accordi.

Programmazione locale attraverso il Piano Integrato di Salute, il Piano attuativo locale, il Piano attuativo delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

La valutazione delle politiche sanitarie e sociali integrate attraverso strumenti di valutazione e monitoraggio quali:

- a) il rapporto annuale della Giunta Regionale per il Consiglio regionale;
- b) la Relazione sanitaria aziendale;
- c) la Relazione sociale regionale;
- d) la Relazione sanitaria regionale;
- e) la Relazione annuale sullo stato di salute redatta dalle Società della salute;

La finanza del sistema sanitario: Il Fondo sanitario regionale.

Il Fondo sanitario regionale rappresenta il complesso delle risorse assegnate alle Aziende sanitarie (in modo diverso) per la erogazione delle prestazioni atte a garantire i livelli essenziali di assistenza. Si articola nel Fondo ordinario, Fondo per lo sviluppo dei servizi, Fondo per gli organismi ed Enti di carattere regionale, Fondo per il mantenimento dell'equilibrio del sistema.

Il Finanziamento delle Aziende sanitarie territoriali viene annualmente assegnato sulla base di quanto definito dal Piano sanitario regionale (che in questa legislatura regionale assumerà la denominazione di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale).

Il Piano sanitario 2008/2010 vigente lo ripartisce in base ai seguenti criteri:

il 90% è ripartito a livello regionale tra i livelli e sotto-livelli di assistenza in base a quote determinate:

prevenzione collettiva: 5,00%;

assistenza territoriale: 53,00%;

assistenza medica di base: 5,50%;

assistenza farmaceutica: 14,00%;

assistenza specialistica ambulatoriale: 14,00%;

assistenza distrettuale: 7.50%;

riabilitazione: 2,50;

assistenza anziani: 3,50%;

salute mentale: 4,50%;

dipendenze: 1,50%;

Assistenza ospedaliera: 42,00%.

Alle Aziende sanitarie territoriali l'attribuzione è determinata in base alla

popolazione residente suddivisa per classi di età con pesi differenziati per ciascuna classe. Il restante 10% è attribuito alle Aziende sulla base della popolazione residente pesata in relazione alle condizioni socio-ambientali del territorio (pianura, collina litoranea, collina interna, montagna, isole).

Finanziamento delle Aziende Ospedaliero-Universitarie viene commisurato al volume delle prestazioni effettivamente erogate con l'applicazione delle tariffe fissate dalla Regione.

Inoltre il Piano sanitario regionale prevede alcune aggiunzioni per le attività non adeguatamente remunerate dal sistema tariffario, per l'integrazione nella rete formativa delle aziende territoriali e per l'attività di innovazione.

Le Aziende sanitarie.

Nella Regione Toscana sono state costituite 12 Aziende sanitarie territoriali (comunemente definite Asl) e 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Il territorio regionale è suddiviso in 34 Zone socio-sanitarie con la denominazione riportata nell'allegato A della Legge Regionale 40/2005.

L'organizzazione aziendale è disciplinata dallo Statuto e dai Regolamenti interni.

Lo Statuto contiene:

la sede legale dell'Azienda;

le strutture operative dotate di autonomia gestionale;

le modalità di costituzione e funzionamento dei Dipartimenti;

le modalità di sostituzione del direttore amministrativo e sanitario e del direttore dei servizi sociali (per le Asl) in caso di assenza o impedimento;

la disciplina e modalità per il conferimento delle deleghe.

Lo schema di Statuto viene trasmesso alla Giunta Regionale per il parere.

Gli organi dell'Azienda:

Il Direttore Generale.

Per l'esercizio delle sue funzioni è coadiuvato dal Direttore amministrativo, dal Direttore sanitario e dal Direttore dei servizi sociali (per le Asl).

Al Direttore Generale sono riservati i poteri di gestione e di rappresentanza dell'Azienda.

Nello Statuto aziendale (atto di diritto privato) può essere prevista la delega delle funzioni ad eccezione delle seguenti che sono di sua esclusiva competenza:

la nomina, sospensione e decadenza del Direttore amministrativo, del Di-

rettore sanitario e, per le Asl, del Direttore dei servizi sociali;
la nomina dei membri del Collegio sindacale su designazione delle amministrazioni competenti;
la nomina dei direttori o dei responsabili delle strutture e il conferimento, sospensione o revoca degli incarichi di responsabilità aziendali;
lo Statuto aziendale;
gli atti di bilancio;
i piani attuativi;
la relazione sanitaria aziendale;
i provvedimenti che comportano la modificazione dello stato patrimoniale dell'azienda;
la costituzione delle società per le sperimentazioni gestionali;
l'approvazione dello Statuto e della convenzione della /e Società della salute nel territorio di competenza dell'Azienda:
La composizione del Collegio sindacale è così formata

Il Collegio Sindacale e la sua composizione.

Nelle Aziende sanitarie territoriali:

- è composto da 5 Membri di cui 2 designati dalla Regione, uno dal Ministero Economia e Finanze, uno dal Ministero della Salute ed uno dalla Conferenza dei Sindaci.

Per le Aziende Ospedaliero-Universitarie:

- è composto da 5 Membri di cui uno designato dalla Regione, uno dal Ministero della salute, uno dal Ministero Economia e Finanze, uno dall'Università sede dell'Azienda e uno dal Ministero dell'Università e della ricerca scientifica.

Le funzioni del Collegio sindacale concernono la vigilanza ed il controllo sul bilancio di esercizio dell'azienda, pertanto:

esercita il controllo di regolarità amministrativa e contabile dell'azienda sanitaria;

vigila sull'osservanza delle leggi;

vigila sulla regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza dei bilanci alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;

accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli di proprietà, deposito, cauzione o custodia;

esercita anche il controllo sulle attività svolte dalle aziende stesse in materia di assistenza sociale e di servizi socio-assistenziali.

Il modo e i termini per l'esercizio del controllo sono analiticamente disciplinati dagli art.41 e 42 della Legge Regionale 40/2005.

Trimestralmente, il Collegio Sindacale ha il compito di redigere una relazione su tutti i controlli eseguiti in cui esprime una valutazione complessiva circa l'andamento contabile, nonché la gestione amministrativa dell'azienda. Questa relazione - i cui contenuti sono stati determinati dalla Giunta Regionale - viene trasmessa al Direttore Generale ed alla Giunta Regionale.

L'organizzazione aziendale.

La Direzione aziendale è composta dal Direttore Generale, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario e , per le Aziende territoriali, dai Responsabili di Zona e dal Direttore dei servizi sociali.

La Direzione aziendale si avvale di organismi consultivi quali:

Il Consiglio dei sanitari: presieduto dal Direttore sanitario e composto dalla rappresentanza medica, laureati del ruolo sanitario e infermieristico.

Il Collegio di direzione, presieduto dal direttore sanitario e composto dai vice-presidenti del Consiglio dei sanitari, dai direttori dei Dipartimenti e, ove non costituiti, dai responsabili delle aree funzionali ospedaliere, dai direttori infermieristico e tecnico sanitario e da un rappresentante dei medici convenzionati.

Nelle Aziende Usl fanno parte del Collegio anche il coordinatore sanitario ed il coordinatore sociale di zona ed i direttori dei presidi ospedalieri.

L'organizzazione dipartimentale.

L'organizzazione dipartimentale delle Aziende è molto diversa e varia sulla base della complessità organizzativa.

Nell'Azienda sanitaria di Firenze, a solo titolo esemplificativo, questo è il quadro dei Dipartimenti:

Dipartimenti della struttura tecnico- amministrativa;

Organizzazione dipartimentale ospedaliera;

Organizzazione dipartimentale territoriale.

Le Società della salute.

Dopo un lungo periodo di sperimentazione iniziato nell'anno 2003, con la Legge Regionale 10 Novembre 2008 n.60 sono state messe a regime e ne è stata data una configurazione e articolazione come nella tabella che segue,

Attualmente sono state costituite e sono operanti nel territorio regionale 28 Società della Salute su 34 Zone socio-sanitarie.

La Legge Regionale che le ha istituite attribuisce funzioni

di natura politica:

- a) indirizzo e programmazione strategica delle attività ricomprese nei livelli essenziali di assistenza territoriale previsti dal Piano sanitario e sociale regionale, nonché delle attività del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali;
- b) programmazione operativa ed attuativa annuale delle attività ex lettera a) inclusa la regolazione ed il governo della domanda mediante accordi con le aziende sanitarie in riferimento ai presidi ospedalieri e con i medici prescrittori che afferiscono alla rete delle cure primarie.

di natura organizzativa e gestionale:

- c) organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale individuate dal Piano sanitario e sociale regionale;
- d) organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate in base agli indirizzi contenuti nel Piano sanitario e sociale regionale;
- e) controllo, monitoraggio e valutazione in rapporto agli obiettivi programmati.

I presidi.

Sono presidi del servizio sanitario regionale per la produzione e l'erogazione delle prestazioni:

quelli delle Aziende sanitarie (Asl e AOU);

quelli delle istituzioni pubbliche e private con le quali le Aziende sanitarie intrattengono rapporti contrattuali in cui vengono stabiliti i volumi di attività ed i tetti finanziari (meccanismo delle tre A: autorizzazione, accreditamento, accordi).

Tutti i presidi devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla legge e sottostare alle procedure di accreditamento. L'organizzazione dei presidi delle Aziende sanitarie è rimessa ad un Regolamento adottato dal Direttore Generale.

Le prestazioni.

Sono erogate nei presidi sopra descritti ma anche in sedi diverse, previo

accordo con gli organismi interessati (quali scuole, strutture educative pubbliche, istituti giudiziari, luoghi di lavoro ed altri spazi di relazione tra operatori e utenti).

PARTE SECONDA

Le modifiche normative intervenute nel quadriennio 2010-2013.

La presente parte contiene le modifiche intervenute dal 2010 ai giorni nostri e viene sviluppata sia con riguardo alla normativa nazionale, sia, ed in particolar modo, a quella regionale, di maggiore interesse per i qui presenti.

Il lavoro di seguito proposto investe l'analisi delle numerose determinazioni nazionali e regionali che hanno guidato e condizionato l'assetto strutturale, organizzativo, contabile e soprattutto finanziario del sistema. Scelta voluta è stata quella di evitare lo studio minuzioso di ogni singola norma su cui si sia abbattuto un intervento normativo nel quadriennio di riferimento, sia per la loro ingenza sia perché tali interventi, pur riguardando temi specifici ed aspetti particolari del settore, hanno riguardato integrazioni normative già esistenti, interpretazioni di norme dal controverso significato e singole regolamentazioni, non andando pertanto ad intaccare la struttura complessiva del sistema sanitario. A conferma di quanto poco sopra affermato vi è la L.R. 40/2005 che in soli 8 anni di vita ha già subito ben 326 variazioni (grandi e piccole)!

Intese in sede di Conferenza Stato-Regioni:

I. Patto per la Salute 2010-2012.

Con questo patto si è cercato di dare certezza alle risorse finanziarie a disposizione delle Regioni per il triennio di riferimento affinché le Regioni possano sviluppare le loro politiche in area sanitaria e socio-sanitaria senza quelle incertezze e quelle controversie applicative note ai Patti del 2003 e del 2005.

La struttura del patto sotto il profilo finanziario.

Il Fondo Sanitario Nazionale ha determinato la spesa per il triennio 2010-2012 in:

106 miliardi e 214 milioni di euro per l'anno 2010;

108 miliardi e 653 milioni di euro per l'anno 2011;

111 miliardi e 695 milioni di euro per l'anno 2012;

L'Intesa ha previsto, per il triennio di riferimento, sia spese di investimento sia programmi di edilizia sanitaria ed al fine di garantire il rifinanziamento della L. 67/88 venivano confermati ed assegnati rispettivamente 1 miliardo e 174 milioni di euro, per l'anno 2009, e 4 miliardi e 175 milioni di euro, per il 2010.

Inoltre, in tema di edilizia sanitaria, veniva garantito alla Regione uno stanziamento di 400 milioni di euro per la realizzazione di interventi sia residenziali che semiresidenziali.

Con il patto viene altresì integrato per 30 milioni il **Fondo Nazionale per le Politiche Sociali**, per il miglioramento dei livelli di assistenza sociale.

Infine pare definitivamente chiusa, con l'intesa predetta, la controversia sull'**Extrasconto sui farmaci** con le Regioni, consentendo a quest'ultime di trattenere lo sconto sui farmaci concesso dai produttori farmaceutici, previa valutazione dell'Agenzia nazionale sui Farmaci (AIFA).

Per quanto attiene la polemica circa i **disavanzi di gestione**, questi non verranno più coperti dall'intervento dello Stato. Si prevede, infatti che laddove il deficit dovesse superare il 5% del bilancio, le Regioni siano tenute a formulare un piano di rientro, in caso contrario, dovrà essere predisposto il commissariamento della Regione inadempiente.

Il Patto ha definito, inoltre, i settori strategici ove operare, al fine di qualificare i sistemi sanitari regionali nonchè garantire il maggior soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e al contempo un maggior controllo della spesa. I predetti settori strategici coinvolgono: la riorganizzazione regionale delle reti di assistenza ospedaliera; l'assistenza farmaceutica; la gestione del personale; il potenziamento dell'assistenza specialistica; i meccanismi di regolazione del mercato; gli accordi sulla mobilità sanitaria interregionale.

II. Patto per la salute 2013-2015;

Concepito per divenire la nuova colonna portante del servizio sanitario nazionale, è un documento non ufficiale, nel senso che nessuno lo ha ancora firmato ufficialmente. Redatto per conto della Conferenza delle Regioni ma non ancora approvato dalle stesse, è un testo rivoluzionario per l'assistenza sanitaria. Di fronte ad un testo così ben congegnato e in un contesto economico odierno, dai profili incerti, emerge che le ultime manovre finanziarie, di cui parlerò di seguito, rischiano di compromettere le componenti dell'architettura del servizio sanitario nazionale (universalità

del servizio, certezza e continuità delle risorse) e l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che le Regioni sono comunque tenute a garantire.

Nelle more del processo di approvazione del nuovo patto sanitario emerge altresì che si sia acuita la contrapposizione tra le stesse Regioni in ordine alla regolarizzazione della mobilità sanitaria in quanto le Regioni del Sud richiedono che, in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, venga a loro riconosciuto il c.d. "indice di deprivazione" (costituito da tutta una serie di "parametri di svantaggio"), in riferimento alla condizione socio-economica dei predetti territori.

Il testo non è ancora ufficiale a causa delle divergenze riguardo a diversi temi quali:

il sistema di monitoraggio dei fattori di spesa e gli organismi di monitoraggio e finanziamento integrativo al sistema sanitario nazionale;

l'attività inerente la definizione dei costi standard e scelta delle "Regioni-benchmark";

la rimodulazione delle tariffe;

la realizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza;

l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie e regole per la determinazione tariffaria;

la *governance* nel settore dell'assistenza di riferimento alla razionalizzazione dell'assistenza agli anziani, disabili e ai soggetti non autosufficienti;

- il monitoraggio e verifica LEA;

- la qualità dei dati contabili, di struttura e di attività;

- il nuovo sistema informativo sanitario;

- la verifica e completamento circa l'attuazione delle disposizioni oggetto dell'intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 e del Patto per la salute 2007/2009;

- le regole per l'equilibrio economico-finanziario e Patti di rientro per le Regioni inadempienti;

la mobilità sanitaria interregionale;

il riassetto delle Cure Primarie e nuova organizzazione della Medicina generale;

la rivisitazione dei modelli gestionali della collaborazione tra servizio sanitario nazionale e Università.

Le norme regionali di attuazione dei Patti per la Salute.

La prima Legge Regionale in attuazione dei Patti per la salute 2003-2005

è la **L.R. n. 40/2005**, la quale ha il pregio di consentire alle Aziende, pur nelle limitazioni contenute nella stessa, una gestione della spesa, quella relativa al personale, attraverso deroghe in ragione del mantenimento dei livelli di assistenza.

Relativamente al contenimento dei costi di acquisizione dei beni e servizi con modifica della L.R. 40/2005 (Art. 101) la Regione Toscana, in luogo di provvedimenti settoriali, o, negli ambiti territoriali Area Vasta Centro, Nord e Sud-Est ha istituito i cosiddetti ESTAV, ovvero gli Enti per i servizi-tecnico amministrativi di Area Vasta attribuendo agli stessi, tra le altre funzioni:

- la funzione di acquisizione di beni e servizi;
- la gestione dei magazzini e della logistica;
- la gestione di procedure per il pagamento delle competenze al personale;
- la gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale;
- la gestione delle reti informative delle tecnologie informatiche con particolare riguardo all'integrazione ed alla organizzazione dei CUP.

L'attivazione degli ESTAV è avvenuta in modo graduale ed è stata operata con apposita Direttiva regionale congiuntamente ad altre deliberazioni della Giunta Regionale all'interno delle quali sono stati definiti i rapporti ESTAV/Aziende ed il "Contratto di servizio".

Le Leggi Finanziarie Regionali, solitamente collegate allo strumento del Piano Regionale di sviluppo e alla Legge di Bilancio Regionale), fanno parte di quei provvedimenti di attuazione dei Patti per la salute, in quanto prevedono norme disciplinatorie e di limitazione degli stessi servizi sanitari.

Nel triennio, si sono susseguite tre diverse leggi finanziarie regionali; l'ultima, la L.R. 30.12.12, n. 81 è stata approvata in esecuzione dei dettami della spending review nazionale, ex D.L. 95/2012, che verrà trattato di seguito.

Vanno inoltre menzionati, le Direttive Regionali per la formazione dei Bilanci di Previsione economica annuale di ciascuna Azienda (D. BPEA 2010 del 23.22.2009; D. BPEA 2011 del 11.11.10; D. BPEA 2012 del 7.11.11; D. BPEA 2013 del 29.11.12).

Le norme nazionali di contenimento della spesa.

Il D. L. n. 95 del 6 Luglio 2012, convertito nella legge 7 agosto 2012 n.

135, “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, al suo Titolo III rubricato “Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria” detta, all’art. 15, disposizioni urgenti per l’equilibrio del settore sanitario e delle misure di governo della spesa farmaceutica.

Le azioni di razionalizzazione interessano le principali aree della organizzazione del sistema sanitario nazionale, in particolare:

la spesa farmaceutica;

la spesa per gli acquisti di beni e servizi;

la dotazione dei posti letto accreditati;

i contratti per l’acquisto di prestazioni da soggetti privati accreditati per l’assistenza specialistica ambulatoriale e per l’assistenza ospedaliera;

la remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ambulatoriale a carico del sistema sanitario nazionale;

la spesa per il personale del sistema sanitario nazionale.

le norme nazionali di attuazione del D. Lgs. 95/2012.

Non appena terminata la pausa estiva, due provvedimenti di carattere nazionale irrompono sullo scenario della sanità italiana:

Il D.M. sulla Salute del Novembre 2012 il quale approva, in esecuzione dell’art. 15, co. 13, let. c), D.L. 95/2012, il “Regolamento di Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e organizzativi, relativi all’assistenza ospedaliera”.

La parte più significativa del predetto Decreto, che dopo quindici anni va a sostituire il D.P.R. 14.01.97, è quella relativa all’adozione da parte delle Regioni, ed entro il 31 dicembre 2012, di provvedimenti atti a ridurre la dotazione di posti letto ospedalieri accreditati (effettivamente a carico del servizio sanitario regionale), imponendo il limite di 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti, comprensivo degli 0,7 posti letto, ogni 1.000 abitanti, destinati alla riabilitazione e lungodegenza, e volendo garantire il regressivo adeguamento agli standard previsti dal decreto nel corso del triennio 2013-2015, anche in coerenza con le risorse programmate per il servizio sanitario nazionale, nell’ambito della propria autonomia organizzativa circa l’erogazione delle prestazioni, inclusi i Livelli essenziali di assistenza.

I predetti standards sono analiticamente enunciati e descritti all’interno dell’All. 1 del predetto decreto (e definiscono sia gli standard massimi e minimi di strutture per singola disciplina, sia quelli generali di qualità,

organizzazione sia quelli più specifici, che la classificazione delle strutture ospedaliere).

L'altro provvedimento, di maggiore rilievo ed ampiezza è il **Decreto Balduzzi** (dal nome dell'attuale Ministro alla Salute), ovvero il **D.L. n. 158 del 13 settembre 2012**, intitolato "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

All'interno di tale altisonante rubricazione sono in realtà racchiuse tutte le tematiche della sanità italiana che avrebbero dovuto essere oggetto del Patto della Salute 2013/2015 e che rimangono ancora "congelate", come precedentemente motivato. Le disposizioni contenute all'interno del decreto vanno a toccare aspetti che non prettamente inerenti al settore sanitario, pur tuttavia hanno indubbe ricadute sull'organizzazione sanitaria, sulla struttura ed articolazione della stessa, e su i rapporti con i professionisti (ad es. corretti stili di vita, sana alimentazione, responsabilità professionale degli esercenti, ludopatia etc. etc.).

Le norme regionali di attuazione del D. Lgs. 95/2012: tra atti amministrativi e Leggi regionali.

Atti amministrativi.

L'attività normativa della Regione Toscana è apparsa negli ultimi anni incalzante ed intensa attraverso la promulgazione di tutta una serie di leggi, atti amministrativi, regolamenti, ed all'uopo operando una preventiva e fondamentale distinzione tra:

Azioni di indirizzo per le Aziende e per li Enti del servizio Sanitario regionale direttamente esecutive del D.L. 95/2012 o comunque attuabili in quanto conformi agli atti programmatori ed alla legislazione regionale vigente.

In questo ambito rientra la Deliberazione della Giunta Regionale n. 754 del 10 agosto 2012, all'interno della quale, all'All. A, vengono predisposte azioni di indirizzo nonché definiti obbiettivi che le Aziende e gli Enti possono declinare specificatamente mediante l'attuazione delle azioni predette.

Ulteriori azioni di riordino (quali la revisione dei modelli produttivi ed organizzativi aziendali, razionalizzazione della spesa finanziaria), contenute nell'All. B della deliberazione, che, causa la loro ampiezza e significatività, necessitano di un continuo e processo di confronto e accordo tra Giunta,

Consiglio regionale ed altri soggetti istituzionali, nonché la concertazione con le OO.SS. e le parti sociali al fine di realizzare le riforme normative e programmatiche necessarie.

Il provvedimento principe è costituito dalla Deliberazione della Giunta Regionale n.1235 del 28 dicembre 2012.

Date le finalità di questa relazione e ragioni di economia di tempo mi limito ad enunciare che il provvedimento predetto fornisce indicazioni alle Aziende Sanitarie ed alle Aree Vaste (sulle linee guida della 40/2005) in ordine alle seguenti aree: Territorio, Ospedale, residenzialità, Emergenza-urgenza, Laboratori, Prevenzione, beni e servizi, farmaceutica.

Inoltre, attraverso un Piano operativo di Riordino, il quale può considerarsi una vera e propria rigenerazione del servizio sanitario regionale, sono definite in modo analitico, per ciascuna delle aree sopraelencate, le principali azioni attuative, i livelli di responsabilità suddivisa tra Regione, Area Vasta, Azienda, tempi di attuazione e fasi di monitoraggio.

Non potendo descrivere nel dettaglio mi limito a segnalare la rilevanza e consigliare a chi ne ha interesse di studio, nonché agli operativi del settore la visione dell'All. B della deliberazione che lo contiene, ovvero la n. 1235/12.

Merita anche segnalare la Deliberazione della Giunta Regionale n. 69 del 4.2.13, con la quale sono stati dettati alle Aziende ed alle Aree Vaste azioni per la rideterminazione delle dotazioni di posti letto per acuti, in base a criteri di efficienza ed appropriatezza organizzativa, in conformità con gli standard ed i parametri dettati dalla L.R. 81/2012, che andremo di seguito a trattare.

Leggi Regionali.

La L.R. n. 81 del 27 dicembre 2012 articolata in tre capi, riprende le disposizioni dettate dalle Leggi Finanziarie 65/2011 e del 66/2012 e dal D.L. 95 del 6 luglio 2012 (disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica) e contiene "Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria" ed interviene operando modifiche alle leggi regionali in materia quali, al Capo II della L.R., la L.R. 51/2009 (Norma in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie, procedure e requisiti organizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) ed al Capo III interviene sulla L.R. 40/2005 (riguardante il servizio sanitario regionale).

Di seguito verranno elencate alcune delle disposizioni di maggior rilievo e di diversa natura.

Economico-finanziaria, diretta o indiretta:

Riduzione dell'importo dei contratti ed accordi con i soggetti accreditati all'assistenza ospedaliera.

Assistenza sanitaria ospedaliera

Misura: tra il 6% e l'8%.

Strumenti: rinegoziazione dei singoli contratti.

Iniziative per la definizione di un nuovo rapporto di collaborazione con i soggetti privati al fine di garantire una maggiore accessibilità, rispondenza ai bisogni, e sostenibilità economica dei servizi.

Assistenza specialistica ambulatoriale:

Nuove direttive della G.R. dirette a realizzare la predisposizione di nuovi modelli di erogazione di prestazioni e servizi.

Rinegoziazione dei contratti e degli accordi vigenti con eventuale risoluzione degli stessi.

Valorizzazione dell'apporto del privato sociale.

Budget economici per la farmaceutica ed i dispositivi medi:

Contenimento della spesa.

Obbiettivi fissati dalla G.R. entro 30 giorni.

Nuovi standard della rete ospedaliera:

Posti letto:3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti, compresa la quota per la riabilitazione e la lungodegenza.

Il PISS si adegua e fornisce indirizzi alle Aziende.

Compartecipazione Sanitaria:

maggiori controlli sul pagamento delle quote di compartecipazione e recupero coattivo delle somme non riscosse.

Finanziamento Agenzia Regionale Sanità:

L'ammontare del contributo è definito con legge di bilancio.

Disdetta delle prenotazioni CUP:

Da effettuarsi almeno 48 h prima della data impegnata, in caso contrario sono previste sanzioni.

B) Modifiche aventi natura organizzativa:

Gli ESTAV:

Viene disciplinata con regolamento l'attività contrattuale delle ESTAV. Determinate funzioni vengono affidate ad un solo ESTAV al fine di creare delle aree Specializzate.

C) Di natura contabile:

Il Bilancio di previsione economico annuale BPEA viene adeguato a quanto previsto dal d. lgs 118/2011.

Le obbligazioni giuridiche possono essere contratte nel limite di tutti i costi iscritti nel BPEA.

Il piano annuale degli investimenti, uno degli atti essenziali del BPEA, detta il limite tassativo per la realizzazione degli stessi.

La Regione effettua il monitoraggio sull'andamento delle gestioni aziendali attraverso l'esame dei rendiconti CE trimestrali, nonché il rispetto dei vincoli e limiti in essi contenuti.

Il Bilancio di previsione economica annuale e il bilancio di previsione economica pluriennale devono essere formulati entro il 15 novembre precedente il nuovo esercizio, e trasmessi entro il 30 novembre, unitamente alla Relazione del Collegio Sindacale alla Giunta Regionale e alla Conferenza dei Sindaci, la quale nei 20 giorni successivi rimette le sue eventuali osservazioni alla Giunta Regionale. La Giunta Regionale dovrà approvare i Bilanci predetti entro il 31 Dicembre;

Tempi di adozione dei Bilanci:

Identica procedura per le AOU, tranne che per la Conferenza dei Sindaci, che viene a mancare.

Il Bilancio di Esercizio viene adottato entro il 15 aprile, trasmesso, unitamente alla relazione del Collegio Sindacale, entro il 30 aprile alla Giunta Regionale che l'approva entro il 31 maggio.

Per le aziende USL il Bilancio di esercizio viene trasmesso anche alla Conferenza Aziendale dei Sindaci che entro 20 giorni dalla ricezione può esporre eventuali osservazioni alla Giunta Regionale.

La introduzione di date certe ai fini dell'approvazione degli atti di bilancio consente di allineare la normativa contabile sul servizio sanitario regionale ai nuovi principi contabili introdotti dal D. Lgs. 118/2011.

Ordinamento contabile (principi e bilanci, il d.l. 118/2011).

Per completezza espositiva occorre accennare brevemente all'ordinamento contabile e dei bilanci delle Aziende Sanitarie che è stato oggetto, nell'ultimo triennio, di attenzioni smisurate in ambito della normativa nazionale. Ciò nonostante si è dovuto attendere l'emanazione del D.L. 118/2011 per ottenere, in sede nazionale, una struttura complessivamente uniforme dei bilanci e di alcuni principi contabili.

Va dato atto alla Regione Toscana dell'emanazione, sin dall'anno 2003 di disposizioni in materia che hanno, quantomeno, contribuito alla standardizzazione dei predetti bilanci, all'uniformità dei piani dei conti, all'introduzione di principi contabili che hanno consentito una più agevole lettura dei bilanci stessi favorendone pertanto la comparabilità.

Il D.L. 118/2011 ha un impatto fondamentale, e positivo, nel senso sopra espresso; impatto ravvisabile già sul Bilancio di esercizio 2012 il quale, proprio in questi giorni sta esercitando forti pressioni in capo alla Regione, sulle direzioni aziendali, sugli operatori e su i Collegi Sindacali.

Vorrei sottolineare, con accezione positiva, l'introduzione della procedura di verifica e controllo per l'approvazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie e degli Estav, approvata con la Deliberazione della G.R. n. 366 del 20 maggio 2013.

Tale procedura tiene conto delle innovazioni introdotte dal già menzionato Decreto 118/2011 e prevede distinte "check list" per il Bilancio di Previsione e per il Bilancio di esercizio, la cui osservanza è condicio sine qua non ai fini dell'approvazione.

In questa procedura sono compresi anche gli adempimenti dei Collegi Sindacali.

Infine, per completezza espositiva, su di un ambito normativo dai contanti e disparati interventi, occorre fare riferimento anche alle c.d.

Comunicazioni informative dell'Assessore al Diritto alla Salute.

Le comunicazioni in parola non assurgono al rango di vera e propria norma giuridica, avendo carattere prettamente politico il cui significato è un monito circa la testimonianza di assunzione di responsabilità e di doveri nei confronti della materia oggetto della comunicazione, nonché l'espletamento di quei doveri di comunicazione/informazione che l'Assessore si assume verso il Consiglio Regionale e la Commissione competente in materia.

Qui di seguito verranno brevemente trattate due recenti comunicazioni inoltrate dall'Assessore:

con la prima Comunicazione al Consiglio regionale del 26.03.13, preceduta da alcuni incontri con la IV Commissione, l'Assessore, nel fare il punto sullo stato di salute del sistema sanitario toscano, ne delinea il suo sviluppo nell'ambito del processo di riorganizzazione avviato nei mesi precedenti e che ha costituito oggetto di provvedimenti della Giunta Regionale (Deliberazione 754/12 e 1235/12) e della L.R. 81/2012.

La comunicazione assessorile centra la sua attenzione sul fatto che la visione progettuale e le azioni conseguenti di riordino del sistema sono fondati sulla necessità di trovare strumenti e metodi per rispondere efficacemente ad una riduzione effettiva del Fondo Sanitario che non ha precedenti e per fornire risposte programmatiche, non emergenziali, in grado di rafforzare il sistema nel medio-lungo periodo, con l'obiettivo primario di continuare a garantire gli standard di erogazione dei servizi raggiunti in anni di impegno delle istituzioni e dei professionisti della sanità.

con la seconda Comunicazione alla IV Commissione Sanità Consiglio Regionale del 30.05.13 viene tracciato un primo bilancio delle azioni intraprese e progettate nella prima fase, alcune delle quali avviate ed altre realizzate, con la presentazione di schede analitiche che evidenziano le Aeree di intervento, i sub obiettivi, le azioni e gli atti assunti.

In appendice a questa prima consistente parte vengono riportate le recenti azioni in materia di controllo contabile e gestionale del sistema sanitario. Per le finalità di questa relazione, che tratta dell'attività dei Collegi Sindacali delle Aziende sanitarie tra queste Azioni assumono rilievo le modifiche alla legge 40/2005, ovvero: introduzione del bilancio c.d. "autorizzatorio"; monitoraggio formalizzato trimestrale; anticipazione dei termini di bilancio; modifica dell'oggetto di monitoraggio dal "Risultato d'esercizio previsto all'andamento dei costi per MOL"; l'introduzione di una CHECK LIST da seguire nella predisposizione dell'istruttoria regionale per l'approvazione da parte della Giunta dei Bilanci delle Aziende sanitarie, sia preventivi che d'esercizio.

Relazioni tematiche

Le funzioni dei Collegi Sindacali: parte generale

Gianfranco Antognoli

*Presidente del Collegio Sindacale dell'I.S.P.O.,
Membro del Collegio Sindacale ASL 12 Viareggio.*

Il Collegio Sindacale svolge la sua la funzione di revisione e controllo all'interno delle pubbliche amministrazioni e vigila sull'osservanza della legge. Occorre sottolineare come il primo aspetto caratterizzante tale funzione, sia la "collegialità". L'etimologia della parola "Collegio" è molto importante: infatti i singoli contano ma fino ad un certo punto.

Principio di collegialità.

La funzione specifica di revisione e controllo è, infatti, attribuita al Collegio Sindacale, e non ai componenti singolarmente.

Pertanto il Collegio Sindacale svolge la propria attività in modo collegiale ed ha piena autonomia nell'organizzazione dell'attività di revisione.

Il Presidente del Collegio ha funzione di impulso e, seppur non espressamente previsto dalla norma, di coordinamento, nell'organizzazione dell'attività del Collegio, pur non avendo compiti diversi ed attribuzioni prevalenti rispetto agli altri componenti del Collegio Sindacale. Il Presidente infatti non ha funzioni aggiuntive o diverse rispetto al Collegio: è il Collegio l'entità, non astratta ma concreta, che determina le scelte dell'organo di controllo e vigilanza.

Tutte le attività svolte dal Collegio, quali somma delle funzioni dei singoli revisori in quanto componenti il Collegio, deve essere riportato ad unità nel Verbale di assemblea. Ed è proprio il verbale a sostanziare il concetto di collegialità dell'organo di revisione e controllo.

La funzione di revisione è attribuita al Collegio nella sua interezza, e non ai singoli sindaci revisori, i quali, comunque, possono visionare qualsiasi atto e documento all'interno dell'amministrazione. Nulla gli è precluso. I Sindaci nello svolgere la propria attività devono, quindi, attenersi

a questo principio, anche laddove dovessero trovarsi ad esercitare i poteri individuali di controllo che sono consentiti.

Il Collegio Sindacale organizza ed assoggetta a riesame eventuali attività espletate, individualmente o tramite gli addetti alla segreteria dello stesso. L'individuazione delle forme e delle modalità più efficaci di organizzazione del lavoro di revisione è in ogni caso rimessa all'autonomia operativa del Collegio Sindacale.

Nello svolgimento delle diverse fasi del processo di revisione legale, il Collegio Sindacale utilizza anche le conoscenze che derivano dallo svolgimento della funzione di vigilanza concomitante alla gestione. Per questo motivo si ritiene indispensabile la preventiva conoscenza dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie e il completo raccordo con le Direzioni delle stesse, al fine di facilitare il processo di apprendimento delle singole funzioni interne.

Il Collegio Sindacale, infatti, è in una posizione privilegiata, rispetto al revisore esterno, nell'esecuzione del processo di revisione. Da un lato, i frequenti contatti tra i Sindaci e gli altri organi sociali, nonché i rilevanti poteri ispettivi e di reazione attribuiti dalla legge al Collegio Sindacale offrono l'opportunità sia di correggere tempestivamente gli errori sia di intervenire preventivamente sulle aree di rischio suscettibili di miglioramento; dall'altro, gli elementi probativi raccolti nel corso della revisione legale possono indirizzare la vigilanza sindacale sulle aree maggiormente meritevoli di attenzione e viceversa.

L'integrazione, in capo al Collegio Sindacale, di vigilanza sull'osservanza della legge come previsto dall'art 42 della L.R. 40/2008, nonché sul rispetto dei principi di amministrazione e dell'attività di revisione legale dei conti consente di massimizzare le sinergie tra le funzioni svolte, così come il puntuale controllo sui regolamenti in materia di contabilità.

Poteri e profili della Vigilanza.

A titolo esemplificativo, si osserva che:

- la **vigilanza sull'osservanza della legge e degli atti sottoposti a controllo**, unitamente al dovere di attivarsi in presenza di fatti ritenuti censurabili, offrono al Collegio Sindacale un osservatorio privilegiato in ordine alla conformità alle leggi ed ai regolamenti di contabilità, nonché per la valutazione del rischio di errori significativi in bilancio dovuti al mancato rispetto delle disposizioni regionali in materia;
- la **vigilanza sul rispetto dei principi di corretta amministrazione** con-

sente al Collegio Sindacale una tempestiva percezione di eventuali criticità connesse alle scelte gestionali, con particolare riguardo, ad esempio, agli atti adottati dal Direttore Generale o su delega del medesimo.

- la **vigilanza sull'adeguatezza e sul funzionamento dell'assetto organizzativo, amministrativo-contabile** adottato dalle ASL a società consente al Collegio Sindacale di valutare in modo più efficace il rischio di errori significativi in bilancio;

- i **regolari incontri con il Direttore Generale**, Sanitario e Amministrativo consente al Collegio Sindacale di conoscere le strategie nel momento in cui sono decise ed i fatti gestionali rilevanti nel momento in cui si determinano;

- l'**obbligo di riunirsi almeno ogni quindici giorni** offre la possibilità di ottimizzare l'impiego delle risorse nel lavoro di revisione. Si osserva, inoltre, che la duplice funzione svolta dal Collegio Sindacale consente un'attività di analisi e di valutazione sistemica, essendo il Collegio tenuto a vigilare anche sul processo decisionale e potendo così identificare sul nascere i rischi a cui la Direzione sottopone l'Azienda Sanitaria attraverso l'esame degli atti di cui ai co. 2 e 3 dell'art. 40 della Legge Regionale 26.11.2008. Il processo di revisione svolto dal Collegio Sindacale ha, inoltre, dinamiche di continuo adattamento all'evoluzione dell'organizzazione aziendale e all'approfondimento della conoscenza che il sindaco ha della medesima.

Il Collegio Sindacale si riunisce periodicamente ed effettua le verifiche secondo le modalità stabilite in sede di pianificazione della revisione eseguendo i controlli a campione definendone i criteri dandone evidenza nel libro delle adunanze.

La Direzione ha la responsabilità di fornire al Collegio Sindacale accesso a tutte le informazioni di cui essa sia a conoscenza e di fornire la possibilità di contattare senza limitazioni le persone

Il contenuto delle procedure di revisione può variare al variare delle dimensioni e delle altre caratteristiche specifiche dell'Azienda Sanitaria.

Il vademecum per il Collegio Sindacale parte dalla **redazione ed approvazione del bilancio preventivo** per il quale si ritiene debbano essere soggetti a controllo ed accertamento tutte le fonti di finanziamento per la verifica della loro esigibilità, così come i costi relativi al funzionamento dell'azienda e quelli del personale secondo la pianta organica approvata.

L'esperienza ci consente di affermare che il **controllo mensile**, tra il modello del conto economico ministeriale (d'ora in poi C.E.) inviato alla Regione e quello risultante dal confronto con il preventivo, è il momento

in cui il Collegio è legittimato ad intervenire in caso di sostanziali scostamenti non recuperabili nel corso dell'esercizio.

È altresì determinate la **verifica del sistema amministrativo** partendo dalla rendicontazione mensile delle S.D.O, della regolare accettazione delle prestazioni ambulatoriali e tutti i servizi erogati all'utenza. A tal fine è consigliabile la produzione dei documenti e procedure interne che dimostrino la regolare registrazione dei flussi informatici e la corretta registrazione delle compensazioni regionali ed extra regionali.

La verifica della regolare tenuta della contabilità è da accertarsi con verifiche presso i competenti uffici e revisione periodica (almeno 3 volte l'anno) delle voci presenti nei bilanci di verifica, con particolare attenzione ai conti patrimoniali attivi e passivi per l'accertamento della reale esigibilità dei crediti e della regolare iscrizione dei debiti, anche con prospetti riconciliati e suddivisi per anzianità delle singole partite creditorie e debitorie. A tal fine è sicuramente opportuno a fine anno che il Collegio Sindacale invii le lettere di circolarizzazione ai clienti e fornitori ed Enti Pubblici scelti a campione e ritenuti di interesse secondo gli importi e la movimentazione.

La valutazione puntuale delle Delibere adottate dal D.G. e dei singoli Provvedimenti Dirigenziali deve essere effettuata tenendo conto oltre agli aspetti legali e contrattuali anche all'accertamento che la spesa sia dichiarata prevista nel bilancio preventivo ed ove essa non sia attestata il Collegio si ritiene debba opporre rilievo.

La verifica di cassa è altro momento indispensabile al controllo in quanto dalla stessa si accertano le disponibilità liquide e le eventuali anticipazioni richieste al Tesoriere anche in relazione alla tempistica con la quale la singola ASL provvede ad adempiere ai pagamenti dei fornitori secondo i tempi previsti dalla normativa regionale (con esame a campione di mandati e reversali).

La valutazione dei rischi connessi a contenziosi giuslavoristici, contrattuali e comunque degli eventi che potrebbero esporre le aziende a probabili rischi economici è un'analisi che non va limitata solo al momento della redazione del bilancio consuntivo ma è determinante la tempestiva conoscenza di possibili eventi avversi al fine di poter reperire le necessarie coperture economiche nel corso dell'esercizio.

Nella relazione trimestrale è importante che, al di là dei semplici aspetti relativi al numero delle delibere esaminate e/o dei rilievi effettuati, il contenuto sia concentrato sull'attività di gestione dell'azienda e sull'evidenziazione delle singole criticità. L'art. 42 co. 8 della L.R. 40 è chiaro sulle

finalità conoscitive di tale documento attraverso il quale la Giunta Regionale può essere messa in grado di conoscere preventivamente le criticità ed adottare i necessari provvedimenti in caso di eventi che potrebbero determinare una criticità al sistema.

Le funzioni dei Collegi Sindacali: adempimenti aggiuntivi

Daniele Limberti

Presidente del Collegio Sindacale Azienda Sanitaria 4 - Prato

L'Azienda Sanitaria- azienda pubblica e complessa

Le Aziende sanitarie sono aziende pubbliche comprese tra le “Amministrazioni pubbliche “ nell'elenco pubblicato annualmente a cura dell'ISTAT in applicazione dell'art.1 comma 3 della Legge 31.12.2009 n. 196, ed in quanto tali sottoposte a tutte le norme e limitazioni previste per gli Enti pubblici in generale, con la sola eccezione del Patto di stabilità, dal quale ne sono escluse.

I principi ai quali deve ispirarsi l'attività delle Aziende sono : efficacia, efficienza, economicità.

A differenza delle altre Aziende od Enti pubblici i quali possono e devono programmare la loro attività entro determinati vincoli, l'Azienda sanitaria deve comunque adempiere alla cura e alla tutela della salute dei cittadini indipendentemente dalle risorse disponibili ed indipendentemente dal conseguimento o meno dell'obbiettivo del pareggio richiesto, pur ammettendo che l'andamento delle spese è oggetto di previsione e di stima, i progetti annuali sono oggetto di approvazione preventiva della Regione, per cui in linea di massima, salvo elementi di carattere eccezionale che nessuno poteva valutare a priori, l'impiego delle risorse in modo oculato dovrebbe avvicinarsi al risultato richiesto.

Gli adempimenti aggiuntivi dei Collegi Sindacali.

Gli “interlocutori” delle Aziende sanitarie sono il Ministero dell'Economia e Finanze, il Ministero della Salute, la Regione di appartenenza, la Corte dei Conti, l'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici.

In questo contesto il Collegio Sindacale deve essere consapevole che ognuno dei soggetti indicati può promuovere ispezioni e verifiche, e può avviare direttamente od indirettamente azioni di responsabilità anche verso il Collegio sindacale, deputato a vigilare costantemente e a relazione in merito agli atti e ai fatti gestionali.

Escludendo le operazioni connesse al controllo contabile e quelle oggetto di richiamo nel modello P.I.S.A., gli adempimenti identificati come “aggiuntivi” ma non secondari rispetto a quelli ritenuti ordinari riferiti al Bilancio, per la maggior parte delle Aziende sono rappresentati da:

Controllo della gestione stralcio

La gestione stralcio si riferisce alle operazioni contabili di pertinenza delle USL, cessate nell'anno 1994 che dovevano dall'anno 1995 provvedere di anno in anno a chiudere (in breve a liquidare) la loro attività provvedendo a riscuotere e pagare rispettivamente crediti e debiti.

La “gestione stralcio” ci richiama alla contabilità finanziaria, tuttora dai Comuni e dalle Provincie, vale a dire accertamenti e impegni, movimenti di cassa, residui attivi e residui passivi corrispondenti ai crediti e debiti, i debiti fuori bilancio cioè spese non coperte da finanziamento, corrispondenti alle sopravvenienze passive.

L'importanza del controllo da parte del Collegio consiste oggi alla verifica della corretta imputazione di entrate ed uscite, nonché delle giacenze di cassa in un conto distinto, perché non si distolga dalla contabilità economica delle Aziende partite che siano di competenza delle USL al solo fine di alleviare le gestioni correnti in corso delle ASL.

Allo stato attuale, le operazioni residue a distanza di 19 anni, sono per lo più rappresentate da accantonamenti di risorse (Residui passivi) per fronteggiare eventuali esiti negativi di cause in corso intentate per richieste di risarcimento danni. Il Collegio ha l'obbligo di avere assicurazioni circa l'inesistenza di passività pregresse nel contabilizzate nella “gestione stralcio”.

L'acquisto di beni e servizi

Partendo dai regolamenti per acquisti in economia e dai regolamenti per l'esecuzione di opere pubbliche, regolamentati dalle norme regionali e uniformati ai regolamenti adottati da ESTAV, il Collegio è tenuto ad esaminare le Deliberazioni e Determinazioni al fine di verificarne il rispetto, e soprattutto l'esistenza di rinnovi e proroghe.

Soprattutto queste ultime interessano l'azione di controllo del Collegio, in presenza di copiosa giurisprudenza e pronunce da parte dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici (Consiglio di Stato- Sezione V n. 3391 del 08.07.2008 e n. 2151 del 07.04.2011 ect.) che ne fanno espresso divieto, e in riferimento alle cosiddette “proroghe tecniche” sorrette dalla “nelle more di svolgimento della gara” più volte citate in atti.

Un punto fermo in tal senso deriva dalla constatazione effettiva che l'avvio della procedura di gara è tale quando entro la scadenza contrattuale si è pervenuti alla pubblicazione del capitolato di gara sul sito di ESTAV o dell'Azienda, a comprova che le commissioni tecniche investite dell'onere di predisporre l'atto hanno concluso ,sia pure a ridosso della scadenza ,il proprio compito, ed è quanto meno inutile, infruttuoso, non economico non prenderne atto e imporre per assurdo una nuova formulazione, quando in effetti c'è già quella che interessa in corso di svolgimento.

Invero tale argomento comprende argomentazioni talvolta non facili da risolvere entro i tempi prestabiliti per ragioni squisitamente tecniche, ed in considerazione delle modifiche della normativa originaria che richiedono tempi più lunghi per la conclusione delle procedure e l'individuazione del fornitore prima della scadenza.

Una trattazione ed attenzione particolare meritano due tipologie di atti,una riguarda gli acquisti dei farmaci ed una riguarda l'affidamento diretto a Cooperative sociali, Onlus, No profit per funzioni nell'ambito della parte sociale e sanitaria dall'azienda.

Le commissioni o gruppi tecnici incaricate di valutare l'acquisto dei farmaci,hanno comunque l'obbligo di seguire le indicazioni che la Regione intende perseguire (il richiamo alla presenza dello stesso " principio attivo" nel farmaco è d'obbligo) indipendentemente dalle valutazioni cui sarebbe pervenuti i tecnici.-In tal caso gli incaricati non sono rimasti inattivi,hanno operato per tempo e ogni eventuale rilievo in realtà non ha motivo di sussistere.- Non solo, poiché a seguito di consistenti iniziative giudiziarie da parte di fornitori soccombenti e in relazione agli esiti a loro favorevoli in sede di giudizio, si è forzatamente costretti a cominciare nuovamente la procedura, anche senza averne volontà specifica, ecco che la proroga o il rinvio diventano inevitabili.

L'argomento degli affidamenti diretti a Cooperative sociali, Onlus, No profit ha posto dei problemi non indifferenti, oggetto già di interessamento dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti pubblici , che condurrebbe e conduce a riordinare il comparto delle funzioni socio-assistenziali da parte di Regioni e Aziende Sanitarie.

Escludendo i soggetti che svolgono funzioni " esclusive " di alta specializzazione (ad esempio l'interesse e la cura di bambini autistici), tutto quanto rappresenta gestione ordinaria è soggetto a procedure di gara come qualsiasi contratto pubblico, avendo cura di tenere presente che una parte della spesa incombe in maniera rilevante nei Bilanci dei Comuni, abbandonan-

do una volta tanto l'uso indiscriminato delle proroghe sulle proroghe, alla luce della considerazione che resta difficile dimostrare l'economicità delle operazioni in assenza di qualsiasi competizione.-Tali difficoltà potrebbero essere limitate nell'ipotesi fosse possibile avere la fissazioni di tariffe giornaliere e mensili standard per le diverse tipologie di strutture in tutta la Regione,ma ciò presupporrebbe avere una platea di fornitori ben allineata su tutti i requisiti richiesti non sempre raggiungibile.Il Collegio è comunque tenuto ad effettuare verifiche a campione ,in merito alle procedure seguite, alla contabilizzazione dei costi, alla funzionalità degli addetti. In generale il Collegio può soltanto , come sappiamo, far rilevare a verbale che non sussistono, ove non sussistano, i rispetti di "regolarità amministrativa", avendo cura di verificare specie nei rapporti con ESTAV che la programmazione annuale è stata inviata per tempo (la citazione degli estremi dell'invio- data e protocollo- è d'obbligo) a sollievo di qualsivoglia responsabilità.-Nella fattispecie i rapporti con ESTAV implicano che vi sia un allineamento delle scadenze per l'affidamento delle varie forniture, se e in quanto ciò emerga, attraverso l'adozione di provvedimento che riporti alla stessa scadenza quelle forniture la cui ultimazione è diversa tra azienda ed azienda.

Il Personale

Al di fuori delle numerose tipologie di atti che afferiscono il personale, tre argomenti specifici investono il controllo del Collegio :

-Il controllo della spesa complessiva;

-Il controllo della contrattazione integrativa.

-La creazione di nuove unità operative simili a quelle preesistenti.

La spesa del personale è ancorata in via di massima alla diminuzione rispetto ai valori conosciuti nell'esercizio 2004.-Il monitoraggio mensile inviato dalla Regione, la quale di fronte allo Stato accerta il rispetto complessivo delle spese di personale attraverso un efficiente report mensile ,non esclude che ogni Azienda deve rispondere alla Corte dei Conti in merito a tale conseguimento.

Il Collegio è auspicabile ne prenda atto, o in sede di verbali o in occasione dell'esame del Bilancio di esercizio.

Il controllo dei fondi che concorrono alla " contrattazione integrativa" (Indennità fisse, Disagio e Produttività) comporta un impegno non indifferente per la stratificazione della composizione delle singole voci.- L'aspetto più importante investe il controllo afferente la parte definita "della

produttività” per il riscontro effettivo degli elementi che ne determinano la composizione, i quali in oparte sono variabili di esercizio in esercizio.- Il Collegio è tenuto dall’anno 2009 ad esprimere il proprio giudizio sulla congruità e correttezza della composizione dei fondi .

La creazione di nuove unità operative, allacciata a vincoli scaturiti da norme datate (l’obbligo della programmazione triennale risale all’art.1 Legge 23.12.1997 n. 449). in sede di esame dell’ atto richiede la dimostrazione del rispetto delle norme, in assenza delle quali il Collegio è tenuto a dichiarare l’ atto improcedibile.

Le società od organismi partecipati

L’esame dei risultati dei Bilanci delle società od organismi partecipati rappresenta un’ulteriore obbligo, in quanto qualora dovesse verificarsi che per effetto delle perdite il capitale sociale è azzerato e/o ridotto sensibilmente tale da pregiudicarne la continuazione, possono emergere delle responsabilità da parte dell’Azienda per non aver tempestivamente svolto il controllo (o il controllo analogo qualora la società sia compresa tra le “ società strumentali” dell’Azienda), il cui effetto sarebbe quello o di aver distrutto risorse della collettività o di inficiare il risultato di Bilancio qualora l’Azienda fosse obbligata a provvedere in tutto in parte alla ricapitalizzazione e non abbia previsto in bilancio nulla in proposito.

Non appare trascurabile nemmeno, nelle ipotesi richiamate, che possano sussistere ulteriori responsabilità scaturibili dal fatto di aver dato vita ad una società od organismo con l’intento di aggirare la normativa nel suo complesso.-Il comparto delle società pubbliche di servizi, delle società strumentali è oggetto di continui interessamenti e limitazioni a cominciare dal D.L. 223/2006 per finire con il Decreto “Salva Italia”, per cui è opportuno quantomeno essere sorretti da risultati positivi, esprimendo la raccomandazione di svolgere da parte dell’Azienda sorveglianza continua .-

I crediti non riscossi

Tale argomento ovviamente non riguarda i crediti iscritti in Bilancio, ma quelli che non lo sono per rispetto della direttiva regionale. In modo specifico appartengono a questa categoria i “ Ticket “ non versati, oggetto di primo e secondo sollecito senza produrre effetti positivi in termini di incassi.

Indubbiamente rispetto ad altre procedure seguite in passato, ove al mancato incasso si aggiungevano ben più gravose spese legali tali che il danno fosse

tre volte maggiore ed ancor di più rispetto al credito iniziale, l'indicazione ha un suo fondamento, ma tuttavia occorre comunque definire queste partite rappresentate da importi unitari minimi ma che acquisiscono una certa dimensione nel loro complesso.

La finalità e l'obiettivo è quello di giungere a "fare pulizia" delle partite che per ovvie ragioni conducono a dichiarare il credito inesigibile o insussistente tale da stralciarlo definitivamente, avendo certezza che qualsiasi spesa aggiuntiva non porterebbe a conseguire alcun risultato, e soprattutto per non incorrere nella responsabilità di aver procurato danno erariale per inattività.

Il Collegio può solo evidenziare tale preoccupazione o necessità, pur tenendo conto che la scelta operativa sia preceduta da una valutazione di convenienza, che necessiterebbe di una prima rapida valutazione in merito alle possibilità di successo e successivamente di iniziative legate alla riscossione coattiva.

Nella fattispecie, laddove esistano società strumentali partecipate esclusivamente da Enti pubblici incaricate della riscossione dei tributi ed entrate patrimoniali, tale possibilità sussiste mentre il coinvolgimento di Equitalia (con tutte le implicazioni legate a tale società tuttora in atto , da tenere presente) necessiterebbe di una apposita convenzione che mettesse in risalto la convenienza.

Project financing

Laddove si stanno ultimando le costruzioni delle nuove sedi ospedaliere, le fonti di finanziamento delle opere sono solitamente rappresentate da trasferimenti dello Stato, dai proventi delle alienazioni delle vecchie sedi, da auto finanziamento, dall'accensione di mutui passivi, da leasing finanziario e soprattutto da una parte residua " a carico dell'investimento privato", il quale riceve in contro partita l'assegnazione di alcuni servizi svolti in economia da parte dell'Azienda per una durata di solito fissata in 19 anni, o epoca diversa.

Oltre che vigilare sotto un profilo contrattuale in merito al rispetto della percentuale di lavori da affidare in sub-appalto, il Collegio sarà chiamato a valutare sotto il profilo dell'economicità i costi sorgenti dell'affidamento dei servizi e i costi cessanti che vanno a decade.

I motivi, ancorché impegnativi sia per chi propone ed adotta gli atti sia per il Collegio, sono facilmente individuabili :

-L'equità dei nuovi costi che incideranno nella gestione future, in relazione a quelli che vengono a decadere;

-L'opportunità o meno della convenienza della scelta qualora si dovesse verificare l'eccessiva onerosità dei "costi sorgenti".

La Corte dei Conti e l'Autorità di Vigilanza

La seconda ha già avviato indagini mirate in merito agli affidamenti diretti alle società cooperative, giungendo ad allestire una raccolta di notizie inviate anche alla Corte dei Conti.

La Corte dei Conti elabora il questionario dopo l'approvazione del Bilancio di esercizio. Il documento comprende domande mirate che richiedono risposte perentorie che presuppongono a monte una certa applicazione da parte del Collegio, fatta salva la necessità di integrare con memorie aggiuntive elementi utili ad una equa valutazione.

Il contenuto sostanzialmente si appunta non solo su valutazioni contabili, ma anche e soprattutto sull'attività di controllo definibile di "regolarità amministrativa" dal quale possono scaturire pronunce di responsabile nei confronti dell'Azienda e del Collegio.

In senso lato è consigliabile che il Collegio nell'ampiezza delle sue funzioni debba aver presente il contenuto del questionario nel corso dell'anno, in modo da orientare la propria attività anche nelle direzioni richieste.

Rappresenta un errore considerare un fatto disgiunto dalla normale attività il questionario della Corte per motivi facilmente comprensibili, per cui è opportuno non sottovalutare niente in proposito.-

La Relazione trimestrale per la Regione: proposta di modifica

Giancarlo Viccaro

Presidente del Collegio Sindacale ASL 11 di Empoli.

La Relazione trimestrale del Collegio sindacale ex art.42 co. 8, Legge Regione Toscana n. 40/2005. Proposte di modifica dello schema tipo approvato dalla Giunta Regionale Toscana con la Deliberazione n. 11 del 7.01.2002.

La Relazione trimestrale è tra le funzioni del Collegio Sindacale, elencate dall' art. 3-ter del D.lgs 502/92, intitolato «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23/10/1992 n. 421», così come modificato dall'art. 3 del D.lgs 19 giugno 1999, n. 229.

Al co. 1 lettera d) si legge che il Collegio Sindacale riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei Sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

La relazione trimestrale del collegio sindacale nelle normativa della Regione Toscana è annoverata tra i compiti affidati al Collegio Sindacale dalla Legge Regionale 22 del 2000, avente ad oggetto il «Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale», all'art. 41 co. 7. La predetta norma dispone che *«Su tutti i controlli eseguiti ai sensi dei commi precedenti, il Collegio redige una relazione trimestrale, in cui esprime una valutazione complessiva circa l'andamento contabile nonché la gestione amministrativa dell'Azienda. La relazione deve essere inviata al Direttore Generale e alla Giunta Regionale. In merito ai contenuti di tale relazione, la Giunta Regionale può esprimere indirizzi anche attraverso la predisposizione di appositi schemi-tipo.»*

Oggi la relazione trimestrale, quale espletamento delle funzioni affidate al Collegio Sindacale, è prevista dall'art. 42 della Legge Regionale 40/2005

recante la “Disciplina del servizio sanitario regionale”, ed in particolare il co. 8, stabilisce che su tutti i controlli eseguiti, ai sensi del presente articolo, il Collegio redige trimestralmente una relazione, in cui esprime una valutazione complessiva circa l’andamento contabile nonché la gestione amministrativa dell’azienda sanitaria.

La relazione viene quindi inviata al Direttore Generale e alla Giunta Regionale. Quest’ultima può esprimere indirizzi in ordine ai contenuti della relazione anche attraverso la predisposizione di appositi schemi – tipo. Con Deliberazione n. 11 del 7.1.2002, la Giunta Regionale definisce lo schema noto, e tutt’ora in uso, che di seguito si riporta il quale propone un elenco di quanto costituisce oggetto delle verifiche effettuate nel periodo di riferimento:

**Lo schema originale
(deliberazione GRT n. 11 del 7.1.2002)**

ALLEGATO A alla delibera Giunta regionale n. Del

REGIONE TOSCANA
DIPARTIMENTO DEL DIRITTO
ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE DI SOLIDARIETA'

**SCHEMA TIPO DELLA RELAZIONE DEL COLLEGIO SINDACALE
(ART. 41 – COMMA 7 L.R. 22/2000)**

**AZIENDA SANITARIA N....
TRIMESTRE 200...**

DATA...
LUOGO...
PRESIDENTE...
COMPONENTI...

Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso aggiornamento
segreteria collegi sindacali AUSL TOSCANA -
Relazione dr. Giancarlo Viccaro

1

OGGETTO DELLE VERIFICHE EFFETTUATE NEL PERIODO DI RIFERIMENTO:

1) TENUTA DELLA CONTABILITA'

- A) Verifica della ordinata e regolare tenuta dei libri obbligatori (art. 113 L.R. 22/2000):....
- B) Verifica dell'applicazione dei principi di contabilità generale previsti dall'art. 114 L.R. 22/2000:.....
- C) Applicazione del sistema budgettario (art.115 L.R. 22/2000):...
- D) Adozione della contabilità analitica (art. 116 L.R. 22/2000):...
- E) Verifica di una apposita contabilità di magazzino (art. 107 L.R. 22/2000):...
- F) Monitoraggio tempi medi di pagamento fornitori...
- G) Verifica applicazione Deliberazione G.R. n. 1174 del 6/11/2000...
- H) Verifica applicazione Deliberazione G.R. n. 791 del 16/7/2001...

2) CORRISPONDENZA DEL BILANCIO ALLE RISULTANZE DELLE SCRITTURE CONTABILI DEI LIBRI

.....
(tale valutazione, essendo già contenuta nella relazione al bilancio d'esercizio, deve essere in questa sede sintetizzata, riportando il parere, positivo o negativo, espresso dal Collegio all'approvazione del bilancio)

3) CONSISTENZA DI CASSA

.....
(da parte del Collegio è sufficiente dare atto di aver verificato che le rilevazioni sui flussi di cassa siano state effettuate dagli organi aziendali nei termini e con le modalità richieste e che contengano risultati conformi)
-Disponibilità di cassa presso il cassiere all'ultimo giorno del trimestre

4) ESISTENZA DI VALORI E TITOLI IN PRPRIETA', DEPOSITO, CAUZIONE O CUSTODIA

- A) natura:
- B) Tipo:
- C) Durata:
- D) Luogo di conservazione, custodia o deposito: Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso
aggiornamento segreteria collegi sindacali
AUSL TOSCANA - Relazione dr. Giancarlo
Vicenzi

2

5) ESAME DEGLI ATTI

.....
(oltre all'analisi di alcuni atti specifici del Direttore generale per i quali non sono possibili le indagini campionarie (art. 41 - comma 6 L.R. 22/2000), in questa parte vengono riportati i rilievi maggiormente significativi e più frequentemente riscontrati nei diversi settori di gestione analizzati. Non devono essere indicati rilievi a singoli provvedimenti ma solo quelli relativi a categorie generali di atti)

ATTI DEL DIRETTORE GENERALE (ART. 41 L.R. 22/2000)

- A) Delibera di programmazione dell'attività contrattuale annuale (comma 6 lett.b):...
- B) Relazione annuale sull'attività contrattuale (comma 6 lett. C):...
- C) Regolamenti in materia di contabilità e acquisti (comma 6 lett. D):...

GESTIONE DEL PERSONALE

- N. atti trasmessi...
- N. atti esaminati...
- N. atti esaminati con rilievi...
- N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

.....

CONVENZIONI

- N. atti trasmessi...
- N. atti esaminati...
- N. atti esaminati con rilievi...
- N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

.....

Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso
aggiornamento segreteria collegi sindacali
AUSL TOSCANA - Relazione dr. Giancarlo
Vicenzi

3

ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

-N. atti trasmessi...
 -N. atti esaminati...
 -N. atti esaminati con rilievi...
 -N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

SOCIALE

-N. atti trasmessi...
 -N. atti esaminati...
 -N. atti esaminati con rilievi...
 -N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

GESTIONE PATRIMONIO

-N. atti trasmessi...
 -N. atti esaminati...
 -N. atti esaminati con rilievi...
 -N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso aggiornamento
 segreteria collegi sindacali AUSL TOSCANA -
 Relazione dr. Giancarlo Viccaro

4

ALTRO

-N. atti trasmessi...
 -N. atti esaminati...
 -N. atti esaminati con rilievi...
 -N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

GESTIONE STRALCIO

-Disponibilità di cassa presso il cassiere all'ultimo giorno del trimestre:...

ATTI ADOTTATI PER DELEGA DAI RESPONSABILI DELLE STRUTTURE

-N. atti trasmessi...
 -N. atti esaminati...
 -N. atti esaminati con rilievi...
 -N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

MODALITA' DI ESECUZIONE DEI CONTROLLI:
A)INDAGINI CAMPIONARIE (criteri, tipologia di atti, modalità, risultati ottenuti)
B)ISPEZIONI E CONTROLLI INDIVIDUALI

6) OSSERVANZA DELLE LEGGI:
 ...
 (questa parte finale deve contenere un giudizio complessivo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'azienda, con una valutazione distinta per la materia dell'assistenza sociale e dei servizi socio – assistenziali).

Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso
 aggiornamento segreteria collegi sindacali
 AUSL TOSCANA - Relazione dr. Giancarlo
 Viccaro

5

Le modifiche che potrebbero intervenire per migliorare lo schema sovraillustrato, concernono due elementi: un aggiornamento tenendo conto delle modifiche normative intervenute ed introdurre alcuni e pochi elementi nuovi di contenuto, che nello spirito della normativa, ne possano rafforzare la funzione di monitoraggio sull'andamento economico-finanziaria, ponendo l'accento sull'osservanza della relazione trimestrale.

Nel nuovo schema che potrebbe essere proposto, dovrebbero naturalmente essere citati gli articoli della legge 40/2005 in luogo di quelli della precedente Legge Regionale 22/2000. Segnalo inoltre la possibilità di ridurre l'elenco degli atti del Direttore Generale riportati al punto 5 dello schema sopra riportato «ESAME DEGLI ATTI» cassando i punti circa la “delibera programmazione dell'attività contrattuale annuale” (co. 6 let. b) e “relazione annuale sull'attività contrattuale” (co. 6 let. c).

Su questi due oggetti il Collegio Sindacale doveva dare obbligatoriamente il proprio parere (art. 41 Legge Regionale 22/2000) insieme agli atti di bilancio e ai regolamenti in materia di contabilità ed acquisti, anche se il controllo degli atti fosse stato eseguito con tecniche di campionamento.

I due atti sopra detti non appaiono più tra i compiti del Collegio Sindacale soggetti a controllo puntuale come *ex art.* 42 co. 6. Del resto non appaiono neppure tra gli atti del Direttore Generale. I due punti pertanto possono essere cassati.

Due punti dello schema odierno possono essere oggetto di modifica dal punto di vista del contenuto:

1. relativo al Monitoraggio dei Tempi Medi di pagamento dei fornitori, di cui al punto 1) dello schema intitolato “Tenuta della contabilità”, let. f).

Il controllo dovrebbe essere orientato alla verifica del rispetto della recente normativa dettata dal Decreto Legislativo 9 novembre 2012, n. 192 recante modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, co. 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180. (12G0215) (GU n.267 del 15-11-2012).

Il controllo dovrebbe interessare due aspetti:

- l'esistenza della liquidità sufficiente a consentire all'Ente di corrispondere alle proprie obbligazioni, puntualmente, come previsto dalla legge (pagamenti entro i 60 giorni per fornitura di beni, servizi e appalto lavori) per contratti conclusi da 1.1.2013. Dal giorno successivo alla scadenza del

termine di pagamento sull'importo dovuto decorrono gli interessi moratori.

- la tempestività delle procedure di controllo e liquidazione delle fatture.
Se si realizzasse tale modifica il nuovo assetto dello schema risulterebbe:

**Le modifiche di contenuto:
monitoraggio tempi medi di pagamento**

- Monitoraggio tempi pagamento fornitori (D.Lgs. 9.11.2012 n. 192)
.....
- Eventuali interessi moratori pagati nel trimestre
.....
- Eventuali osservazioni in merito alla liquidità dell'Ente (segnalazione di eventuali criticità)
.....
- Eventuali osservazioni in merito al processo di liquidazione (segnalazione di eventuali criticità)
.....
- Riportare eventuali pareri o suggerimenti espressi dal collegio all'Ente in merito ai due temi sopra considerati.
.....

Firenze, 4 Giugno 2013 - Gera aggiornamento
sagralerie collegi sindacali AUSL TOSCANA -
Relazione dr. Giancarlo Viccaro

1

Il secondo punto di eventuale modifica concernerebbe la corrispondenza del bilancio alle risultanze delle scritture contabili e dei libri.

Tale valutazione, essendo già contenuta nella relazione al bilancio d'esercizio, deve essere in questa sede sintetizzata, riportando il parere, positivo o negativo, espresso dal Collegio all'approvazione del bilancio)»

Focus sul monitoraggio dell'andamento della gestione (coerentemente con la funzione del Collegio di verifica dell'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico di cui al D. Lgs. 502/1992).

Potrebbero altresì risultare utili ulteriori innovazioni, quali la modifica del titolo del punto 2 dell'attuale dove alla voce di "Bilancio ultimo esercizio chiuso e monitoraggio andamento gestione esercizio corrente", potrebbe essere richiesto e di riportare sintesi parere ultimo bilancio chiuso, e di riportare sintesi parere bilancio di previsione approvato (tali sintesi sono

utili al lettore per mostrare quali siano state le valutazioni del Collegio in ordine ai due documenti contabili).

ancora potrebbe risultare utile di rappresentare l'andamento della gestione attraverso una tabella nella quale si riportino, su una colonna, i dati relativi al conto economico di previsione secondo la configurazione richiesta dallo schema C.E., fissato dal decreto ministero della salute n. 144 del 15 Giugno 2012 e, a fianco, trimestre per trimestre, le proiezioni da C.E. del trimestre e gli scostamenti in cifra assoluta e in percentuale tra ultima proiezione e bilancio di previsione.

Lo schema dunque riporterebbe, in linea, le proiezioni di ogni trimestre e lo scostamento dell'ultimo trimestre con il preventivo.

**Le modifiche di contenuto:
punto 2 dello schema**
un possibile prospetto di raffronto tra bilancio di previsione e proiezioni trimestrali

	BILANCIO DI PREVISIONE 2013	PROIEZIONI TRIMESTRALI				PREVISIONE 2013	DIFF.	DIFF. %
		1° TRIMESTRE (E MARZO 2013)	2° TRIMESTRE (E GIUGNO)	3° TRIMESTRE (E SETTEMBRE)	4° TRIMESTRE (E DICEMBRE 2013)			
A/00000	A/ Valore della produzione							
A/01000	A.1) Contributi e cessioni	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	0,00	0,00	
A/02000	A.2) Modifica contributi e versamenti per destinazioni ad investimento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A/03000	A.3) Valore fondi per quote modificate contributi sociali di esercizi precedenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A/03200	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A/03700	A.5) Cessioni, recupero e restituzioni	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A/04000	A.6) Compensazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Tabelle)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A/04000	A.7) Quote contributi (risultato imputato all'esercizio)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A/05000	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A/06000	A.9) Altri ricavi e proventi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
A/20000	Totale valore della produzione (A)	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	0,00	0,00	
B/00000	B/ Costi della produzione							
B/01000	B.1) Acquisto di beni	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B/01000	B.2) Acquisto di servizi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B/02000	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinarie e straordinarie)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B/03000	B.4) Costo di beni di terzi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B/04000	B.5) Costo del personale	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	0,00	0,00	
B/05000	B.6) Altri oneri diversi di gestione	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B/20000	Totale accantonamenti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B/20300	B.14) Valore delle immobilizzazioni e dei crediti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B/20000	B.20) Variazione delle rimanenze	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B/20000	B.26) Accantonamenti all'esercizio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
B/20000	Totale costi della produzione (B)	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	0,00	0,00	
C/00000	C/ Proventi e oneri finanziari							
C/01000	C.1) Interessi attivi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C/01000	C.2) Altri proventi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C/02000	C.3) Interessi passivi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C/03000	C.4) Altri oneri	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C/20000	Totale proventi e oneri finanziari (C)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
D/00000	D/ Risultato di valore di attività finanziaria							
D/01000	D.1) Realizzazioni	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
D/02000	D.2) Realizzazioni	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
D/20000	Totale risultato di valore di attività finanziaria (D)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E/00000	E/ Proventi e oneri straordinari							
E/01000	E.1) Oneri straordinari	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
E/20000	Totale proventi e oneri straordinari (E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
R/00000	Risultato prima delle imposte (A - B + C + D + E)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
I/00000	Imposte e tasse							
I/10000	I.1) IRPEF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
I/20000	I.2) IRIS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
I/30000	I.3) Accantonamenti a fini imposte (accantonamenti, condotti, ecc.)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
I/20000	Totale imposte e tasse	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Z/00000	RISULTATO DI ESERCIZIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso aggiornamento
segreteria collegi sindacali AUSL TOSCANA -
Relazione dr. Giancarlo Viccareo

		BILANCIO DI PREVISIONE E 2013	PROIEZION E I TRIMESTR E 2013 CE MARZO 2013	PROIEZION E II TRIMESTR E 2013 CE GIUGNO 2013	PROIEZION E III TRIMESTR E 2013 CE SETTEMBR E 2013	PROIEZION E IV TRIMESTR E 2013 CE DICEMBRE 2013	DIFF	DIFF. %
	A) Valore della produzione							
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	342.975.562					#RIF!	#RIF!
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	1.800.000					#RIF!	#RIF!
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.000.000					#RIF!	#RIF!

Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso
aggiornamento segreterie collegi sindacali
AUSL TOSCANA - Relazione dr. Giancarlo
Vicario

2

Il Collegio Sindacale potrebbe altresì segnalare sinteticamente le motivazioni degli scostamenti più rilevanti tra il bilancio di previsione approvato e la proiezione del trimestre e anche tra le diverse successive proiezioni. Quanto affermato, non solo configurerebbe quale valido ausilio al Collegio per un efficace monitoraggio sulla gestione ma offrirebbe anche alla Regione una finestra sui processi gestionali in corso, oltre che sul grado di attendibilità delle proiezioni che si fanno trimestre per trimestre. Riassumendo, nel nuovo ipotetico schema potrebbero esservi inseriti elementi quali una tabella di raffronto comprensiva delle motivazioni degli scostamenti più rilevanti tra ultima proiezione e bilancio di previsione approvato, delle eventuali ed ulteriori osservazioni, delle eventuali criticità da segnalare, e di nuove proposte, come di seguito si riporta.

Una proposta di schema aggiornato per la relazione trimestrale

ALLEGATO A alla delibera Giunta regionale n. Del

REGIONE TOSCANA
DIPARTIMENTO DEL DIRITTO
ALLA SALUTE E DELLE POLITICHE
DI SOLIDARIETA'

SCHEMA TIPO DELLA RELAZIONE DEL COLLEGIO SINDACALE (ART. 42 – COMMA 8 L.R. 40/2005)

AZIENDA SANITARIA N....
TRIMESTRE 200...

DATA...
LUOGO...
PRESIDENTE...
COMPONENTI...

Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso aggiornamento
segreterie collegi sindacali AUSL TOSCANA -
Relazione dr. Giancarlo Viccaro

1

OGGETTO DELLE VERIFICHE EFFETTUATE NEL PERIODO DI RIFERIMENTO:

1) TENUTA DELLA CONTABILITA'

- A) Verifica della ordinata e regolare tenuta dei libri obbligatori (art. 124 L.R. 40/2005):....
- B) Verifica dell'applicazione dei principi di contabilità generale previsti dall'art. 125 L.R. 40/2005:.....
- C) Applicazione del sistema budgettario (art. 126 L.R. 40/2005):...
- D) Adozione della contabilità analitica (art. 127 L.R. 40/2005):...
- E) Verifica di una apposita contabilità di magazzino (art. 118 L.R. 40/2005):...

F) **Monitoraggio tempi pagamento fornitori (D.Lgs. 9.11.2012 n. 192)**

- Eventuali interessi moratori pagati nel trimestre
.....
- Eventuali osservazioni in merito alla liquidità dell'Ente (segnalazione di eventuali criticità)
- Eventuali osservazioni in merito al processo di liquidazione (segnalazione di eventuali criticità)

o Eventuali criticità da segnalare

o Eventuali proposte

Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso aggiornamento
segreterie collegi sindacali AUSL TOSCANA -
Relazione dr. Giancarlo Viccaro

2

**2) BILANCIO ULTIMO ESERCIZIO CHIUSO E MONITORAGGIO
ANDAMENTO GESTIONE ESERCIZIO CORRENTE**

- Tabella di raffronto
- Motivazioni degli scostamenti più rilevanti tra ultima proiezione e bilancio di previsione approvato

.....
.....

- o Eventuali osservazioni

.....
.....

- o Eventuali criticità da segnalare

.....
.....

- o Eventuali proposte

.....
.....

3) CONSISTENZA DI CASSA

.....

(dal parte del Collegio è sufficiente dare atto di aver verificato che le rilevazioni sui flussi di cassa siano state effettuate dagli organi aziendali nei termini e con le modalità richieste e che contengano risultati conformi)

-Disponibilità di cassa presso il cassiere all'ultimo giorno del trimestre

4) ESISTENZA DI VALORI E TITOLI IN PRPRIETA', DEPOSITO, CAUZIONE O CUSTODIA

A)natura:

B)Tipo:

C)Durata:

D)Luogo di conservazione, custodia o deposito:...

5) ESAME DEGLI ATTI

.....

(oltre all'analisi di alcuni atti specifici del Direttore generale per i quali non sono possibili le indagini campionarie (art. 42 – comma 6 L.R. 40/2005), in questa parte vengono riportati i rilievi maggiormente significativi e più frequentemente riscontrati nei diversi settori di gestione analizzati. Non devono essere indicati rilievi a singoli provvedimenti ma solo quelli relativi a categorie generali di atti)

ATTI DEL DIRETTORE GENERALE (ART. 42 L.R. 40/2005)

A)Regolamenti in materia di contabilità e acquisti (comma 6 lett. b):...

GESTIONE DEL PERSONALE

- N. atti trasmessi...
- N. atti esaminati...
- N. atti esaminati con rilievi...
- N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

.....

CONVENZIONI

- N. atti trasmessi...
- N. atti esaminati...
- N. atti esaminati con rilievi...
- N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

.....

Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso
aggiornamento segreterie collegi sindacali
AUSL TOSCANA - Relazione dr. Giancarlo
Vaccaro

5

ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

- N. atti trasmessi...
- N. atti esaminati...
- N. atti esaminati con rilievi...
- N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

.....

SOCIALE

- N. atti trasmessi...
- N. atti esaminati...
- N. atti esaminati con rilievi...
- N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

.....

GESTIONE PATRIMONIO

- N. atti trasmessi...
- N. atti esaminati...
- N. atti esaminati con rilievi...
- N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

.....

Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso aggiornamento
segreterie collegi sindacali AUSL TOSCANA -
Relazione dr. Giancarlo Vaccaro

6

ALTRO

- N. atti trasmessi...
- N. atti esaminati...
- N. atti esaminati con rilievi...
- N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

.....

GESTIONE STRALCIO

- Disponibilità di cassa presso il cassiere all'ultimo giorno del trimestre:...

ATTI ADOTTATI PER DELEGA DAI RESPONSABILI DELLE STRUTTURE

- N. atti trasmessi...
- N. atti esaminati...
- N. atti esaminati con rilievi...
- N. atti modificati a seguito di rilievi...

RILIEVI PRINCIPALI FORMULATI

.....

MODALITA' DI ESECUZIONE DEI CONTROLLI:

A) INDAGINI CAMPIONARIE (criteri, tipologia di atti, modalità, risultati ottenuti)

B) ISPEZIONI E CONTROLLI INDIVIDUALI

6) OSSERVANZA DELLE LEGGI:

....

(questa parte finale deve contenere un giudizio complessivo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'azienda, con una valutazione distinta per la materia dell'assistenza sociale e dei servizi socio – assistenziali).

Firenze, 4 Giugno 2013 - Corso
aggiornamento segreterie collegi sindacali
AUSL TOSCANA - Relazione dr. Giancarlo
Mazzoni

La Relazione al Bilancio d'esercizio per la Corte dei Conti

Massimo Braganti

Direttore amministrativo ASL 4 di Prato.

Il Collegio Sindacale, tra i nuovi compiti ad esso attribuiti dalla Legge, anche a seguito dei nuovi interventi normativi, è tenuto, alla chiusura della sessione assembleare e tramite una procedura informatizzata chiamata P.I.S.A., all'inserimento immediato ed automatico di tutti i verbali di assemblea, a fronte del quale sono immediatamente rilevate tutta una serie di adempimenti. Il Ministero, e successivamente la Corte dei Conti, hanno poi il compito di confrontare la coincidenza delle risultanze dei documenti forniti.

Pertanto si è cercato, con i rappresentanti dei vari Collegi Sindacali, di intraprendere un percorso di preventiva predisposizione dei documenti, e da parte dell'Azienda e del Collegio, al fine di avere già in possesso una serie di documenti necessari per redigere la Relazione di Bilancio di cui la Corte dei Conti è destinataria.

Periodicamente la Corte dei Conti trasmette alle varie Aziende delle circolari contenenti le linee guida per la compilazione della Relazione di bilancio.

Linee guida per l'attuazione dell'articolo 1, co. 170, della legge 23/12/2005, n. 266 (legge finanziaria 2006) per i Collegi Sindacali degli enti del SISTEMA SANITARIO NAZIONALE. Bilancio di esercizio al 31/12/11.

Dall'entrata in vigore della Legge Finanziaria per il 2006, è stata impostata l'attività della Sezione delle Autonomie costituita dalla revisione annuale delle linee guida, cui devono attenersi i Collegi Sindacali degli Enti del servizio sanitario ai fini della relazione sul bilancio d'esercizio ai sensi dell'art. 1, co. 170, della legge predetta.

I temi fondamentali trattati investono:

il carattere collaborativo delle verifiche in discorso tra le Sezioni regionali della Corte dei Conti e gli organi sindacali degli enti sanitari, l'appronta-

mento degli strumenti utili atti ad assicurare che le misure, per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, fissati dalla Legge di Stabilità e dalle altre norme di coordinamento finanziario, vengano effettivamente attuate da parte delle Regioni, con particolare riferimento alla gestione del servizio sanitario. Nonostante le linee guida esistenti, la redazione della relazione può incontrare una serie di criticità che meritano di essere segnalate. Possono infatti risultare incongruenze nella raccolta dei dati, dovute alle differenti disposizioni dettate da ciascuna Regione per i propri enti, per il bilancio di esercizio 2008 ed il questionario che i Collegi Sindacali hanno il compito di redigere, è stato strutturato avendo come riferimento i modelli C.E. e S.P. (stato patrimoniale) approvati dal Ministero della Salute ai fini delle comunicazioni al Sistema Informativo Sanitario (S.I.S. – D.M. del 31/12/2007 Pubblicato nella Gazz. Uff. 17 gennaio 2008, n. 14, S.O).

Per quanto attiene le linee guida anche in relazione delle eventuali criticità su cui si può incappare nella stesura della relazione di bilancio, occorre specificare che il D. Lgs. 118/2011, relativo all'armonizzazione dei bilanci degli enti territoriali, introduce importanti novità per i conti delle Regioni e degli enti del servizio sanitario, e pertanto si renderà necessaria una radicale rivisitazione della struttura del questionario a partire dai bilanci di esercizio 2012 per quanto riguarda la sanità, poiché gli effetti del D. Lgs. 118/2011 sui bilanci, decorreranno a partire dall'esercizio 2012, con il recepimento delle novità normative e l'introduzione di nuovi quesiti volti a intercettare fenomeni di gestione critici per le singole aziende. La riclassificazione effettuata in base ai vigenti modelli C.E. e S.P. consente di ottenere un'omogeneizzazione dei dati, utile per le analisi comparative e per una gestione informatizzata dei documenti, il tutto però con i dati acquisiti dal bilancio d'esercizio adottato dal Direttore dell'Ente.

Eventuali difformità tra i dati di bilancio ed i dati contenuti nelle comunicazioni al S.I.S. che potrebbero emergere dovranno figurare nell'apposita colonna del prospetto del conto economico. Il prospetto è integrato anche con i dati relativi al documento previsionale economico, per il confronto tra i risultati di consuntivo e quelli già programmati.

Formulazione del questionario.

Il questionario si apre dando istruzioni per la compilazione ed il suo invio, nonché con il sommario. Si trovano poi i dati relativi all'identificazione dell'Ente, la dimensione demografica e le strutture di ricovero.

La Parte I reca domande preliminari le cui risposte facilitano il primo esame delle Sezioni regionali.

La Parte II contiene il conto economico riclassificato e domande e prospetti relativi alla situazione economica, con alcuni approfondimenti.

Nella Parte III sono contenuti lo stato patrimoniale riclassificato e le domande ed i prospetti relativi alla situazione patrimoniale con approfondimenti su temi particolari.

La Parte IV è riservata agli Enti delle Regioni per il c.d. “piano di rientro”. Il questionario si chiude con le attestazioni finali allegate.

Per consentire la gestione informatica dei questionari, ed evitare duplicazioni di richieste, deve essere utilizzato esclusivamente il file del questionario, reperibile sul sito istituzionale della Corte dei Conti, mantenendo il formato originale per l’invio (senza conversione in formati immagine, ma bensì da utilizzarsi semplicemente come lo si scarica).

Il file dovrà essere nominato secondo il seguente criterio: **anno_regione_nome azienda** (esempio: 11_Toscana_azienza sanitaria Prato).

Il questionario dovrà poi essere inviato, unicamente per posta elettronica all’indirizzo della Sezione regionale territorialmente competente, e, contestualmente, all’indirizzo appresso indicato: documentazione.serviziosanitario@cor-teconti.it”.

Di seguito si riporta, a titolo esemplificativo lo schema **inerente alle Linee Guida 2012 per la compilazione del questionario per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale relativo al Bilancio 2011**.

PARTE I: DOMANDE PRELIMINARI.

Data la copiosità delle domande preliminari alla quale i Collegi Sindacali si trovano a dover rispondere in punto di stesura del questionario, si riportano, di seguito, alcune tra le più significative:

- *“Il Collegio Sindacale ha rilevato gravi irregolarità contabili, tali da incidere sulla veridicità e sull’equilibrio del bilancio di esercizio e suggerito misure correttive non adottate dall’azienda?” - riepilogo rilievi di maggior interesse P.I.S.A.*

- *“Il costo del debito (quota capitale e interessi) relativo all’anno 2011 rientra entro il limite quantitativo del 15% delle entrate proprie correnti, ovvero entro il diverso limite previsto dalla normativa regionale?”*

- *“Sono operativi presso l’Ente: 12.1. sistemi budgetari? 12.2. sistemi di contabilità analitica? 12.3. Il sistema di contabilità analitica è affidabile e consente le valutazioni cui esso è finalizzato?”*

PARTE II. II CONTO ECONOMICO.

Nell'analisi del valore della produzione, con particolare attenzione alle prestazioni sanitarie intramoenia, occorre accertare la differenza tra i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia e il costo per la compartecipazione al personale per l'attività libero professionale intramoenia il quale garantisce la copertura di tutti i costi relativi all'attività a carico dell'Azienda.

PARTE III. SITUAZIONE PATRIMONIALE.

Per quanto attiene l'analisi della situazione patrimoniale al fine di indicare i "beni fuori uso" lo schema utilizzato risulta:

(Schema utilizzato per la dichiarazione dei beni fuori uso.)

Nel 2011 sono stati dichiarati fuori uso beni ed eliminati dalle immobilizzazioni per il seguente importo:

Partecipazioni

Crediti

Debiti

Parte IV

Attestazioni Finali

Note del Collegio Sindacale dell'Azienda X al questionario sul Bilancio di esercizio

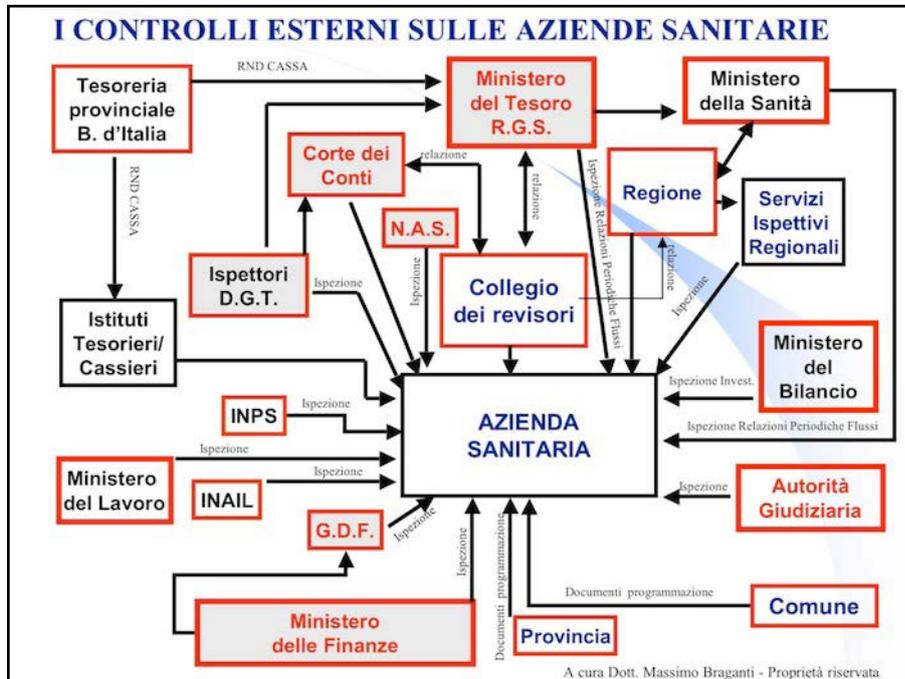
Strumenti di supporto al Collegio Sindacale.

Occorre infine indicare quali siano gli strumenti di supporto, oltre ed unitamente alle Linee Guida, utilizzabili dal Collegio Sindacale nell'espletamento delle sue funzioni di vigilanza e controllo.

1. Controlli ispettivi e verifiche nel corso dell'anno;
2. richiesta dei documenti di bilancio quali la nota integrativa e la relazione, anche a disposizione delle varie società di certificazione, vincitrici dell'appalto;
3. un maggiore scambio informazioni con la Società di Certificazione;
4. relazione valutativa O.I.V. (già N.A.V.);
5. Esito di verifiche di soggetti terzi quali soggetti operanti un controllo esterno sull'Azienda sanitaria/Ospedaliera.

I controlli sulle aziende sanitarie.

Lo schema che di seguito si riporta mostra la complessità dei controlli ai quali una molteplicità di organismi sottopongono le Aziende Sanitarie.



Il Collegio Sindacale è una delle tante “frecce” che arrivano all’Azienda. La relazione alla Corte dei Conti è la sintesi del controllo che viene svolto dal Collegio Sindacale durante l’intero anno. Tale sintesi dovrebbe dar conto a tutte quelle frecce dello schema sovrariportato, le quali sono ciascuna di esse supportata dalla Legge. Il Collegio Sindacale ha un ruolo gravoso in termini di controllo: il rispetto della legittimità dell’operato presuppone il rispetto di tutte quelle “frecce”, per così dire, “normative”. Tale attività di controllo e la sua legittimità può essere garantita e coadiuvata soprattutto attraverso la cooperazione degli organi interni dell’azienda ed i Collegi Sindacali, anche sotto il profilo della pronta trasmissione al Collegio Sindacale di quegli atti rilevanti necessari alla stesura della relazione da indirizzarsi alla Corte dei Conti, nel momento immediatamente successivo alla loro formulazione.

Il monitoraggio dei costi: Regione, Modelli CE ministeriali

Valerio Mari

Direttore del dipartimento controllo di gestione ASL 10 Firenze.

Il processo di programmazione e controllo economico della gestione.

Il monitoraggio dei costi è un argomento poco conosciuto dai Collegi Sindacali nonostante abbiano, come sottolineato in precedenza, un'importanza fondamentale in quanto sono riconducibili all'attività certificatoria dei Collegi stessi.

L'attività di programmazione e controllo economico della gestione, così come previsto dal D. Lgs. 286/1999 intitolato "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche", getta le mosse dall'aziendalizzazione e più in particolare dal sistema budgettario, di contabilità analitica di controllo di gestione, così come stabilito dalla L.R.T. 60/2008, intitolata "Disciplina del servizio sanitario regionale", ai suoi Artt. 126, 127 e 128.

Le leve su cui poggiano le prestazioni aziendali tale attività sono rappresentati dai principi di convenienza economica quali la valutazione di efficienza e di efficacia delle risorse. In maniera sin troppo sintetica ma pur sempre efficace potremmo definire l'efficienza quale capacità di combinare fattori produttivi per realizzare dei servizi e l'efficacia quale capacità di tali prodotti e servizi di raggiungere degli obiettivi, a monte, prefissati. Sono pertanto elementi pregnanti e propedeutici ai processi di programmazione e di pianificazione.

La programmazione dà l'avvio all'intero processo andando ad individuare delle risorse, degli indicatori e degli obiettivi.

Si basa sull'espletamento e sull'erogazione dei servizi che seguono degli standards, i quali devono essere il più possibile codificati. Lo standard permette un elemento di confronto tramite la misurazione dei risultati, il reporting, le deviazioni pur sempre rispettando i margini di tolleranza e l'attività di valutazione vera e propria, intesa quale analisi degli scostamenti dagli obiettivi prefissati e che va ad individuare gli interventi correttivi

sulla performances, per orientare l'attività senza modificare gli obiettivi (es. utilizzo inefficiente delle risorse) laddove ci si renda conto che la performance è corretta ma lo standard è obsoleto e superato o mal calcolato.

Le fasi della programmazione aziendale.

Occorre far luce anche sulle fasi della programmazione aziendale che portano poi all'inoltro del modello C.E.

Troviamo pertanto il **Bilancio di previsione** dove viene evidenziato il fabbisogno, con scadenza 30 novembre dell'anno precedente all'esercizio di riferimento, e che si articola essenzialmente nel Conto economico e nel Piano investimenti. La traduzione, di questo tipo di adempimenti, in atti aziendali è costituita dalla delibera di adozione del bilancio di previsione e dagli atti dirigenziali conseguenti.

A questa fase, spesso in parallelo, parte la fase del **budgeting** ovvero la negoziazione operata dalla Direzione Aziendale tramite il controllo di gestione, con le altre Direzioni di Dipartimento, che si tradurrà nella definizione di un vero e proprio budget, il quale consentirà in concreto una implementazione nella gestione delle autorizzazioni di spesa.

L'attività di monitoraggio (dal latino monitor-oris con il significato di ammonire, avvisare, informare, consigliare) poggia su due assi ovvero l'analisi degli scostamenti per Centri di Responsabilità e delle riunioni periodiche con i responsabili di budget. Tale processo si traduce nel C.E. inviato alla Regione contenente tutte le principali voci di spesa presenti nel bilancio di esercizio.

Gli ultimi profili da valutare in tema di contabilità analitica, riguardano il **conto economico aziendale**, il quale rappresenta l'andamento dell'azienda e ritroviamo in esso costi classificati per natura, ed il **conto economico per Centro di Responsabilità** all'interno del quale ritroviamo i costi classificati per tipologia e destinazione.

Di seguito viene riportato un metodo informatizzato, utilizzato dall'Azienda Sanitaria, n. 10, di Firenze nell'attività di monitoraggio.

Monitoraggio

Forecast							
Anno : 2008				Stampe :	Forecast	Dettagli	Iniziale
Periodo : Settembre				Ridassificazioni :	SNS	CE Mensile	CE Trimestre
Collegamenti :				Variance	Attività	Indicatori	Costi
				Grafici	Cruscotto	Consegnatari	Export
Costi di Produzione		Costi di Erogazione		Ricavi	Sintesi	Legenda Colori	
Costi di Produzione							
Voci di Ridassificazione	BE 2007	BP 2008	Consuntivo Settembre	BOGT 2008	Forecast Settembre	Delta Assoluto	Delta %
Acquisti d'esercizio	96.581.030	76.573.962	58.687.900	75.509.186	79.128.907	3.619.721	4,79
20a. Sanitari	89.875.921	73.491.399	55.452.657	71.486.930	74.646.258	3.159.328	4,42
20b. Non Sanitari	4.883.093	-4.592.563	3.235.243	4.022.256	4.482.649	460.399	11,45
28. Variazione Rimanenze	1.822.016	-1.500.000	0	0	0	0	0,00
Servizi Sanitari	11.588.318	14.032.610	10.679.275	14.101.288	15.002.600	901.312	6,39
Personale	421.011.943	415.080.541	320.880.803	432.535.086	431.318.589	-1.216.497	-0,28
22. Personale convenzionato	94.985.042	93.030.000	66.943.188	93.705.615	92.948.000	-757.615	-0,81
22a. Altro personale	5.547.754	6.409.201	5.158.046	7.983.279	7.392.711	-590.568	-7,40
23. Personale dipendente	303.850.756	302.579.251	235.947.201	313.983.059	314.614.666	631.607	0,20
23b. Produttività aggiuntiva	2.059.559	965.123	1.570.464	1.145.389	2.033.541	888.152	77,54
23c. Cooperative	14.568.832	12.096.966	11.261.904	15.717.744	14.329.671	-1.388.073	-8,83
Spese Generali	28.885.971	23.994.069	21.479.114	29.826.502	29.388.832	-437.670	-1,47
Leasing	802.670	1.659.150	460.875	843.501	614.500	-229.001	-27,15
Manutenzioni-G.S. riscaldamento	16.706.699	17.486.227	13.361.735	20.016.971	20.926.546	909.575	4,54
Servizi vari appaltati	29.606.207	27.439.215	23.872.578	30.122.154	30.971.709	849.556	2,82
Ammortamenti	17.644.346	16.857.699	12.642.750	14.875.699	14.858.125	-17.574	-0,12
Totale Costi di Produzione	622.827.184	593.123.472	462.065.029	617.830.387	622.209.809	4.379.422	0,71

Azienda Sanitaria Firenze

1

Monitoraggio

Forecast							
Anno : 2008				Stampe :	Forecast	Dettagli	Iniziale
Periodo : Settembre				Ridassificazioni :	SNS	CE Mensile	CE Trimestre
Collegamenti :				Variance	Attività	Indicatori	Costi
				Grafici	Cruscotto	Consegnatari	Export
Costi di Produzione		Costi di Erogazione		Ricavi	Sintesi	Legenda Colori	
Costi di Erogazione							
Voci di Ridassificazione	BE 2007	BP 2008	Consuntivo Settembre	BOGT 2008	Forecast Settembre	Delta Assoluto	Delta %
Assistenza farmaceutica	181.945.171	169.411.951	150.517.016	176.104.283	192.378.839	16.274.556	9,24
30. Assistenza Farmaceutica	152.438.202	132.942.075	119.305.630	144.842.075	151.201.110	6.359.035	4,39
X. Farmaci H	7.360.930	4.569.876	9.093.070	4.262.208	11.824.093	7.561.885	177,42
Y. Distribuzione diretta	22.146.039	32.000.000	22.118.316	27.000.000	29.353.636	2.353.636	8,72
RSA, minori, L.28, SM, Tox	61.289.866	62.310.606	46.855.818	62.358.141	61.893.001	-465.140	-0,75
Case di cura	98.662.341	95.253.129	72.411.725	96.517.783	96.549.300	31.517	0,03
Riabilitazione art. 26	33.224.955	32.670.000	25.602.072	34.198.096	33.000.096	-1.198.000	-3,50
Assistenza protesica	3.825.854	4.147.150	5.416.610	4.561.767	4.793.130	231.363	5,07
34a. Ass. Protesica	5.747.753	6.240.150	5.416.610	6.654.767	6.886.130	231.363	3,48
34b. Capitalizzazione costi	-1.921.899	-2.093.000	0	-2.093.000	-2.093.000	0	0,00
Stranieri	1.819.220	2.000.000	1.125.000	1.500.000	1.500.000	0	0,00
Diagnostica, spec. esterna	13.949.334	14.132.173	11.334.631	15.097.841	14.990.771	-107.070	-0,71
Trasporti	11.832.066	10.617.620	8.683.891	11.657.357	11.459.857	-197.500	-1,69
Sussidi	1.246.808	1.469.500	1.050.260	1.724.814	1.781.998	57.184	3,32
Mobilità passiva	322.112.568	315.723.157	239.335.933	319.114.579	319.114.579	0	0,00
Totale Costi di Erogazione	729.908.183	707.735.287	562.332.957	722.834.662	737.461.571	14.626.908	2,02

Azienda Sanitaria Firenze

2

Vengono messi in evidenza gli scostamenti in termini di bollino giallo, rosso e verde per indicare se l'andamento aziendale è in negativo o positivo, con confronto alla previsione di chiusura rispetto al periodo temporale oggetto dell'analisi ed il budget assegnato. Inoltre, quali elementi di supporto al fine di tenere conto degli scostamenti viene altresì riportato il bilancio di esercizio precedente, ormai chiuso, ed il bilancio di previsione, quali elementi di riferimento certi ed elementi di raffronto.

In concreto: difficoltà e soluzioni adottate all'interno dell'Azienda Sanitaria n. 10, di Firenze nell'adozione delle direttive regionali.

Pare opportuno segnalare anche alcune difficoltà incontrate all'interno della nostra Azienda Sanitaria e le soluzioni adottate al fine di seguire l'indicazione regionale di implementazione degli ospedali per livelli di assistenza ospedaliera, c.d. *intensità di cura*.

L'introduzione (art.68 LRT 40/2005) di un **modello assistenziale ospedaliero per intensità di cura** ha determinato il superamento della tradizionale articolazione per reparti specialistici. Il nuovo assetto, incentrato su linee dotate di letti funzionali (o equivalenti), risponde ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale del paziente.

Ne consegue una **condivisione delle risorse tra gruppi diversi di clinici** e di conseguenza una separazione tra responsabilità gestionale orizzontale logistico-assistenziale e responsabilità verticale clinica specialistica.

In uno scenario organizzativo profondamente modificato, in assenza di un formale riconoscimento come assegnazione di budget della responsabilità orizzontale, **i direttori di ciascuna unità operativa specialistica** presente nei vari stabilimenti ospedalieri **restano titolari unici di budget**, anche se la loro attività viene ora distribuita in modo paritario ed integrato su più blocchi di degenza distinti.

Questo ha presupposto uno sforzo importante in relazione alla riorganizzazione aziendale con una conseguente implementazione dei vari centri di responsabilità, perché la matrice diventava più complicata e le unità operative venivano meramente ricondotte al ruolo di unità di degenza multidisciplinari, si è quindi tentato di mantenere il nucleo di svolgimento dell'attività come unità operativa e ciò per attuare quegli adempimenti ministeriali che ancora oggi si basano su un tipo di unità, per così dire, elementari.

Per riorganizzare l'attività abbiamo quindi pensato ad una serie di indicatori che anche dal punto di vista economico ci consentissero di avvicinarsi

in modo più aderente all'obiettivo, così prevedendo dei fattori di ribaltamento dei costi che consentono di passare dai c.d. "costi comuni", dove vengono registrate le attività ed i costi per l'intera area di degenza, rispetto ai posti letto occupati dalle singole unità operative (quali per esempio le chirurgie, piuttosto che quelli occupati con l'attività ambulatoriale).

In conclusione, si è cercato di trasformare quello che potrebbe risultare un mero adempimento burocratico, ovvero l'elaborazione e la trasmissione del Modello C.E. alla Regione, in una *cartina tornasole* di un processo di monitoraggio, già vivo in azienda.

Il Conto Annuale del Personale

Arianna Tognini

Direttore del dipartimento risorse umane ASL 10 Firenze.

Il Conto annuale è composto da una serie di flussi informatici raccolti tutti gli anni attraverso il sistema di rilevazione della ragioneria dello Stato, propedeutici alla predisposizione di ulteriori atti da parte della Corte dei Conti.

Per avere un'idea del valore del conto annuale possiamo paragonare il conto annuale ad una fotografia della fine dell'anno dello stato delle consistenze numeriche e dei costi economici dell'esercizio dell'azienda per quanto concerne il personale.

L'obiettivo principale di questo coacervo di dati è quello di consentire una programmazione e una rigorosa gestione delle risorse economiche relative al costo del personale.

La leva del personale è senz'altro una delle più rilevanti in azienda, basti pensare a quanto vale il personale in relazione ai costi complessivi dell'Azienda: circa 1/4 (30-40% in percentuale) delle voci di bilancio è riconducibile ai costi del personale. I riferimenti normativi alla base dell'istituto in esame si trovano agli artt. 58 e ss. Del D. Lgs 165/2001.

Finalità e funzioni del Conto annuale.

Circa 10.000 istituzioni di tutto il territorio nazionale sono oggi impegnate nella rilevazione del conto annuale. È quindi comprensibile la quantità dei dati inviati a Roma proprio in questi giorni

Il conto annuale ha una valenza importante innanzitutto per la Corte dei Conti la quale deve predisporre la relazione annuale, in relazione al costo del personale, da presentare al Parlamento; serve altresì al Governo per definire le azioni di definizione, razionalizzazione e stabilizzazione della spesa pubblica.

Inoltre il Conto annuale assume rilievo anche per l'A.R.A.N. che si occupa di contrattazione nazionale, al fine di stabilire quali siano le evoluzioni delle attribuzioni di fatto dei dipendenti pubblici.

Infine ha una valenza statistica in quanto leggendo i dati contenuti nel conto annuale ben si riconoscono quei dati fisici dando una vera e propria

fotografia del lavoro all'interno della pubblica amministrazione: dalla stratificazione anagrafica di distribuzione del lavoro (l'età media dei lavoratori), alla suddivisione di genere (quante donne impiegate lavorano all'interno della P.A. e che mansioni svolgono), nonché le consistenze numeriche dei vari professionisti che prestano la loro opera, ciascuno per l'attività di competenza, al lavoro nelle P.A..

I direttori del personale hanno, nell'esercizio delle proprie funzioni, due grandi fari, al fine della corretta gestione delle risorse umane: il primo è un obiettivo prevalentemente numerico ed un obiettivo economico. Ponendo l'attenzione sulle parti di cui il conto annuale è composto è bene evidente come sia la prima parte che la seconda rispondano agli obiettivi predetti.

Alla prima parte si ritrovano i dati fisici (com'è composta l'azienda, il numero dei dipendenti, che tipi di contratto sono stati attivati) al fine di rispondere all'obiettivo di razionalizzazione delle risorse umane. Da ciò ne deriva che per aziende sanitarie sottoposte a piani di rientro, il turnover è assolutamente escluso, le altre sono, ad oggi, il turnover è sottoposto a rigidi limiti del 50% per le professioni sanitarie e del 25% per quelle tecnico-amministrative. Confrontando i dati tecnici acquisiti di anno in anno si può fare un bilancio dell'incremento dell'organico o no. Tale dato, tuttavia non sarà significativo se non accompagnato dall'aspetto più economico rappresentato dal costo del lavoro. L'obiettivo perseguito a livello nazionale è quello di non permettere che il costo del personale superi il costo del 2004, ridotto del 1,4% al netto dei rinnovi contrattuali.

La seconda parte del conto annuale mostra il costo del lavoro e della **contrattazione integrativa**. È interessante notare come la contrattazione integrativa sia una parte importante del conto annuale.

Prima dell'ultimo Patto di Stabilità i fondi contrattuali non potevano subire variazioni. Con il Patto di Stabilità, D. L. n. 78 art. 9 co. 2, è stato stabilito che i fondi non possano superare il valore complessivo dei fondi così come risultava nell'anno 2010 ma debbano essere proporzionalmente ridotti, rispetto alle persone che si sono allontanate dall'amministrazione.

Il sunto di un anno di lavoro è contenuto nel conto annuale ma la presa diretta della gestione del personale viene fatta di mese in mese attraverso il collegamento con i dati che vengono trasmessi per il C.E., sempre in termini di costi e contabilità delle teste del personale, ovvero i movimenti di entrata e di uscita del personale al fine anche di programmare nuove assunzioni.

Il Tavolo tecnico degli adempimenti ministeriali: sostenibilità economica del sistema

Maria Chiara Innocenti

Direttore amministrativo ASL 10 Firenze.

Il Tavolo degli adempimenti è il luogo dove tutte le Regioni vengono convocate e per l'analisi degli andamenti di natura economica ed altresì per la programmazione sanitaria. Il Tavolo tecnico fornisce alle Regioni le indicazioni sulla documentazione necessaria da produrre per accedere ai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Una volta ottenuta tutta la documentazione, il Tavolo procede all'esame istruttorio e informa le Regioni delle criticità riscontrate per consentirgli eventuali integrazioni correttive. Vengono poi valutati i risultati di gestione al quarto trimestre, acquisiti anche i risultati delle certificazioni svolte dal Comitato Lea e acquisito il supporto tecnico di Aifa e Consip. Gli esiti sono riferiti al Tavolo politico.

Composizione.

È composto dai Dirigenti Generali del Ministero della Salute e dal Dirigente Generale del Ministero delle Finanze, nonché dai Presidenti delle Regioni del territorio nazionale.

I presidenti delle Regioni e i Dirigenti Generali, dei due Ministeri, prefissano e stabiliscono gli obiettivi di politica sanitaria da perseguirsi per un triennio.

Finalità.

Tra gli obiettivi del Tavolo degli adempimenti, costituito nel 2002, vi è quello di monitorare il costo della sanità (il quale rappresenta circa l'80% del bilancio regionale - per la Regione Toscana si parla di 6.000.000.000 di Euro), attraverso un'attenta programmazione sanitaria ed in ottemperanza del Patto della Salute del 2009.

Gli obiettivi perseguiti, oltre a quelli di economato, investono anche la programmazione di prevenzione sanitaria ospedaliera di tutto il territorio nazionale.

Per quanto concerne la Regione Toscana tali obiettivi sono esplicitati anche

dall'assessorato e rilevati attraverso l'Istituto del Sant'Anna (ove si parla dei numeri di posti letto, del tasso di occupazione e degli ospice sul territorio al fine di ridurre quelli che sono i ricoveri).

Vi sono quindi una serie di obiettivi verificati **trimestralmente** dal Ministero della Salute.

Per tale ragione, tutti i dati sanitari ed economici, vengono inviati, rispettivamente, e al Ministero della Salute, per ciò che concerne l'aspetto strettamente sanitario (assistenza, posti letto etc. etc.), e al Ministero delle finanze, in relazione ai costi del sistema sanitario e alle sue politiche da attuarsi ed attuabili.

Sotto il profilo sanitario tutte le regioni inoltrano i flussi sanitari in loro possesso (i dati riguardanti i ricoveri, la farmaceutica, le prestazioni ambulatoriali) al Ministero della Salute, il quale analizza tali dati alla luce degli obiettivi sanciti dal Patto della Salute.

Sotto il profilo economico le Aziende sanitarie svolgono un ruolo fondamentale in quanto sono tenute, mensilmente, ad inviare il C.E. alla Regione che a sua volta lo inoltrerà al Ministero dell'Economia, trimestralmente ed unitamente al C.E. accentrato, ovvero il C.E. della gestione sanitaria accentrata, ovvero di tutte le strutture sanitarie utilizzate dall'Assessorato. Viene formulato un "consolidato", seguendo i criteri di consolidamento volti ad escludere le compensazioni infrazionali ed al fine di inviare al Ministero solo quelle extraregionali.

I Ministeri pertanto elaborano trimestralmente i dati a loro inviati e compiono un'approfondita analisi in relazione a tutte le numerosi componenti comprese all'interno del Patto della Salute, così valutando il grado di raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario.

Il C.E. del IV trimestre è senza dubbio quello più ostico, dato l'avvicinarsi della chiusura del bilancio. Difatti con l'avvicinarsi del IV trimestre scattano i primi **commissariamenti**. Le Regioni in piano di rientro, vivono momenti di grande sofferenza: infatti se si rileva che il C.E. regionale, il bilancio regionale, non riesce a coprire i costi, vengono dati 30 giorni, nominato quale commissario *ad acta* il Presidente della Regione inadempiente e la Regione è tenuta a presentare un **piano di rientro triennale**. Il ministero della Salute obbliga la regione inadempiente a riallinearsi con gli indicatori del Patto di Stabilità, il che comporta spesso una consistente revisione dell'assistenza sanitaria. Tale revisione si può realizzare solo attraverso copiose e susseguenti delibere di Giunta volte a giustificare determinate manovre (che spesso si concretizzano in chiusure di strutture ospeda-

liere o nel blocco delle assunzioni), con la conseguenza che tutto ciò va ad impattare negativamente sulla qualità dei servizi di assistenza sanitaria da garantire al cittadino.

Le Regioni che non si trovano in piano di rientro godono di un più ampio potere decisionale circa la riorganizzazione dell'attività in ambito sanitario, in quanto il Ministero non è costretto ad intervenire su per il ripristino di determinati obiettivi, a volte imponendo manovre non sempre benefiche per l'assetto sanitario-aziendale.

La Regione Toscana è una delle poche regioni che non hanno subito piani di rientro, nonostante la presenza di alcuni punti di debolezza.

Il Modello P.I.S.A. e le sue applicazioni

Giovanni Cappietti

Presidente del Collegio Sindacale ASL 8 di Arezzo.

L'applicativo web P.I.S.A. (acronimo di Progetto Informatico per i Sindaci A.S.L.) deve essere utilizzato, già dal 2002, per compilare i verbali delle adunanze dei Collegi Sindacali di tutte le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e le aziende ospedaliero-universitarie.

Sono ancora esclusi gli istituti di ricerca a carattere scientifico.

L'obiettivo del P.I.S.A. è quello di razionalizzare, schematizzare e dare sistematicità ai verbali delle adunanze per consentire a «livello centrale» di ottenere omogenei dati di confronto.

Il Libro della Adunanze.

La problematica più comune, circa il P.I.S.A., è senz'altro scaturita dal libro delle adunanze, disciplinato con Legge Regionale n. 40 del 24 Febbraio 2005, all'art. 41, in combinazione con gli articoli del Codice Civile, ed in particolare l'art. 2441 c.c..

All'Art. 41 della L.R. viene disposto che il Collegio debba tenere un libro delle adunanze e delle deliberazioni, in cui verbalizza lo svolgimento di ogni seduta, annotando i controlli eseguiti e registrando i risultati delle verifiche e degli accertamenti compiuti; i verbali di ogni seduta sono sottoscritti dai componenti del Collegio e sono conservati negli atti del medesimo senza obbligo di trasmissione alla Giunta Regionale; nell'ambito delle proprie funzioni di vigilanza, la Giunta Regionale può comunque richiedere al Collegio la trasmissione dei verbali.

Fasi del libro delle Adunanze. Elementi pratici del Libro delle Adunanze.

Le due fasi principali del libro delle adunanze: Verbalizzazione e Conservazione.

I. Verbalizzazione: è obbligatoria in forma principale attraverso il P.I.S.A. Infatti ogni verbalizzazione deve, oramai avvenire tramite questo strumento.

Per quanto concerne la numerazione dei verbali occorre far presente che vi sono due tipi di numerazione: una nei confronti del M.E.F., un protocollo che il sistema consegna ogni volta che si procede all'invio del verbale e una numerazione interna di verbale, annuale, che poi viene riportata anche all'interno del P.I.S.A.

Occorre rilevare che il verbale viene sottoscritto con tutti i suoi allegati.

II. Conservazione: dapprima aveva solo forma di conservazione cartacea presso le segreterie dei Collegi, oggi, con l'evoluzione informatica, si esplica nell'attività di protocollazione e la trasmissione on-line al M.E.F. È importante precisare che la formulazione del libro non si esaurisce con la sottoscrizione dello stesso, all'uopo occorre che venga messa in atto un'altra operazione, ovvero quella di numerazione delle pagine componenti il libro. Infatti, il P.I.S.A. permette la numerazione di ogni singolo verbale con il limite di consentire l'inserimento solo di certi tipi di reportistica e così fungendo da verbale principale ma non esclusivo. Per tale motivo l'integrazione di allegati all'interno del verbale di adunanza diviene fondamentale, poiché solo in tale maniera possono diventare parte integrante del P.I.S.A. stesso. Occorre pertanto numerare progressivamente, e manualmente, le pagine del libro delle adunanze cosicché dal verbale risulti non solo la sessione di adunanza vera e propria ma anche gli allegati esaminati e sottoscritti, in sede di adunanza, da parte del Collegio. Per allegati si intende tutti gli atti esaminati direttamente dal Collegio e non gli atti che hanno origine esterna, quali le delibere.

Il verbale deve essere poi inviato al MEF attraverso l'applicativo P.I.S.A. che con l'opzione "Trasmissione" permette anche la stampa cartacea completa delle firme dei Sindaci. È consigliabile che la conservazione cartacea dei singoli verbali del Collegio, avvenga **annualmente**, attraverso una conservazione, con fascicolazione a libro. La ragione della annualità rispetto alla ultrannualità, prevista per la durata del Collegio, deriva dalla valenza annuale degli atti deliberativi, che fungono da struttura principale delle adunanze stesse.

In questo caso il libro deve contenere la dicitura *«il presente verbale del Collegio Sindacale dell'azienda _____ si compone di n. _____ pagine numerate progressivamente dalla n. _____ alla n. _____ Firma del Presidente»*.

La raccolta del libro è a cura del Presidente il quale attesterà, per quella annualità, di quante pagine è composto il Libro.

Il fascicolo delle adunanze.

Occorre compiere un distinguo tra il Libro ed i verbali del Collegio Sindacale ed il **fascicolo delle adunanze**.

Prassi vuole che ad ogni adunanza del Collegio venga aperto un fascicolo contenente tutti gli atti ed i documenti del lavoro sulle cui basi verrà, poi, predisposto il verbale. Tale verbale ha una rilevanza esterna in quanto verrà trasmesso al M.E.F., alla Direzione Generale e alla Regione. Il fascicolo, invece, rimane interno al Collegio ed i suoi atti sono coperti dal principio di segretezza. Gli atti del Collegio, infatti, non possono essere trasmessi a nessun altro organo aziendale, se non il Verbale.

I moduli.

Il P.I.S.A. è composto quindi da una serie di moduli che ci danno un'analisi guidata delle verifiche. Tra i moduli ritroviamo: il Verbale del Collegio Sindacale, il Bilancio Preventivo, il Bilancio di esercizio, la Contrattazione integrativa, l'Ispezione e il controllo individuale, la verifica di cassa, la verifica di cassa economale, la verifica di cassa ticket, la verifica di farmacia e la verifica di reparto.

Le segreterie dovrebbero invitare il Collegio ad inserire all'ordine del giorno, almeno una volta l'anno, tutte le verifiche previste. Una per tutte, e forse la meno usata, la verifica di reparto.

Il verbale delle Adunanze.

Per certi aspetti, ci tiene molto stretti a degli schemi molto forti. Andremo ad analizzare almeno i dati essenziali e minimi richiesti per poi vedere come certe esigenze, anche del Collegio, possano essere soddisfatte.

Tra i contenuti essenziali vi sono tutte le comunicazioni e le informazioni che il Collegio vuole esporre alla Direzione aziendale, alla Regione o ai Ministeri. Ogni tipo di richiesta di chiarimento, denuncia, osservazione devono essere verbalizzati e riportati nella struttura del P.I.S.A. poiché questo è il verbale indirizzato al Direttore Generale.

I criteri di campionamento per la scelta degli atti oggetto di esame. Una circolare del M.E.F. del maggio 2011 esortava tutti i componenti i Collegi a non effettuare un controllo totale sugli atti deliberativi, bensì **a campione**. Il campionamento deve comunque essere **motivato**: nella parte iniziale del P.I.S.A. occorre pertanto specificare il criterio logico, sistematico con il quale vengono scelte le delibere soggette a controllo a campione.

I contenuti predisposti dal P.I.S.A.

Il P.I.S.A. fornisce una linea guida circa gli atti da esaminare e sugli esiti ad essi ricollegabili attraverso una precisa predisposizione dei contenuti.

Tali contenuti investono i singoli atti deliberativi o dirigenziali che il Collegio esamina, con la precisa indicazione di eventuali chiarimenti o rilievi. E' anche predisposta una parte relativa all'esame di chiarimenti forniti dall'azienda.

Gli allegati del P.I.S.A.

Per ovviare all'estrema sinteticità schematica del P.I.S.A. è permesso inoltre di allegare dei files (word o pdf), senza limiti di numero, che possono riguardare sia documenti specifici che ulteriori verbalizzazioni del Collegio, e che non trovano spazio all'interno del verbale principale, così come predisposto.

Alcuni allegati risultano necessari: la relazione trimestrale, la verifica contabile, le verbalizzazioni di carattere «straordinario» che richiedano una lunga esposizione oltre a quanto previsto nello schema predefinito del P.I.S.A..

Altri tipi di allegati, invece possono risultare dalle esigenze specifiche del Collegio. Il Collegio che vuole esporre in maniera analitica la sua attività deve redigere un verbale *ad hoc* il quale diventerà un allegato del prospetto P.I.S.A..

Da ciò ne deriva che lo schema P.I.S.A. funge da ossatura principale di un applicativo più ampio dove gli allegati diventano essenziali allo scopo del P.I.S.A. stesso. Pertanto anche tali allegati dovranno essere trasmessi, conservati e numerati così come il P.I.S.A., essendo parte integrante di quest'ultimo.

Rapporto tra revisione legale e controllo amministrativo

Marco Mainardi

Professore di Economia Aziendale

presso la Facoltà di Economia dell'Università degli studi di Firenze

La Revisione legale dei conti.

La Revisione in parola è disciplinata dal D. Lgs. n. 39 del 27 gennaio 2010, e concerne la revisione dei conti annuali e dei conti consolidati, nel recepimento, ai sensi dell'art. 1, co. 1, della Legge n. 88 del 7 luglio 2009 (Legge Comunitaria 2008), la direttiva 2006/43/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 maggio 2006 “*relativa alle revisioni legali dei conti annuali e dei conti consolidati, che modifica le direttive 78/660/CEE e 83/349/CEE del Consiglio e abroga la direttiva 84/253/CEE del Consiglio*”.

Il D. Lgs. n. 39/2010 riforma (modificando o abrogando) la disciplina previgente.

E' tradizionalmente intesa come l'espressione di un giudizio professionale circa l'attendibilità delle dichiarazioni di bilancio, effettuate secondo principi di revisione contabile prestabiliti, nel rappresentare la situazione patrimoniale, finanziaria ed il risultato economico dell'azienda.

I principi della Revisione contabile.

Quanto poc'anzi affermato evidenzia la necessità di utilizzare dei precisi e prestatuiti principi di revisione contabile.

Tra i principi utilizzati nell'operazione in parola ritroviamo **il principio ISA 200** che è il punto di partenza per la comprensione della revisione contabile svolta in conformità ai principi di revisione. Tale principio espone gli scopi, la natura, la portata e gli obiettivi generali della revisione contabile, altresì indica gli obiettivi generali del revisore e le sue responsabilità.

La revisione contabile ha la **finalità di accrescere il livello di fiducia degli utilizzatori** mediante l'espressione di un giudizio sul fatto che il bilancio sia redatto in tutti gli aspetti significativi ed in conformità al quadro normativo sull'informazione finanziaria.

La revisione contabile svolta in **conformità ai principi di revisione e ai principi etici applicabili** aiuta il revisore nella formazione di tale giudizio.

Obiettivi generali del revisore.

Per poter esprimere un giudizio se il bilancio sia redatto, in tutti gli aspetti significativi, in conformità al quadro normativo sull'informazione finanziaria applicabile, il revisore deve acquisire una ragionevole sicurezza che il bilancio nel suo complesso non contenga errori significativi, dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali. Deve emettere una relazione sul bilancio ed effettuare comunicazioni come richiesto dai principi di revisione, in conformità ai risultati ottenuti.

Il controllo amministrativo. Focus: l'art. 2403 c.c.

Il Collegio Sindacale vigila sull'osservanza della legge e dello statuto, sul rispetto dei principi di corretta amministrazione ed in particolare sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile adottato dalla società circa il suo concreto funzionamento.

Pertanto il potere di vigilanza del revisore si esplica:

- nell'osservanza della legge e dello statuto;
- nel rispetto dei principi di corretta amministrazione;
- nell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile adottato dall'azienda e nel concreto funzionamento, in ordine al bilancio e alla relazione sulla gestione.

All'uopo corrono in aiuto le norme di comportamento del collegio sindacale emesse dal CNDCEC (testo in vigore dal 1.1.2012).

La **vigilanza sull'osservanza della legge e dello statuto** consiste nel verificare la conformità degli atti sociali e delle deliberazioni degli organi sociali, alle leggi e alle disposizioni statutarie e nel verificare che la struttura organizzativa e le procedure interne siano idonee a garantire che la società operi in conformità alle norme di legge e di statuto.

Il controllo si intende circoscritto alle norme che concretamente, con riferimento alla struttura e alle attività della società, possano essere ritenute critiche in ragione del rischio che il loro mancato rispetto possa comportare agli interessi della società.

La **vigilanza sul rispetto dei principi di corretta amministrazione** consiste nella verifica della conformità delle scelte di gestione ai **generali criteri di razionalità economica**. In particolare, nel verificare che gli amministra-

tori non compiano operazioni:
estranee all'oggetto sociale,
in conflitto d'interessi con la società,
manifestamente imprudenti o azzardate e che possano compromettere l'integrità del patrimonio sociale, volte a prevaricare o modificare i diritti attribuiti dalla legge o dallo statuto ai singoli soci.

La **vigilanza sull'assetto organizzativo, amministrativo e contabile adottato dalla società e sul concreto funzionamento** consiste nel verificare la conformità dell'organizzazione alle dimensioni della società, alla natura e modalità di perseguimento dell'oggetto sociale; l'organigramma aziendale con chiara identificazione delle linee di responsabilità; che la direzione dell'azienda sia effettivamente esercitata dagli amministratori; la documentazione di direttive e procedure aziendali e la loro effettiva conoscenza; il personale con adeguata competenza a svolgere le funzioni assegnate; l'adeguatezza del sistema dei controlli interni al fine di garantire l'attendibilità delle informazioni contabili.

La **vigilanza in ordine al bilancio d'esercizio ed alla relazione della gestione** consiste nel verificare la rispondenza del bilancio ai fatti e alle informazioni di cui il Collegio Sindacale è a conoscenza a seguito della partecipazione alle riunioni degli organi sociali, dell'esercizio dei suoi doveri di vigilanza e dei suoi poteri di ispezione e controllo.

Gli amministratori hanno il compito di vigilare sull'osservanza delle norme inerenti alla redazione, approvazione e pubblicazione del bilancio. Spetta invece **al revisore** la vigilanza sulle impostazioni date al bilancio (controllo sintetico-complessivo).

Rapporti tra Collegio e Revisore.

Ai sensi dell'art. 2409-septies c.c. il collegio sindacale e i soggetti incaricati della revisione legale dei conti si scambiano tempestivamente le informazioni rilevanti per l'espletamento dei relativi compiti.

I rapporti tra il revisore e altri attori del sistema dei controlli (responsabili delle attività di *governance*).

In definitiva, se l'attività del collegio sindacale come controllo contabile, è sganciata dall'applicazione dei principi di revisione, ciò sta a significare che tale attività non costituisce una revisione contabile (in tal senso il modello P.I.S.A. di relazione al bilancio consuntivo che si riferisce esclusivamente alla norme di comportamento).

La formazione del Bilancio di previsione annuale

Lorenzo Pescini

Dirigente del dipartimento diritto alla salute della Regione Toscana.

La L.R. 40 del 2005 all'art. 120 disciplina il Bilancio pluriennale di previsione e statuisce che il bilancio pluriennale venga adottato in conformità allo schema approvato dalla Giunta Regionale sulla base delle indicazioni fornite dal piano sanitario e sociale integrato regionale, recependone le priorità.

Il bilancio pluriennale espone i dati economici previsionali distinti per esercizio derivanti dall'attuazione del piano ed a giustificazione del medesimo; al bilancio pluriennale è allegato il piano degli investimenti, che definisce le iniziative da intraprendere e ne quantifica le spese con l'indicazione delle relative modalità di finanziamento per ciascun esercizio.

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

Il bilancio pluriennale è corredato da una nota illustrativa e da una relazione del Direttore Generale; la nota illustrativa esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione; la relazione del direttore evidenzia i collegamenti con gli obiettivi del piano attuativo.

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

Perché il documento ha scarso valore segnaletico?

Il bilancio preventivo economico annuale disaggrega la proiezione economica del bilancio pluriennale in relazione alle funzioni ed ai servizi da svolgere, all'articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria o ai progetti indicati dal piano attuativo, in modo da evidenziare gli specifici apporti alla formazione delle singole poste previste dal bilancio pluriennale per il primo esercizio del periodo considerato.

Il bilancio preventivo economico annuale mette in separata evidenza i servizi socio- assistenziali ed è predisposto in conformità allo schema previsto dalla normativa statale vigente in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico- finanziaria. La Giunta Regionale può integrare lo schema di bilancio preventivo economico annuale impartendo ulteriori e più dettagliate indicazioni.

Il D. Lgs. 118/2011 all'art. 25 nella parte dedicata alle Aziende Sanitarie prevede che il bilancio preventivo economico annuale è corredato da una nota illustrativa, dal **piano degli investimenti**, che anno dopo anno sta acquisendo una sempre maggiore importanza, e da una relazione redatta dal Direttore Generale. La nota illustrativa esplicita i criteri impiegati nell'elaborazione del bilancio preventivo economico annuale; la relazione del Direttore Generale evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali; il piano degli investimenti definisce gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalità di finanziamento. Il bilancio preventivo economico annuale deve essere corredato dalla relazione del Collegio Sindacale.

La composizione.

Ai sensi dell'art. 121 della L.R. 40/2005 il bilancio preventivo economico annuale è composto:

- a) dal conto economico preventivo;
- b) da un piano di flussi di cassa mensilizzati;
- c) dal piano annuale degli investimenti dettagliato, in coerenza con il piano pluriennale degli investimenti di cui all'articolo 120.

Il bilancio preventivo economico annuale è altresì corredato:

- a) dal conto economico dettagliato secondo il modello di rilevazione del conto economico delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (modello CE) previsto a livello nazionale;
- b) da una nota illustrativa che esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione;
- c) da una relazione del Direttore Generale che evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali;
- d) dalla relazione del Collegio Sindacale.
- e) dal budget generale dell'azienda.

Il c.d. “bilancio autorizzatorio” (art. 121).

Le aziende sanitarie possono contrarre obbligazioni giuridiche, nel corso

dell'esercizio, nel limite complessivo di tutti i costi relativi alle stesse iscritti nel bilancio preventivo economico annuale.

Il superamento del limite di cui al co. 5, può avvenire nel corso dell'esercizio solo nel caso siano preventivamente accertati maggiori ricavi provenienti da risorse nazionali o regionali aggiuntive e comunque nei limiti degli stessi, ovvero a condizione che sussista copertura in maggiori ricavi da iscrivere nel bilancio di esercizio dell'azienda e che sia fornita congrua motivazione in sede di monitoraggio sull'andamento economico della gestione aziendale, di cui all'articolo 121 bis.

Le risorse iscrivibili.

Le risorse da iscriversi, prima all'interno del bilancio di previsione poi nel modello CE comprendono:

- la Prima assegnazione;
- le Assegnazioni successive;
- le Pre-assegnazioni da Verballi;
- i Contributi ancora non assegnati a copertura di costi considerati dall'azienda "incomprimibili" e "improcrastinabili" (es. Elisoccorso) - salvo diversa indicazione regionale.

Il piano investimenti.

Il Direttore Generale può utilizzare risorse correnti per la realizzazione di investimenti nel limite tassativo previsto nel piano annuale degli investimenti allegato al bilancio di previsione.

L'ammortamento del d. lgs. 118/11 (art. 29 co. 1).

A partire dall'esercizio 2016 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione; per gli esercizi dal 2012 al 2015 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati applicando le seguenti percentuali per esercizio di acquisizione: 1) esercizio di acquisizione 2012: per il 20% del loro valore nel 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016; 2) esercizio di acquisizione 2013: per il 40% del loro valore nel 2013, 2014; per il 20% nel 2015; 3) esercizio di acquisizione 2014: per il 60% del loro valore nel 2014; per il 40% nel 2015; 4) esercizio di acquisizione 2015: per l'80% del loro valore nel 2015; per il 20% nel 2016.

Il problema della completezza delle risorse.

L'attenzione si deve quindi focalizzare e sulla corretta quantificazione dei Contributi da assegnare, e sulla fattibilità del Piano gestionale e anche sul monitoraggio del grado di realizzazione del Piano gestionale, nonché sulle modalità di copertura della eventuale Perdita strutturale (piano gestionale con azioni crash o incremento Contributi).

Il piano investimenti – art. 121 e l'ammortamento del D. Lgs. 118/11 (art. 29 co. 1).

Il Direttore Generale può utilizzare risorse correnti per la realizzazione di investimenti nel limite tassativo previsto nel piano annuale degli investimenti di cui al co. 3, lettera c).

A partire dall'esercizio 2016 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione.

Per gli esercizi dal 2012 al 2015 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati applicando le seguenti percentuali per esercizio di acquisizione: 1) esercizio di acquisizione 2012: per il 20% del loro valore nel 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016; 2) esercizio di acquisizione 2013: per il 40% del loro valore nel 2013, 2014; per il 20% nel 2015; 3) esercizio di acquisizione 2014: per il 60% del loro valore nel 2014; per il 40% nel 2015; 4) esercizio di acquisizione 2015: per l'80% del loro valore nel 2015; per il 20% nel 2016;

Il monitoraggio ed il modello CE.

L'art. 121 bis tratta del monitoraggio sull'andamento economico delle gestioni aziendali. Per la salvaguardia dell'equilibrio economico complessivo del sistema sanitario regionale, la Regione effettua trimestralmente, attraverso i modelli CE regolarmente inviati dalle aziende tramite il sistema informativo regionale, il monitoraggio sull'andamento delle gestioni aziendali nel corso dell'esercizio e sul rispetto dei vincoli di cui all'articolo 121, commi 5, 6 e 7.

Il modello CE 2013: “Forma e Sostanza”.

Annuale: Bilancio di Previsione aggiornato ai fini autorizzatori

Periodico: Monitoraggio Economico: il grado di realizzazione del “Piano gestionale”.

Nel corso dell'anno il periodico "annualizzato" deve avvicinarsi sempre più all'annuale, facendo emergere l'eventuale perdita strutturale.

Il sistema budgetario (art. 126).

Le aziende sanitarie adottano il sistema budgetario come metodologia per la formazione del loro piano attuativo e come strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative di realizzazione del piano.

Il sistema budgetario è costituito da documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio o a periodi più circoscritti, definiscono, per i diversi ambiti di attività e per le specifiche responsabilità gestionali, gli obiettivi da perseguire e le risorse a tal fine disponibili, e ne verificano i risultati raggiunti sulla base di documenti consuntivi.

Sulla base dei budget settoriali e parziali, come definiti dal co. 2, è predisposto il budget generale dell'azienda che, con riguardo all'intero esercizio, rappresenta i costi ed i ricavi riferibili alle articolazioni funzionali ed organizzative dell'azienda. Con specifico regolamento e nel rispetto delle direttive eventualmente impartite dalla Giunta regionale, l'azienda sanitaria disciplina le procedure, le competenze ed i criteri per la formazione dei budget, definisce gli strumenti di controllo e verifica sulla loro attuazione. Con riferimento alle attività di assistenza sanitaria territoriale, socio-sanitaria e assistenziale, quando attribuita all'azienda sanitaria, sono definiti specifici budget di ambito territoriale corrispondente alle zone-distretto.

Il budget generale dell'azienda sanitaria è allegato al bilancio annuale di previsione.

Il piano sanitario e sociale integrato regionale può prevedere forme di budget la cui redazione è obbligatoria. Il budget di cui al co. 4 bis ha carattere obbligatorio.

Le scadenze.

All'art. 123 - Procedimento di adozione degli atti di bilancio.

Il Direttore Generale dell'azienda unità sanitaria locale, entro il 15 novembre, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, con allegata relazione del Collegio Sindacale, entro il 30 novembre alla Giunta Regionale ed alla conferenza aziendale dei Sindaci; la conferenza aziendale dei Sindaci, nei venti giorni successivi, rimette le proprie osservazioni alla Giunta Regionale; la Giunta Regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.

Il Direttore Generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, entro il 15 no-

vembre di ogni anno, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, alla Giunta Regionale con allegata la relazione del Collegio Sindacale, entro il 30 novembre di ogni anno; la Giunta Regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre. I bilanci di cui ai commi 1, 2 e 3, sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione entro sessanta giorni dalla data della loro approvazione.

Ordinatorie o perentorie?.

Il termine perentorio viene così detto, se un dato atto o una data attività devono essere compiuti entro il lasso temporale di scadenza del termine stesso; se il termine non viene rispettato, l'atto o l'attività, pur se eventualmente compiuta, risulta inutile, nel senso che non viene considerata utile ai fini di certi effetti favorevoli, con conseguente applicazione di sanzioni e produzione di effetti sfavorevoli. Questo perchè il termine perentorio obbliga in termini assoluti il compimento di un'attività in quel determinato lasso di tempo al fine di fornire certezza all'attività stessa.

Il termine ordinatorio invece, viene così detto se alla sua inosservanza, non sono previste sanzioni o effetti sfavorevoli. La funzione di questo termine è semplicemente quella di 'ordinare' un'attività amministrativa, indirizzandola verso determinate procedure ed esiti; perciò, il non rispetto del termine non comporta il verificarsi di decadenze e l'applicazione di sanzioni.

Normalmente, si parla di termine con carattere perentorio, quando la legge o lo stesso atto prevedano una decadenza; si parla invece di termine con carattere ordinatorio in tutti gli altri casi.

Se la legge, non si esprime in merito, la dottrina afferma unitamente che si considerano ordinatori i termini per l'emanazione di atti favorevoli, mentre si considerano perentori quelli previsti per gli atti a carattere sanzionatorio' pertanto nel caso in cui il termine non sia espresso come perentorio o ordinatorio, la qualificazione del termine dipende dall'esistenza o meno di sanzioni decadenziali.

L'istruttoria regionale e le check list (D.G.R. 366 del 20-5-13) – news.

La Giunta Regionale, in sede di approvazione degli atti di bilancio, qualora riscontri carenze documentali oppure ritenga necessaria la correzione, integrazione o modifica dei dati contenuti, assegna al Direttore Generale dell'azienda un termine non superiore a quindici giorni per effettuare le integrazioni o modifiche richieste, nonché l'eventuale riadozione del bilancio.

La formazione del Bilancio di esercizio

Carlo Milli

Direttore Amministrativo AOU Pisana.

Il Bilancio di Esercizio è l'insieme dei documenti che un'impresa deve redigere periodicamente, allo scopo di accertare in modo chiaro, veritiero e corretto la propria situazione patrimoniale e finanziaria, nonché il risultato economico dell'esercizio di riferimento.

La disciplina normativa di riferimento in tema di Bilancio di esercizio è composta dal:

- D. Lgs. 502/92 rubricato "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*" (art. 5 mod. D. Lgs. 229/99). Si adottano quindi degli schemi di bilancio ispirati a quelli in uso presso le aziende private e definito di concerto tra Ministero della Salute e M.E.F. nel quadro del processo di aziendalizzazione ed introduzione di logiche di controllo e responsabilizzazione sui risultati.

- L.R.T. 40/2005 (mod. L.R.T. 81/2012) agli artt. 122, dove si parla della "Composizione Bilancio", e art. 123 relativo al "Procedimento adozione"
- dal Codice Civile agli artt. 2423 e ss. per rimando della L. n. 40.

- alcuni e basilari principi Contabili R.T. (DGRT 1343/2004), infine il D. Lgs. 118/2011 che tratta delle "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli EELL e dei loro organismi – Principi contabili applicati al settore sanitario*" (artt. da 26 a 32).

Composizione, tempi e ruoli.

Il bilancio si compone essenzialmente di tre documenti, tra loro complementari e destinati ad integrarsi reciprocamente: lo stato patrimoniale, conto economico e nota integrativa.

Lo stato patrimoniale deve indicare la composizione quantitativa e qualitativa del patrimonio della società (attività e passività), enunciando, in colonne contrapposte, i valori attribuiti ai beni che costituiscono la parte attiva del patrimonio, poi il patrimonio netto e le passività.

Mentre lo stato patrimoniale indica, dunque, la situazione patrimoniale e finanziaria della società al termine dell'esercizio **il conto economico** rap-

presenta il risultato economico dell'esercizio, ossia l'utile realizzato o la perdita subita, corrispondente alla differenza tra i ricavi ed i costi dell'attività produttiva e tra i proventi e gli oneri di natura finanziaria.

La **nota integrativa**, il cui contenuto è fissato dall'art. 2427 c.c. e da numerose altre disposizioni, illustra e specifica le voci dello stato patrimoniale e del conto economico, fornendo, pertanto, una serie di informazioni "integrative" (criteri di valutazione, variazioni intervenute negli stessi, composizione delle principali voci, etc.) sulla situazione patrimoniale e finanziaria, sul risultato economico d'esercizio, etc. etc.. Costituisce parte integrante del bilancio.

Inoltre il Bilancio di esercizio è composto dalla relazione di gestione e dal rendiconto finanziario.

Entro il 15 di aprile di ogni anno il Direttore Generale deve adottare il bilancio, il quale viene trasmesso (comprensivo di relazione del C.S.) entro il 30 dello stesso mese alla Giunta Regionale, che lo approva entro il 31 maggio.

Il processo di formazione del Bilancio.

L'iter formativo per la redazione del bilancio di esercizio è l'atto finale di un articolato processo composto da quattro fasi principali che qui di seguito vengono riassunte:

1. la Rilevazione nei singoli conti dei valori sorti nel corso dell'esercizio: si rilevano pertanto gli accadimenti che hanno manifestazione nel corso del periodo amministrativo e ciò attraverso la preventiva e continuata registrazione degli eventi finanziari in Contabilità Generale.

2. L'attività di rilevazione dei valori di assestamento di fine esercizio. Tale attività si concretizza nell'integrazione e la rettifica, ovvero nell'assestamento, dei valori contabili registrati al fine di renderli conformi al principio di competenza economica e quello di prudenza (es. accantonamenti, rilevazioni di assestamento o di fine esercizio).

3. La verifica della quadratura contabile ed a tal fine si utilizza lo strumento definito "bilancio di verifica". Il bilancio di verifica riassume tutti i movimenti dare (+) e avere (-), nonché i saldi dei diversi conti movimentati. Il sistema quadra quando il totale dei movimenti dare (+) sarà uguale al totale dei movimenti avere (-); vale a dire, quando la sommatoria dei saldi sarà uguale a zero.

4. La Chiusura dei conti economici e patrimoniali nelle tavole di sintesi che consente di fare confluire i valori che rappresentano i saldi dei

conti nel conto economico e nello stato patrimoniale. Dopo avere verificato la quadratura contabile, si procede alla costruzione delle tavole di sintesi trasferendo i valori assestati nei prospetti di conto economico e di stato patrimoniale.

Le fasi conducono quindi alla determina del risultato di esercizio (utile o perdita) ed **alla redazione schemi ed allegati di Bilancio**, nonché alla costruzione del bilancio di esercizio stesso.

I principi di veridicità, chiarezza e correttezza.

Al comma 2 dell'art. 2423 del c.c. si legge che il *bilancio deve essere redatto con chiarezza e deve presentare in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria della società e il risultato economico dell'esercizio.*

La clausola generale della veridicità impone ai redattori del bilancio di rappresentare la reale situazione patrimoniale e finanziaria nonché l'efficienza economica dell'azienda.

L'ulteriore principio della correttezza, oltre e integrare il primo, attiene alle modalità di espressione dei valori stessi, i quali devono essere esposti nelle tavole di bilancio fedelmente e senza fuorvianza.

La rappresentazione veritiera e corretta riguarda il contenuto delle poste di bilancio. La correttezza consiste nella scelta del criterio di rilevazione e di riproduzione del valore.

La chiarezza riguarda le modalità di esposizione delle informazioni contenute nel bilancio le quali devono consentire la comprensione del documento contabile da parte dei destinatari.

L'informazione fornita ai destinatari deve essere completa e trasparente. Pertanto postulati del principio di chiarezza sono il rispetto degli schemi di Bilancio previsti dalla legge, il divieto di raggruppare le voci se ciò pregiudica la chiarezza e la significatività dell'informativa ed il divieto di compensazione fra partite.

Dalle Financial Assertion ai controlli sull'informativa di bilancio.

Ulteriori e consequenziali corollari dei principi sanciti dalla norma sopra riportata sono:

Esistenza e Occorrenza: ovvero le attività e le passività dello Stato patrimoniale devono essere reali. Gli eventi e/o le transazioni, riflessi nel conto economico, devono essere effettivamente avvenuti.

Valutazione e Misurazione: le attività e le passività devono essere valutate nel rispetto dei principi contabili di riferimento ed il valore deve essere

accuratamente determinato, nonché registrato nel pertinente periodo di competenza.

Completezza: tutte le attività e le passività e tutti gli eventi e/o le transazioni che hanno interessato l'Azienda nell'intero periodo devono formare oggetto di rilevazione in contabilità.

Diritti e obblighi: le attività e le passività di un'Azienda devono essere rappresentate in contabilità ed in bilancio se ed in quanto l'Azienda possiede dei diritti e/o degli obblighi su tali componenti patrimoniali.

Presentazione ed informativa: i dati contabili devono essere esposti in bilancio e/o accompagnati da adeguata informativa, nel rispetto delle regole di classificazione e descrizione previsti dai principi contabili e dalla normativa di legge e/o regolamentare applicabile.

Per ultimo, occorre tener presente che la qualità dell'informativa di Bilancio non è fatto circoscritto alle funzioni di Ragioneria, che la veridicità e la correttezza del Bilancio si determina in tutti i processi operativi aziendali e che i controlli sull'informativa di Bilancio sono parte integrante del più generale sistema di controllo interno.

La procedura informatizzata del Collegio: report, evoluzione e proposta di estensione

Irene Picchioni

Collaboratore amm.vo prof.le Esperto Asl 10 Firenze.

La procedura informatizzata del Collegio dell'Azienda Sanitaria di Firenze risale al 2010, anno in cui l'Azienda ha affrontato una complessa riorganizzazione dell'intero settore tecnico-amministrativo.

Tale riorganizzazione ha interessato molte strutture e modificato le assegnazioni di funzioni e risorse, sia umane che tecnologiche. L'Ufficio di Segreteria, anch'esso coinvolto, ha fatto fronte ai cambiamenti apportati attraverso diversi interventi.

Ad esempio nelle modalità di trasmissione dei dati e delle comunicazioni, così riscontrando notevoli benefici quali lo snellimento delle procedure, l'accelerazione dei tempi dei processi e la tracciabilità.

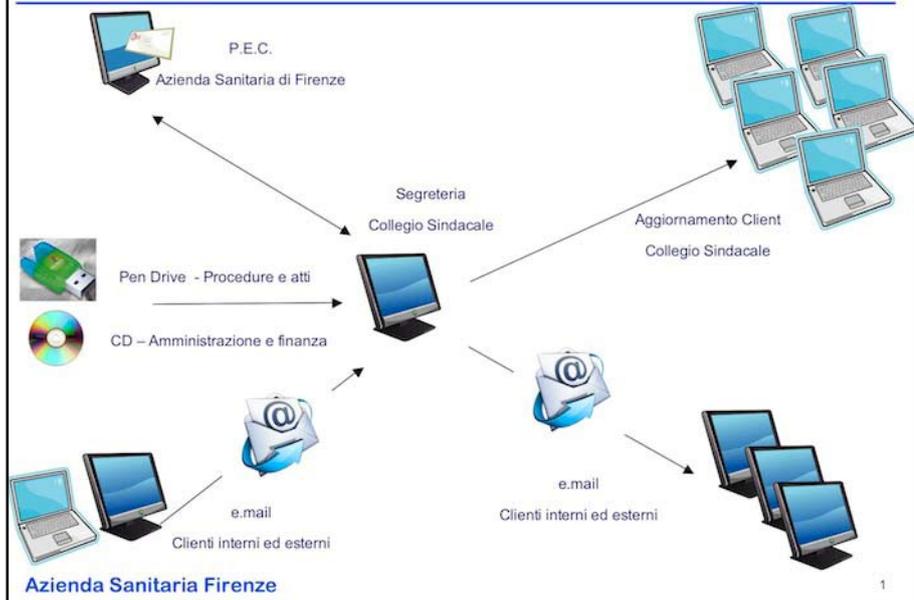
Al fine di rendere accessibile e immediata la ricerca, è stato introdotto il metodo della **dematerializzazione**: un archivio informatico ove si ritrovano tutte le varie cartelle, suddivise per anno e provviste di sottocartelle, ciascuna delle quali corrispondenti alle sedute del Collegio, ed al cui interno vengono salvati i documenti word e pdf di verbali, delibere, provvedimenti, richieste chiarimenti e relative risposte oltre che le cartelle riferite alle relazioni trimestrali e verifiche di cassa.

La procedura informatizzata prevede inoltre la preparazione della seduta, direttamente dal computer della segreteria, che controlla cinque pc portatili tramite l'aggiornamento client.

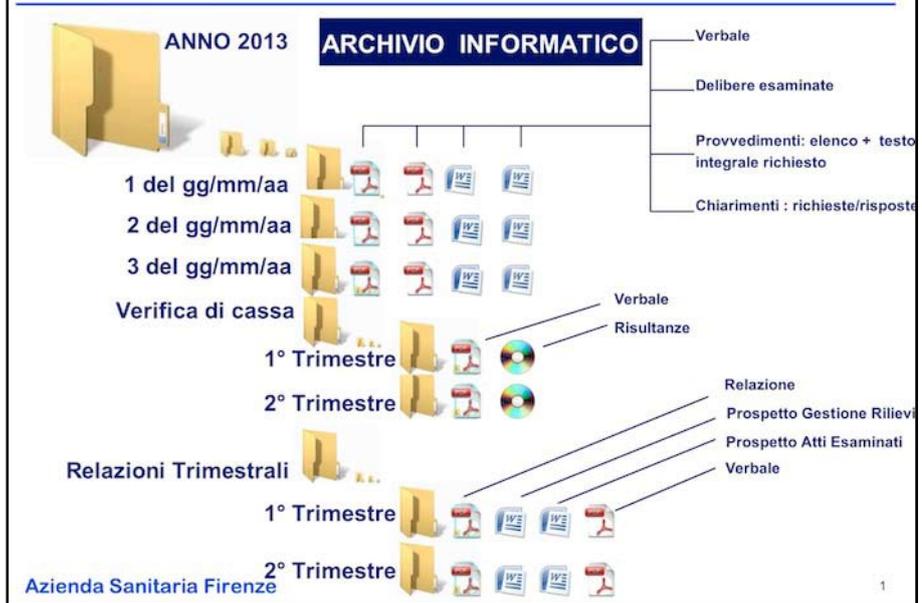
In ciascuno di essi vengono inseriti, in formato elettronico, le deliberazioni, gli elenchi dei provvedimenti delle strutture, i testi integrali di provvedimenti dei dirigenti richiesti dal Collegio e le varie comunicazioni che interessano.

Continuando in un'ottica di semplificazione sono stati ideati due prospetti, denominati "gestione rilievi" e "atti esaminati". Entrambi hanno una

Attuale Procedura



Attuale procedura



duplice funzione:

I. di attività di controllo. Fra tutte le funzioni e gli obblighi assegnati al Collegio Sindacale ve ne sono alcune per le quali la Segreteria può essere di supporto con un'attività di controllo. Di seguito vengono evidenziate in rosso le attività predette e spettanti alla segreteria mentre in giallo viene indicato il prospetto attraverso il quale viene garantito tale controllo.

Attuale procedura

Studio della normativa di riferimento finalizzato all'introduzione del sistema informatizzato

LRT 40 - Art. 42 - Funzioni Collegio Sindacale

c.2 - Tutti gli atti adottati dal Direttore Generale o su delega del medesimo, ad eccezione di quelli conseguenti ad atti già esecutivi, sono trasmessi al Collegio Sindacale entro 10 giorni dalla loro adozione; entro lo stesso termine gli atti sono pubblicati sull'Albo dell'Azienda Sanitaria. **e.mail**

c.3 - Il Collegio **entro il termine perentorio di 15 giorni dal ricevimento , formula e trasmette gli eventuali rilievi sull'atto ricevuto; e.mail/verbale se il Direttore ritiene di adeguarsi ai rilievi trasmessi, entro il termine di 10 giorni adotta i provvedimenti conseguenti, Prospetto atti esaminati** dandone immediata notizia al Collegio medesimo; in caso contrario, è tenuto comunque a motivare le proprie valutazioni ed a comunicarle al Collegio entro 7 gg. data rilievo; **Prospetto rilievi**

c.8 - Su tutti i controlli eseguiti il Collegio redige trimestralmente una relazione **Prospetto atti esaminati** **Prospetto rilievi** che è inviata al Direttore Generale e alla Giunta Regionale

Azienda Sanitaria Firenze 1

Il prospetto gestione rilievi non è altro che una semplice tabella che viene compilata, e quindi aggiornata, ad ogni seduta, nella quale si riportano in sintesi i rilievi formulati dal Collegio – semplicemente con funzione copia/incolla.

Il controllo avviene in quanto, nell'immediato e a colpo d'occhio, verificiamo lo stato dei sospesi e delle scadenze intese come rispetto dei tempi di risposta (7 giorni dalla data del rilievo).

L'altro prospetto – esame degli atti – viene anch'esso aggiornato ad ogni seduta e, usato in questo momento come scadenziario, permette di controllare la tempistica di un'eventuale adeguamento a rilievi (10 giorni). Anche in questo caso, come nel precedente, abbiamo nell'immediato, a vista, la situazione sotto controllo.

Report controllo scadenze

GESTIONE RILIEVI

VERBALE	RIFERIM. DELIBERA	STRUTTURA PROPONENTE	RILIEVO DATA	RISPOSTA SCADENZA
4 del 8.02.13	n. 40 del 24.01.2013	Affari Legali	Il Collegio chiede (7 gg)

Azienda Sanitaria Firenze

1

Report controllo scadenze

ESAME DEGLI ATTI

STRUTTURA PROPONENTE	N. ATTI TRASMESSI ED ESAMINATI	N. ATTI ESAMINATI CON RILIEVI DATA	N. ATTI MODIFICATI A SEGUITO DI RILIEVI DATA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA			
DIREZIONE SANITARIA			
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE E AFFARI GENERALI	3	1 (10 gg)
DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE E FINANZA			
DIPARTIMENTO EVIDENZA PUBBLICA			
DIPARTIMENTO RISORSE TECNICHE	1	1 (10 gg)
DIPARTIMENTO PREVENZIONE			
DIPARTIMENTO DEL FARMACO	1		

Azienda Sanitaria Firenze

1

II. di facilitazione nella redazione della relazione trimestrale.

L'immagine di seguito riportata raffigura il testo base che viene utilizzato nella redazione della relazione trimestrale.

Relazione Trimestrale

RELAZIONE TRIMESTRALE DEL COLLEGIO SINDACALE

1. **TENUTA DELLA CONTABILITA' E DEI REGISTRI, ADEMPIMENTI FISCALI E PREVIDENZIALI**

2. **VERIFICA E CONTROLLO SULLA COMPATIBILITA' DEI COSTI DEI FONDI CONTRATTUALI CON I VINCOLI DI BILANCIO**

3. **ESAME DEGLI ATTI**

« Ai sensi dell'art. 42, commi 2 e 6, L.R.T. n. 40/2005, sono sottoposti all'esame del Collegio Sindacale tutti gli atti adottati dal Direttore Generale o su delega del medesimo, ad eccezione di quelli conseguenti ad atti già esecutivi, i regolamenti in materia di contabilità e gli atti di bilancio. Si dà atto che gli atti adottati nel corso del trimestre di riferimento sono stati esaminati dal precedente Collegio. Si riportano di seguito i dati statistici predisposti e forniti dalla Segreteria degli Affari Generali: »

ESAME DEGLI ATTI

STRUTTURA «A»

Numero Atti trasmessi dal Direttore Generale

Numero atti esaminati

Numero atti osservati

Numero atti modificati

Commenti:

Con riferimento a deliberazioni aventi per oggetto, il Collegio

STRUTTURA «B»

Numero Atti trasmessi dal Direttore Generale

Numero atti esaminati

Numero atti osservati

Numero atti modificati

Commenti:

Con riferimento a deliberazioni aventi per oggetto, il Collegio

STRUTTURA «C»

Numero Atti trasmessi dal Direttore Generale

Numero atti esaminati

Numero atti osservati

Numero atti modificati

Commenti:

Con riferimento a deliberazioni aventi per oggetto, il Collegio

STRUTTURA «D»

Numero Atti trasmessi dal Direttore Generale

Numero atti esaminati

Numero atti osservati

Numero atti modificati

Commenti:

Con riferimento a deliberazioni aventi per oggetto, il Collegio

STRUTTURA «E»

Numero Atti trasmessi dal Direttore Generale

Numero atti esaminati

Azienda Sanitaria Firenze

10

L'intera parte viene sostituita dai due prospetti compilati, così come sopra.

A chiusura del trimestre, si chiudono i prospetti, si cancellano le date e tutto è pronto per essere allegato alla relazione, senza ulteriore ricerca o conteggio.

Questa procedura informatizzata è stata condivisa con alcune segreterie di Collegi già dal 2010 e già da allora rappresentava un'innovazione, anche per il solo fatto di eliminare l'utilizzo del materiale cartaceo. Rispetto al 2010 il metodo è stato perfezionato attraverso l'introduzione di nuove modalità di verbalizzazione da parte dei Collegi sindacali. Inoltre tale metodo ha fatto sì che fossimo già preparati all'introduzione dell'applicativo informatico P.I.S.A., grazie al quale è venuto meno l'obbligo di invio della documentazione cartacea alle Amministrazioni vigilanti. Pertanto la procedura informatizzata è andata perfettamente ad integrarsi con lo strumento P.I.S.A..

Allegato n. ... al verbale n. ...

RELAZIONE DEL COLLEGIO SINDACALE
(Art. 42, comma 8, L.R. 40/2005)
I TRIMESTRE 2013

1. TENUTA DELLA CONTABILITA' E DEI REGISTRI. ADEMPIMENTI FISCALI E PREVIDENZIALI
Nel trimestre in esame non è stata effettuata la verifica della contabilità dei registri e degli adempimenti fiscali e previdenziali.

2. VERIFICA E CONTROLLO SULLA COMPATIBILITA' DEI COSTI DEI FONDI CONTRATTUALI CON I VINCOLI DI BILANCIO
Nel trimestre di cui trattasi sono state assunte in materia le seguenti deliberazioni:

DELIBERAZIONE N. DEL

DELIBERAZIONE N. DEL

DELIBERAZIONE N. DEL

3. ESAME DEGLI ATTI
Nel corso del I trimestre 2013 sono stati esaminati gli atti di cui all'allegato n. 1) al presente verbale articolati per le singole strutture organizzative dell'Azienda. Sugli atti di cui sopra il Collegio ha formulato rilievi e richieste di chiarimenti riportati analiticamente nell'allegato n. 2 al presente verbale.

(Presidente del Collegio Sindacale)

Firme

ESAME DETERMINAZIONI SOTTOPOSTE A CONTROLLO

RISCONTRI ALLE RICHIESTE DI CHIARIMENTO FORMULATE NEI PRECEDENTI VERBALI

Ulteriori attività del collegio
Infine il collegio procede a:

Il Collegio approva, dopo averla esaminata su tutti gli aspetti, la relazione trimestrale al 31.3.2013 da inviare alla Regione Toscana in esecuzione a quanto previsto dall'art. 42 comma 8, della L.R. n. 40/2005.

La seduta viene tolta alle ore 12,30 previa redazione, lettura e sottoscrizione del presente verbale.

Riguardo a quanto sopra, si osserva che:

ELENCO FILE ALLEGATI AL DOCUMENTO

File allegato n° 1
<http://portal.mef.marsa.it/pda/Allegati/gestione%20Servizi%20Finanziari%202013>

File allegato n° 2
<http://portal.mef.marsa.it/pda/Allegati/RELAZIONE%20RILIEVI%20E%20RICHIESTE%20DI%20CHIARIMENTO>

In attuazione di tale procedura informatizzata, la segreteria è tenuta ad utilizzare gli schemi presenti dell'applicativo per la compilazione dei verbali e degli atti relativi alle funzioni di competenza del Collegio.

Per ciò che concerne la Relazione trimestrale, l'obbligo deriva dalla Legge Regionale Toscana n. 40 e non dal P.I.S.A. con la conseguenza che alcune segreterie predispongono la relazione e la inviano in Regione, altre utilizzano il modello P.I.S.A..

Se si sceglie la procedura del P.I.S.A. sia la relazione che il report diventano allegati al verbale.

A lato viene mostrato come risulta l'inserimento.

Qualunque strada si decida di percorrere rimane il fatto che i documenti, (quali il verbale, la relazione trimestrale, il prospetto gestione rilievi ed il prospetto degli atti esaminati) vanno a comporre un unico file in pdf che agevolmente viene inoltrato in Regione tramite e.mail.

Facendo un sunto dei vantaggi realmente ottenuti, possiamo ricondurli essenzialmente ad una migliore capacità di controllo e ad una più facile e snella procedura per la predisposizione della relazione trimestrale.

Riflessioni conclusive e chiusura del Corso

Antonio Sereni

Sullo slancio del successo che il Coordinamento ebbe a riportare con l'organizzazione del Convegno nazionale del 24 Maggio 2010 sulle "Funzioni dei Collegi sindacali delle Aziende sanitarie" che registrò un pienone memorabile nell'Auditorium del Consiglio regionale della Toscana, nel mese di Novembre dello stesso anno venne organizzato, per una sorta di processo di osmosi, il 1° Corso di aggiornamento riservato agli Addetti alle Segreterie dei Collegi sindacali motivandolo con l'esigenza di dare risalto alla specificità delle funzioni di supporto ai Collegi, sempre più assaliti da una overdose normativa senza precedenti che reclamava un'assistenza "dedicata" (aspetto questo che non tutte le Aziende sanitarie hanno compreso ritenendo, nella maggior parte dei casi, di garantire tale assistenza limitatamente alle sedute del Collegio).

Alcune Aziende ,poi, arrivarono anche ad eccepire sulla concessione del congedo straordinario per aggiornamento in quanto il Corso non era stato compreso nel piano annuale dell'aggiornamento previsto dalla normativa contrattuale.

Acqua sotto i ponti ne è passata ed ora che il tempo ha fatto giustizia di questi tabù e di questi fantasmi, il 2° Corso ha superato ogni difficoltà in quanto è stato ricondotto sotto la giurisdizione del Formas (il soggetto di emanazione regionale titolare della funzione della formazione in campo sanitario), fermo restando a cura del Coordinamento la progettazione, la scelta dei docenti e delle relazioni, il tutto in stretto raccordo e sintonia con il Formas stesso.

Nell'organizzare questo Corso l'obiettivo primario dichiarato è stato quello di elevarne il livello qualitativo passando dal mero approccio informativo (che fu la caratteristica del Corso del Novembre 2010) ad una impostazione che potesse combinare gli aspetti di analisi e di studio delle diverse tematiche con la pratica corrente delle attività quotidianamente svolte dalle Segreterie. Questo dosaggio è stato il filo conduttore del Corso e gli illustri Relatori che sono intervenuti fin dall'inizio condivisero l'impostazione e l'ampiezza delle tematiche da trattare.

Il livello del Corso ha oggettivamente varcato l'ambito delle sole Aziende sanitarie ed ha richiamato la presenza di molti dirigenti amministrativi delle stesse Aziende insieme a funzionari della Regione Toscana, di alcuni enti locali e di componenti di organismi sanitari regionali. E ciò a dimostrare che ove le iniziative puntino su elevati standard qualitativi l'efficacia di queste forme di elevazione del livello professionale degli operatori è assicurata (ed alla locuzione di "aggiornamento" abbiamo affiancato quella di "perfezionamento").

Le relazioni dei docenti hanno in realtà rappresentato quanto di meglio oggi si può sentire e leggere nelle materie trattate: dotte analisi e valutazioni sono andate a braccetto con le illustrazioni pratiche (quelle maggiormente gradite dagli operatori) e con le esemplificazioni di modelli e schemi da utilizzare.

Se si vuole ricercare un limite del Corso esso può individuarsi nel ridotto tempo del dibattito, forse dovuto alla naturale ritrosia dei Corsisti di intervenire in presenza di illustri relatori e della esaustività delle loro relazioni. In ogni caso con il pieno di cultura e pratica sanitaria fatto oggi, i Corsisti possono andare avanti tranquillamente..... fino al prossimo Corso e questa affermazione già di per sé costituisce un impegno della dirigenza del Coordinamento a farlo con continuità.

Alla positività dell'esito del Corso tutti hanno dato il loro contributo e perciò il mio ringraziamento non può evidenziare distinzioni di sorta.

Invio a tutti un cordiale saluto e, grazie alla sensibilità del mio Editore, metto a disposizione di ciascuno di voi, in omaggio, un volume (giunto alla seconda edizione) che spero sia gradito in quanto tratta della "Storia dell'assistenza sanitaria nel XX secolo: dalle Opere Pie alle Aziende sanitarie".

Ho così trovato anche il modo di farmi ricordare meglio quale Direttore di questo Corso. Grazie ancora.

Appendice documentale

REGIONE TOSCANA

Giunta Regionale

**Direzione Generale Diritto alla
Salute e Politiche di Solidarietà**

Settore Finanza, contabilità, controllo
e investimenti

Direttiva regionale sui Bilanci di Previsione 2014

Ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie della Toscana

Ai Direttori Generali degli ESTAV

Al Direttore Generale dell'ISPO

Al Direttore Generale della Fondazione Monasterio

Al Presidente del Collegio Sindacale

Oggetto: Bilancio di previsione 2014

La Sanità negli ultimi anni è stata interessata da diverse manovre finanziarie del Governo che hanno comportato e/o comporteranno riduzioni delle risorse complessivamente destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare:

- la Manovra Tremonti 2011 (art. 17 D.L. 98/2011) con una riduzione delle risorse a livello nazionale di 2.500 mln per il 2013 e di 5.450 mln per il 2014;
- la Manovra Spending Review 2012 (art. 15 D.L. 95/2012) con una riduzione delle risorse a livello nazionale di 900 mln per il 2012, di 1.800 mln per il 2013, di 2.000 mln per il 2014 e di 2.100 mln a decorrere dal 2015.
- la Legge di Stabilità 2013 (art. 1 comma 132 L. 228/2012) con una riduzione delle risorse a livello nazionale di 600 mln per il 2013 e di 1.000 mln a decorrere dal 2014.

Agli interventi sopra ricordati va aggiunto anche il trascinarsi degli effetti di manovre precedenti:

- L. 191/2009 con una riduzione di finanziamento di 466 mln a decorrere dal 2012;

- D.L. 78/2010 (art. 9 e art. 11) con un taglio di risorse pari a 1.732 mln a decorrere dal 2012;
- D.L. 98/2011 (reintroduzione ticket) con una riduzione di finanziamento di 834 mln a decorrere dal 2012.

L'impatto complessivo di queste manovre sulla Regione Toscana è stimabile in 516 mln per il 2013, 746 mln per il 2014 e 753 mln per il 2015.

Si evidenzia la crescita percentuale del FSN. I dati più consolidati riguardano gli anni fino al 2012. Gli anni dal 2013 al 2014 sono ancora considerati in proiezione sull'andamento dell'importo teorico calcolato sul Patto di Stabilità; per il 2013, infatti, non esiste ad oggi alcuna ipotesi di riparto del FSN tra le Regioni. Come si può evidenziare, per la prima volta nel 2013 le risorse per il SSN decrescono rispetto alle disponibilità dell'esercizio precedente; si osservi, inoltre, come il livello raggiunto per il 2014 sia comunque inferiore a quello del 2012.

Anno	FSN	Δ %
2009	103.483,80	-
2010	105.565,80	2,01
2011	106.905,30	1,27
2012	107.960,68	0,99
2013	107.009,00	-0,88
2014	107.901,00	0,83

L'andamento del FSN evidenzia una continua riduzione. Tale fenomeno si accentua a livello di Regione Toscana comportando pertanto una riduzione nell'accesso al fondo sanitario nazionale.

E' pertanto in conseguenza di questa incertezza sul quadro delle disponibilità finanziarie per il SSN, che **si ritiene prudentiale ed opportuno, per il 2014, mantenere invariato, rispetto al 2013 (che è bene ricordare è ancora oggi una stima), il livello delle risorse per il finanziamento della sanità toscana.**

-.-.-

In relazione al procedimento di adozione degli atti di bilancio, di cui all'art.123 della LRT 40/2005, si ritiene necessario fornire, anche per il 2014, alcune indicazioni utili per una corretta predisposizione dei documenti e per dare una complessiva coerenza di rappresentazione contabile a tutti i bilanci delle aziende sanitarie regionali.

Il Bilancio di previsione 2014 dovrà essere approvato tenendo conto delle risorse che al momento si può stimare saranno attribuite alla Toscana, in attesa del riparto tra le Regioni che avverrà nei prossimi mesi.

Per consentire tuttavia la predisposizione dei bilanci di previsione nei tempi previsti dalla normativa regionale e, soprattutto, al fine di definire una adeguata programmazione che dovrà trovare applicazione fin dall'inizio del nuovo anno, in attesa della relativa formalizzazione con Delibera di Giunta Regionale, questo Assessorato autorizza le Aziende ad iscrivere nei propri bilanci come contributi regionali indistinti per l'anno 2014 gli importi indicati nella presente circolare.

1. RICAVI

In considerazione dell'imminente approvazione del nuovo PISSR è stato deciso di determinare l'assegnazione iniziale in misura pari a quanto già assegnato nel 2013, salvo poi congruare nel corso dell'anno al momento delle future ulteriori assegnazioni, le eventuali differenze che scaturiranno con l'applicazione dei nuovi criteri del PISSR.

Per l'anno 2014 i contributi in c/esercizio Fondo Sanitario Indistinto che le Aziende sono quindi autorizzate ad iscrivere nel bilancio di previsione, sono quelli risultanti dalla tabella seguente:

AZIENDE	2014
1 (Massa e Carr.)	354.325.000,07
2 (Lucca)	343.719.885,81
3 (Pistoia)	432.048.311,12
4 (Prato)	357.801.263,33
5 (Pisa)	488.624.930,34
6 (Livorno)	541.637.796,13
7 (Siena)	411.747.065,88
8 (Arezzo)	518.623.121,69
9 (Grosseto)	360.338.917,95
10 (Firenze)	1.247.271.825,30
11 (Empoli)	341.034.350,40
12(Viareggio)	244.719.112,28
TOT. UU.SS.LL.	5.641.891.580,32
A.O. Pisana	121.494.289,43
A.O. Senese	48.811.208,02
A.O. Careggi	160.684.346,06
A.O. Meyer	22.105.156,49
TOT AO	353.095.000,00
ISPO	6.159.500,00
Monasterio	12.086.200,00
TOTALE REGIONE	6.013.232.280,32
ESTAV CE	21.413.000,00
ESTAV NO	20.482.000,00
ESTAV SE	15.582.000,00
TOTALE ESTAV	57.477.000,00

1.1. Contributi vincolati e finalizzati regionali

Il bilancio di previsione dovrà contenere unicamente i contributi vincolati e finalizzati (e solo i loro relativi costi) che vi sono già stati anticipati per email che sono da considerarsi una prima parziale ripartizione delle risorse finalizzate complessive disponibili.

La ripartizione degli residui contributi finalizzati avverrà in tempi non compatibili con la redazione del bilancio di previsione (dove, di conseguenza non vengono iscritti). La loro previsione nel modello CE potrà avvenire solo dopo apposita comunicazione regionale.

Si ricorda che la rilevazione contabile dei finanziamenti finalizzati, a partire dal 2012, deve essere effettuata secondo quanto indicato dal D.lgs. 118/2011 e relativo Decreto Ministeriale sulla certificabilità del 17/9/12.

1.2. Ticket

Per una corretta esposizione in Bilancio al fine di rispettare il principio del divieto di compensazioni di partite economiche (costo ricavo) si ricorda che il ticket relativo alle prestazioni erogate da strutture convenzionate deve essere sempre allocato all'interno della macrovoce "Compartecipazione alla spesa sanitaria – ticket" e mai portato in diminuzione del costo della relativa convenzione. Tale corretta allocazione consente un controllo più puntuale con i flussi relativi alla specialistica. La medesima modalità deve essere applicata per il ticket sui farmaci: nella voce costi deve essere inserito la spesa al lordo del ticket e quest'ultimo deve essere registrato nella voce "Compartecipazione alla spesa sanitaria – ticket per farmaci"

2. COSTI

2.1. Personale

Si confermano le indicazioni fornite con le linee guida per il bilancio di previsione 2014, tenuto conto che, nell'ambito della proposta di legge collegata alla finanziaria per il 2014, vengono confermate le previsioni già contenute nelle leggi finanziarie regionali degli anni precedenti in merito alle misure di contenimento della spesa per il personale.

Pertanto, anche per l'anno 2014, gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale dovranno procedere all'adozione di misure per il contenimento della spesa per il personale idonee a garantire che la spesa stessa non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. A tale fine si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro

flessibile o con convenzioni. Ai fini dell'applicazione delle predette disposizioni, le spese per il personale sono considerate al netto:

- a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;
- b) per l'anno 2014, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004.

Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia l'anno 2014, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2.2. Spese di funzionamento

Per quanto riguarda le spese di funzionamento ex L.122/2010, LRT 65/2010 e DGR 81/2012, sono confermati gli obiettivi di contenimento dei costi di funzionamento (-5% rispetto al 2009), e in particolare di alcuni costi specificamente individuati:

- Spese per il conferimento di incarichi di studio e consulenza (-80% rispetto al 2009);
- Relazioni pubbliche, convegni, mostre e pubblicità e rappresentanza (-80% rispetto al 2009);
- Missioni in Italia e all'Estero (-50% rispetto al 2009);
- Formazione (-50% rispetto al 2009);
- Acquisto, manutenzione, noleggio ed esercizio di autovetture, nonché acquisto di buoni taxi (-80% rispetto al 2009) .

2.3. Farmaceutica

Fermo restando i risparmi previsti dalla normativa vigente, sia regionale che nazionale, gli obiettivi economici concernenti i costi per prodotti farmaceutici, per la convenzionata, per i presidi sanitari e per la protesica saranno a breve determinati ed immediatamente comunicati alle singole aziende, in ragione delle politiche regionali e degli andamenti nazionali e di mercato.

2.4. Libera professione intramoenia

Per quanto riguarda la libera professione intramoenia, si ribadisce che tale attività dovrà continuare ad essere organizzata, per quanto riguarda gli aspetti contabili ed amministrativi, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, ivi compreso quanto disposto dalla DGRT. n. 888/2008 e DGRT n. 743/2011. Tutto ciò in attesa delle nuove disposizioni regionali rispetto alle innovazioni introdotte dal Decreto Legge n. 158/2012.

Si rileva la necessità di predisporre apposita contabilità separata e di monitorare regolarmente la corretta gestione degli incassi. Le tariffe dovranno essere aggiornate con la normativa regionale vigente. E' in corso di revisione a livello regionale l'intero processo per la manutenzione ed il monitoraggio delle conformità circa il rispetto degli accordi regionali.

Si richiede di allegare al Bilancio di previsione 2014 un prospetto di natura extra contabile per la rilevazione dell'attività erogata in Libera Professione Intramoenia. **(Allegato A)**

3. FLUSSI DI CASSA E TEMPI DI PAGAMENTO

La programmazione dell'attività 2014 deve essere accompagnata da una coerente programmazione dei flussi di cassa. I Direttori Generali delle aziende sanitarie, degli ESTAV, dell'ISPO e della Fondazione Monasterio sono pertanto chiamati a monitorare in modo costante i flussi di cassa aziendali mediante la compilazione dell'apposito prospetto definito e validato nel 2007.

Il prospetto in oggetto, relativo alla previsione dei flussi di cassa per l'anno 2014, deve essere allegato al bilancio preventivo economico 2014 per essere poi mensilmente aggiornato con i dati a consuntivo e con la correzione delle previsioni. Si ricorda che i dati a consuntivo devono coincidere con quelli risultanti in contabilità e gli stessi devono essere trimestralmente riconciliati con i saldi risultanti all'Istituto Tesoriere. La riconciliazione tra dati contabili e dati dell'Istituto Tesoriere deve essere trasmessa trimestralmente agli Uffici regionali ai fini dei relativi controlli. Obiettivo prioritario della Regione è quello di garantire agli ESTAV la necessaria liquidità per far fronte ai pagamenti ai fornitori nei termini contrattualmente previsti. Il rispetto dei tempi di pagamento continua

infatti ad essere uno dei principali obiettivi da perseguire anche per l'anno 2014. I Direttori Generali delle aziende sanitarie e degli ESTAV sono tenuti pertanto a monitorare il rispetto di detti tempi trasmettendo trimestralmente agli uffici regionali la situazione debitoria ed i pagamenti effettuati nel trimestre di riferimento seguendo le indicazioni formalmente fornite con nota regionale.

Si richiede alle Aziende Sanitarie inoltre:

- a) l'utilizzo massimo dell'anticipazione ordinaria. Tale utilizzo sarà oggetto di rinnovato monitoraggio mensile centralizzato;
- b) la garanzia che i tempi di pagamento ad ESTAV siano in linea con i tempi medi di pagamento nei confronti degli altri fornitori. Anche tale equilibrio sarà monitorato a livello centralizzato nel corso dell'anno.

4. MOBILITA'

Per semplicità contabile, si chiede di inserire nel bilancio di previsione 2014 gli importi della mobilità ufficiale comunicata per il bilancio 2012 riassunti nell'**Allegato B**.

Con successiva comunicazione saranno date indicazioni su eventuali variazioni rispetto a quanto già in essere in relazione a:

- Tetti da utilizzare;
- Quali flussi/DRG da considerarsi al di fuori di tali tetti.

Ricordiamo peraltro che le disposizioni sui tetti di attività possono essere superati comunque mediante specifici accordi di Area Vasta o tra singole aziende.

5. FLUSSI

E' necessario provvedere ad una corretta identificazione dei cittadini affinché, in particolare, le prestazioni erogate in mobilità attiva sia intraregionale che infraregionale possano essere riconosciute e compensate. Si ribadisce altresì la necessità di effettuare opportune analisi sulle "fughe"

al fine di mettere in atto tutte le azioni necessarie ad un loro recupero e di darne evidenza durante gli incontri infra-annuali di monitoraggio .

Gli eventuali errori sui flussi facenti parti del debito informativo verso il Ministero delle Finanze, secondo le disposizioni di cui all'art.50 d.lgs 269/2003 e successive modificazioni e integrazioni, e verso NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute) comporteranno una riduzione sul fondo assegnato alle Aziende sanitarie. Particolare attenzione verrà posta al flusso della specialistica ambulatoriale per il quale sarà oggetto di valutazione il numero di ricette risultanti errate (flagtot=2) a seguito della validazione regionale, e agli indicatori pubblicati nella piattaforma Infoview alla voce "Reportistica per le aziende".

6. ESTAV

I Bilanci degli ESTAV sono soggetti ai medesimi indirizzi dati alle aziende sanitarie.

Per la poter correttamente redigere i bilanci di previsione, gli ESTAV dovranno aver definiti con le aziende della area vasta la programmazione di attività 2014 tali accordi dovranno essere allegati nei bilanci degli ESTAV e nei rispettivi bilanci delle aziende sanitarie e trovare corrispondenza nelle previsioni.

7. VINCOLI DI SPESA e PRINCIPI CONTABILI

In relazione agli esistenti vincoli di spesa sulle singole voci di costo ed alle corrette modalità di rappresentazione in bilancio, in attesa di quanto verrà stabilito nella Legge Regionale Finanziaria 2014 nonché nel collegato alla stessa recante misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria a cui evidentemente le aziende dovranno attenersi, si richiede il rispetto dei principi già contenuti nelle varie normative sull'argomento sia a livello regionale che a livello nazionale. Si ricordano tra l'altro:

- L.R. 81/12 (Finanziaria 2013) artt. 1, 2, 3
- L.R. 66/11 (Finanziaria 2012) art. 121 122 e 124
- D.L. 95/12 convertito in L. 135/12 (Spending Review) art. 15

- D.Lgs. 118/11 (Nuovi Principi Contabili per Sanità) artt. 29 e seguenti
- Decreto Ministeriale “Balduzzi” (sulla certificabilità) del 17/9/12.

8. CERTIFICAZIONI DEI BILANCI

Nel corso del 2014 dovrà proseguire il processo di certificazione dei bilanci aziendali.

9. PIANO INVESTIMENTI

Anche alla luce delle modifiche apportate nella registrazione degli ammortamenti dal D.Lgs. 118/11 particolare attenzione dovrà essere data ad una corretta programmazione degli investimenti, alla loro puntuale previsione nel documento allegato al bilancio di previsione (Piano annuale e triennale) ed all’assoluto rispetto di ciò. Nello specifico si ricorda che le aziende per poter effettuare investimenti in mancanza di finanziamenti esterni specifici dovranno rispettare i seguenti parametri:

- Mantenimento dell’equilibrio economico (ovvero, dal momento che tali investimenti dovranno essere ammortizzati completamente nell’anno significa che a fronte di un euro di investimento in più deve essere previsto un euro di risparmio. Gli ulteriori investimenti “sul bilancio” si devono in altre parole coprire con ulteriori risparmi economici.
- Limite massimo degli investimenti in “autofinanziamento” è comunque pari al valore complessivo degli ammortamenti al netto delle sterilizzazioni e delle quote di mutuo rimborsate nel corso dell’anno.

I documenti da allegare al bilancio di previsione dovranno essere due:

9.1. Piano Analitico

E’ documento analogo ai reports di monitoraggio quadrimestrali. Tale report si dovrà riferire all’anno 2014.

Le aziende, utilizzando il modello di cui **all'allegato C**, dovranno individuare tutti gli interventi di investimento, sia strutturali che tecnologici, indicando:

- Codice regionale **(1)** ;
- Codice P.O. **(1 bis)**
- Descrizione intervento
- Costo complessivo **(2)** ;
- Importo eventualmente già speso al 15 novembre 2013**(3)**;
- Flussi di spesa previsti 2013 (dal 15/11 al 31/12), 2014-2015-2016 e oltre 2016 **(4)**;
- Coperture finanziarie **(5)**:
 - Finanziamenti Art. 20 (assegnati);
 - Finanziamenti regionali (assegnati);
 - Altri finanziamenti Statali (assegnati);
 - Altri finanziamenti regionali (assegnati); (specificando quali);
 - Altri finanziamenti (comprensivi di eventuale contributo privato);
 - Mutui già contratti;
 - Mutui da contrarre;
 - Autofinanziamento anni precedenti;
 - Autofinanziamento previsto (2014-2016);
 - Alienazioni/ Fondo di Anticipazione
 - Fabbisogno non coperto.

(1) Riportare il Codice Regionale esistente se si tratta di intervento già inserito nel monitoraggio regionale altrimenti riportare la dicitura "NUOVO".

Se l'intervento è il risultato di un accorpamento di interventi esistenti riportare la dicitura "ACCORP" seguito dai codici degli interventi originari. Se si tratta di suddivisione di un intervento esistente in

più interventi, per ciascun nuovo intervento riportare la dicitura “SUDDIV” seguita dal codice dell’intervento originario;

(Ibis) Riportare il codice del Presidio Ospedaliero o dei Presidi Ospedalieri ai quali fa riferimento l’intervento. I codici sono riportati nella tabella allegato C bis

(2) Per costo complessivo si intende l’intero costo dell’intervento originario e non il costo limitato al triennio di riferimento. Tale valore dovrà essere pari alla somma di tutte le fonti finanziarie e del Fabbisogno non coperto.

(3) Per la definizione dei flussi di spesa, essi si considerano effettivi:

- nel caso di opere (alla data di emissione del certificato di pagamento);
- nel caso di attrezzature (alla data del collaudo);
- nel caso di arredi (alla data della fornitura).

(4) L’importo relativo ai flussi 2013 (dal 15/11 al 31/12), 2014, 2015, 2016 e oltre 2016, sommato all’importo speso fino al 15/11/2013, dovrà coincidere con il Costo complessivo.

(5) Relativamente ai finanziamenti Regionali e Statali già assegnati, se l’Azienda intende modificare, in sede di Bilancio di Previsione, la corrispondenza tra finanziamento ed intervento rispetto a quanto risulta dagli atti regionali vigenti, contestualmente alla deliberazione aziendale di approvazione del Bilancio di previsione, dovrà essere presentata una ulteriore specifica deliberazione aziendale nella quale si esplicita la rimodulazione, indicando lo stato attuale e lo stato modificato e se ne richiede l’approvazione da parte della Giunta Regionale. La suddetta deliberazione dovrà inoltre contenere una relazione tecnico sanitaria che motiva e giustifica la rimodulazione richiesta.

Si ricorda che non è ammessa l’iscrizione di investimenti 2014 che manifestano un totale o parziale fabbisogno non coperto.

9.2. Piano Sintetico

E’ un documento che integra il documento di cui al punto precedente. Le aziende, utilizzando il modello di cui **all’allegato D**, esplicano le seguenti

voci, indicando gli importi per ciascuna voce e per ciascuna delle tre annualità 2014-2015-2016:

- *INVESTIMENTI*

- a. Fabbricati;
- b. Attrezzature sanitarie;
- c. Altri beni (mobili, arredi, HW, SW , automezzi etc)

- *COPERTURE*

- a. Autofinanziamento;
- b. Mutui;
- c. Contributi Stato;
- d. Contributi Regione;
- e. Altri contributi;
- f. Alienazioni;
- g. Fabbisogno non coperto.

Si ricorda che l'iscrizione di investimenti che manifestano un totale o parziale fabbisogno non coperto è accettata solo se legata ad esigenze tecnico-amministrative e comunque potranno riguardare solo ed esclusivamente annualità successive al 2014.

10. **RISULTATO DI ESERCIZIO**

Anche per il 2014 la Legge Finanziaria e il Patto per la Salute confermano gli obblighi posti a carico delle aziende e delle Regioni in merito al mantenimento del pareggio di bilancio del settore sanitario.

In particolare si ricordano gli obblighi a carico dei Direttori Generali relativamente alle certificazioni trimestrali di coerenza degli andamenti economici rispetto agli obiettivi assegnati, nonché l'obbligatorietà dell'assunzione di misure di riconduzione all'equilibrio della gestione ove si prospettino situazioni di allontanamento dall'equilibrio, pena la decadenza automatica del Direttore Generale.

Pertanto, il Bilancio di previsione dell'esercizio 2014 dovrà essere presentato in equilibrio e tale equilibrio dovrà essere necessariamente mantenuto in corso d'anno mediante apposite azioni di riconduzione al pareggio, ove necessario.

Ricordando la scadenza prevista dalla LRT 40/2005 per l'adozione del bilancio di previsione, si invitano pertanto i Direttori Generali a voler dare le opportune disposizioni in merito e a predisporre con la massima solerzia la **delibera di approvazione del Bilancio di previsione 2014** (composta dal bilancio, nota illustrativa e relazione del direttore generale), che dovrà essere immediatamente trasmessa a questo Settore, completa di tutti gli allegati, affinché entro il mese di Dicembre sia possibile provvedere alla loro approvazione da parte della Giunta Regionale. Inoltre, si richiede che sia effettuato l'inserimento dei dati provvisori del Modello CE annuale di previsione, entro e non oltre il **5 Dicembre prossimo**, in modo che sia possibile effettuare un primo esame della coerenza rispetto agli obiettivi della presente circolare.

Cordiali saluti

Il Dirigente responsabile

Lorenzo Pescini

Allegato A

PROSPETTO LIBERA PROFESSIONE	Preventivo 2014	Consuntivo 2012
RICAVI		
RICAVI PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI		
RICAVI PER RICOVERO IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE		
RICAVI PER ATTIVITA' PROFESSIONALI A PAGAMENTO SVOLTE SU RICHIESTA DI TERZI		
TOTALE RICAVI		
COSTI		
COSTI DEL PERSONALE		
ACQUISTO DI BENI SANITARI		
ACQUISTO DI BENI NON SANITARI		
ACQUISTO DI SERVIZI SANITARI		
ACQUISTO DI SERVIZI NON SANITARI		
COSTI PER GODIMENTO BENI DI TERZI		
AMMORTAMENTI		
IMPOSTE E TASSE		
TOTALE COSTI		
SALDO		
TOTALE VALORE PRESTAZIONI ALPI DA NOMENCLATORE TARIFFARIO		

Allegato B

ALLEGATO B COMPENSAZIONI BILANCIO PREVENTIVO 2014

COSTI DELLA PRODUZIONE

Prestazioni sanitarie in compensazione da aziende sanitarie toscane

voce CE 2014

mobilità intraregione

B.2.A.1.2.a	SS0471	da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) infra area vasta a compensazione	0,00
		da pubblico (ASL-AD, Policlinici della Regione) - extra area vasta di appartenenza a compensazione	0,00
B.2.A.2.2.a	SS0511	da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) infra area vasta a compensazione	0,00
		da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) - extra area vasta a compensazione	0,00
B.2.A.3.1.a	SS0541	da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) infra area vasta a compensazione	0,00
		da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) - extra area vasta a compensazione	0,00
B.2.A.3.2	BA0550	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0,00
B.2.A.4.1.a	SS0651	da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) infra area vasta a compensazione	0,00
		da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) - extra area vasta a compensazione	0,00
B.2.A.4.2	BA0560	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0,00
B.2.A.7.1.a	SS0811	da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) infra area vasta a compensazione	0,00
		da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) - extra area vasta a compensazione	0,00
B.2.A.7.2	BA0820	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0,00
B.2.A.9.1.a	SS0971	da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) infra area vasta a compensazione	0,00
		da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) - extra area vasta a compensazione	0,00
B.2.A.9.2	BA0980	da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	0,00
B.2.A.10.1.a	SS1041	da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) infra area vasta a compensazione	0,00
		da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) - extra area vasta a compensazione	0,00
B.2.A.12.1.a	SS1151	da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) infra area vasta a compensazione	0,00
		da pubblico (ASL-AD, IRCCS, Policlinici della Regione) - extra area vasta a compensazione	0,00
B.1.A.2.1	BA0080	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - infra area vasta - Mobilità intraregionale	0,00
		da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - extra area vasta - Mobilità intraregionale	0,00

mobilità extraregione

B.2.A.1.3.a	SS0481	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale a compensazione	0,00
B.2.A.2.3.a	SS0521	da pubblico (Extraregione) a compensazione	0,00
B.2.A.3.3.a	SS0561	da pubblico (Extraregione) a compensazione	0,00
B.2.A.7.3.a	SS0831	da pubblico (Extraregione) a compensazione	0,00
B.2.A.9.3.a	SS0991	da pubblico (Extraregione) a compensazione	0,00
B.2.A.10.3.a	SS1061	da pubblico (Extraregione) a compensazione	0,00
B.2.A.11.3.a	SS1121	da pubblico (Extraregione) a compensazione	0,00
B.1.A.2.2	BA0090	da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) Mobilità extraregionale	0,00

PLASMA CEDUTO E SERVIZIO DIAGNOSTICO NAT

voce CE 2014

A.5.C.2	AA0820	Rimborsi per acquisto beni da parte di Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00
B.1.A.9	BA0300	Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	0,00

ALLEGATO B COMPENSAZIONI BILANCIO PREVENTIVO 2014

VALORE DELLA PRODUZIONE

voce CE 2014

mobilità infraregione

A.4.A.1.1.a	RR0351	Prestazioni di ricovero in area vasta a compensazione	6.272.878,00
		Prestazioni di ricovero extra area vasta a compensazione	1.443.566,00
A.4.A.1.2.a	RR0361	Prestazioni di specialistica ambulatoriale in area vasta a compensazione	863.923,10
		Prestazioni di specialistica ambulatoriale extra area vasta a compensazione	149.944,00
A.4.A.1.4.a	RR0381	Prestazioni di File F in area vasta a compensazione	1.043.161,08
		Prestazioni di File F fuori area vasta a compensazione	45.161,71
A.4.A.1.5.a	RR0391	Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. Assistenziale in area vasta a compensazione	49.881,34
		Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. Assistenziale fuori area vasta a compensazione	20.392,43
A.4.A.1.6.a	RR0401	Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata in area vasta a compensazione	228.414,57
		Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata fuori area vasta a compensazione	119.808,13
A.4.A.1.7.a	RR0411	Prestazioni termali in area vasta a compensazione	7.155,56
		Prestazioni termali fuori area vasta a compensazione	912,16
A.4.A.1.9.a	RR0431	Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in area vasta a compensazione	1.501.107,93
		Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie fuori area vasta a compensazione	1.217.943,79
A.4.A.2	AA0440	(Ricavi per prestazioni sanitarie erogate a ISPD e FONDAZIONE G. MONASTERIO)	0,00

mobilità extraregione

A.4.A.3.1.a	RR0461	Prestazioni di ricovero	9.758.804,80
A.4.A.3.2.a	RR0471	Prestazioni ambulatoriali	2.409.501,19
A.4.A.3.4.a	RR0491	Prestazione di File F	294.008,23
A.4.A.3.5.a	RR0501	Prestazione servizi MMG, PLS, Contin assistenziale Extraregione	224.663,82
A.4.A.3.6.a	RR0511	Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata Extraregione	716.700,85
A.4.A.3.7.a	RR0521	Prestazioni termali Extraregione	38.493,86
A.4.A.3.9.a	RR0541	Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria Extraregione	210,00

Allegato C

					PREVISIONE FLUSSI				
codice regionale	codice PO	descrizione intervento	costo complessivo	Spesa effettiva al 15/11/2013	flussi 2013 (15/11-31/12)	flussi 2014	flussi 2015	flussi 2016	flussi oltre 2016
FINANZIAMENTI STATALI					FINANZIAMENTI REGIONALI				
Accordo di programma 16/04/2009 (art. 20/2007)	Accordo di Programma 08/03/2013 (art. 20/2008)	Altri finanziamenti Stato	Finanziamenti Regionali DGR 648/2008	Finanziamenti Regionali DGR 802/2008	Finanziamenti Regionali 2011-2013 (LR 65/2010)	Altri finanziamenti Regionali			
FINANZIAMENTI AZIENDALI									
Autofinanziamento Anni Precedenti	Autofinanziamento Previsto 2014-2016	Mutui contratti	Mutui da contrarre	Alienazioni / Fondo Anticipazioni	Altri finanziamenti Aziendali	Altri finanziamenti (comprensivi di eventuale contributo privato)	Fabbisogno non coperto (dal 2015)		

Allegato D

Azienda:
Piano Investimenti Aziendale 2014-2016

	2014	2015	2016	Totale
INVESTIMENTI				
a. Fabbricati;				0
b. Attrezzature sanitarie;				0
c. Altri beni (mobili, arredi, HW, SW, automezzi etc)				0
Totale	0	0	0	0
COPERTURE				
a. Autofinanziamento;				0
b. Mutui;				0
c. Contributi Stato;				0
d. Contributi Regione;				0
e. Altri contributi;				0
f. Alienazioni;				0
g. Fabbisogno non coperto.				0
Totale	0	0	0	0

Appendice normativa alla delibera regionale

LEGGE REGIONALE 27 dicembre 2012, n. 81 **Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria.**

-Modifiche alla l.r. 51/2009, alla l.r. 40/2005 e alla l.r. 8/2006.

Art. 1

Misure di contenimento della spesa per il personale delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

1. Gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale adottano misure di riduzione delle spese, in linea con le previsioni già contenute nella legge regionale 29 dicembre 2010, n. 65 (Legge finanziaria per l'anno 2011) e, in particolare, procedono all'adozione di misure per il contenimento della spesa per il personale che, in conformità a quanto sancito dall'articolo 2, comma 71, della legge 3 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2010"), nonché dall'articolo 17, comma 3, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 (Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e fermo restando quanto disposto dall'articolo 2, comma 73, della l. 191/2009, siano idonee a garantire che la spesa stessa non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento.

2. Al fine di cui al comma 1, si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

3. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al comma 2, le spese per il personale sono considerate al netto:

- a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;
- b) per l'anno 2013, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004.

4. Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse, sia per l'anno 2004, sia per l'anno 2013, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

Art. 2

Misure di contenimento della spesa inerente i contratti ed accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie dai soggetti accreditati

1. Fermo restando quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della

spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nonché dalle disposizioni di cui all'articolo 122, comma 3, della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l'anno 2012), le aziende sanitarie procedono alla rinegoziazione dei contratti e dei singoli accordi, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti accreditati per l'assistenza ospedaliera, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, al fine di pervenire ad una ulteriore riduzione dell'importo fino al 7 per cento.

2. Fermo restando quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 15, comma 14, del d.l. 95/2012, convertito dalla l. 135/2012, le aziende sanitarie procedono alla rinegoziazione dei contratti e dei singoli accordi, per l'acquisto di prestazioni sanitarie dai soggetti accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, al fine di pervenire ad una ulteriore riduzione dell'importo fino al 9 per cento.

3. Per quanto attiene ai contratti e agli accordi di cui al comma 2, la Giunta regionale formula, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, indirizzi alle aziende sanitarie per la definizione di un nuovo rapporto di collaborazione con i soggetti privati accreditati, al fine di garantire una maggiore appropriatezza, accessibilità e sostenibilità economica dei servizi.

Art. 3

Budget economici per la farmaceutica e i dispositivi medici

1. Fermi restando i principi di cui all'articolo 14 della l.r. 65/2010 e all'articolo 124 della l.r. 66/2011, tenuto conto delle ulteriori misure adottate di razionalizzazione del settore sia a livello locale che nazionale, e nel rispetto di quanto previsto dalla normativa statale, la Giunta regionale definisce, entro sessanta giorni dall'approvazione della presente legge, l'obiettivo di contenimento della spesa per l'anno 2013 per i farmaci e i dispositivi medici.

L.R. 66/11

Art. 121 – Misure di contenimento della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

1. Gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale adottano misure di riduzione delle spese, in linea con le previsioni già contenute nella l.r. 65/2010, ed in particolare procedono all'adozione di misure per il contenimento della spesa per il personale che, in conformità a quanto sancito dall'articolo 2, comma 71, della legge 3 dicembre 2009, n. 191. (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2010") e fermo restando quanto disposto dal comma 73 del medesimo articolo, siano idonee a garantire che la spesa stessa non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento.

2. Al fine di cui al comma 1, si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

3. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al comma 2, le spese per il personale

sono considerate al netto:

a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;

b) per l'anno 2012, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004.

4. Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia l'anno 2012, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

5. Per le finalità di cui al presente articolo, ed anche a fini compensativi fra aziende, sono favoriti accordi per la mobilità interaziendale del personale, anche tra aziende di area vasta diversa da quella di appartenenza.

Art. 122 - Innovazione, riorganizzazione e semplificazioni dei servizi

1. La Regione favorisce, l'innovazione, la riorganizzazione, la semplificazione e l'appropriatezza dei servizi ospedalieri, sia inerenti le attività di ricovero, sia inerenti la specialistica, e dei servizi territoriali, in particolare della residenzialità e dell'assistenza domiciliare, nonché dei servizi di riabilitazione e completa la riorganizzazione dei trasporti sanitari e socio-sanitari.

2. Nell'ambito degli obiettivi di innovazione, riorganizzazione, semplificazione e appropriatezza organizzativa, di cui al comma 1, in merito ai dipartimenti di prevenzione, sono promosse azioni orientate alla rivisitazione del fabbisogno, alla riconversione dell'offerta e all'introduzione di attività sperimentali, anche finalizzate alla semplificazione su scala regionale dei sistemi di qualità.

3. Fermo restando quanto previsto al comma 1, le necessarie iniziative in sede contrattuale e negoziale sono assunte nei limiti delle risorse disponibili e, comunque, non oltre la spesa sostenuta nell'anno 2010 per le singole iniziative, ridotta del 4 per cento.

Art. 124 - Budget economici farmaceutica e dispositivi medici

1. Al fine di garantire il generale principio di contenimento della spesa e di appropriatezza prescrittiva, la Regione definisce nell'ambito della programmazione dei costi degli enti ed aziende del servizio sanitario regionale, specifici budget economici per la farmaceutica ospedaliera e territoriale, nonché per i dispositivi medici.

2. Il rispetto dei budget economici di cui al comma 1, è considerato obiettivo vincolante e imprescindibile nell'ambito del sistema di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie.

3. Per i farmaci e i dispositivi medici l'obiettivo di contenimento della spesa per l'anno 2012, tenuto conto anche delle ottimizzazioni procedurali e prescrittive, di cui all'articolo 14 della l.r. 65/2010 è fissato in una percentuale pari al 7 per cento di riduzione della spesa relativa all'anno 2011.

4. I dispositivi medici che, nel corso di una gara espletata secondo la tipologia della procedura aperta, non sono stati offerti, pur possedendo i requisiti richiesti nel capitolato, non possono essere acquisiti dagli enti del servizio sanitario regionale con la modalità della

procedura negoziata nei due anni successivi alla data di aggiudicazione della procedura stessa.

5. I dispositivi medici di nuova introduzione sul mercato, che non si configurano come affiancamenti o sostituzioni alle stesse condizioni economiche di quelli originariamente aggiudicati, possono essere acquisiti dalle aziende sanitarie soltanto previa formale approvazione da parte della direzione sanitaria e generale della azienda sentito il parere della commissione per dispositivi medici aziendale o di area vasta, ove esistenti.

6. Nel perseguimento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva e standardizzazione dell'offerta, a parità di risultato terapeutico ed omogeneizzazione dei prodotti di consumo, la Regione disciplina le modalità per garantire ricerca, innovazione e sperimentazione dei nuovi prodotti, disciplinando i requisiti e le condizioni in presenza dei quali esse possono essere svolte.

D.L. 95/12 convertito in L. 135/12

Art. 15 - Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica

1. Ferma restando l'efficacia delle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari di cui all'articolo 2, commi da 75 a 96, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, l'efficienza nell'uso delle ((risorse destinate)) al settore sanitario e l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, si applicano le disposizioni di cui al presente articolo.

2. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, l'ulteriore sconto dovuto ((dalle farmacie)) convenzionate ai sensi del secondo periodo del comma 6 dell'articolo 11 del decreto-legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, e' rideterminato al valore del ((2,25 per cento)). Limitatamente al periodo decorrente dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2012, l'importo che le aziende farmaceutiche devono corrispondere alle Regioni ai sensi dell'ultimo periodo del comma 6 dell'articolo 11 del decreto-legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito dalla legge 30 luglio 2010 n. 122, e' rideterminato al valore del ((4,1 per cento)). Per l'anno 2012 l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, di cui all'articolo 5 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modificazioni, e' rideterminato nella misura del 13,1 per cento. ((In caso di sfioramento di tale tetto continuano ad applicarsi le vigenti

disposizioni in materia di ripiano di cui all'articolo 5 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222. A decorrere dal 1° gennaio 2013, l'attuale sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco e' sostituito da un nuovo metodo, definito con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base di un accordo tra le associazioni di categoria maggiormente

rappresentative e l'Agenzia italiana del farmaco per gli aspetti di competenza della medesima Agenzia, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, secondo i criteri stabiliti dal comma 6-bis dell'articolo 11 del decreto-legge 31 marzo 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. In caso di mancato accordo entro i termini di cui al periodo precedente, si provvede con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le Commissioni parlamentari competenti. Solo con l'entrata in vigore del nuovo metodo di remunerazione, cessano di avere efficacia le vigenti disposizioni che prevedono l'imposizione di sconti e trattenute su quanto dovuto alle farmacie per le erogazioni in regime di Servizio sanitario nazionale. La base di calcolo per definire il nuovo metodo di remunerazione e' riferita ai margini vigenti al 30 giugno 2012. In ogni caso dovra' essere garantita l'invarianza dei saldi di finanza pubblica.)

3. A decorrere dall'anno 2013 l'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, di cui all'articolo 5 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modificazioni, e' rideterminato nella misura dell'((11,35 per cento)) al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. In caso di sfioramento di tale tetto continuano ad applicarsi le vigenti disposizioni in materia di ripiano di cui all'articolo 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222. A decorrere dall'anno 2013, gli eventuali importi derivanti dalla procedura di ripiano sono assegnati alle regioni, per il 25%, in proporzione allo sfioramento del tetto registrato nelle singole regioni e, per il residuo 75%, in base alla quota di accesso delle singole regioni al riparto della quota indistinta delle disponibilita' finanziarie per il Servizio sanitario nazionale.

4. A decorrere dall'anno 2013 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e' rideterminato nella misura del ((3,5 per cento)) e si applicano le disposizioni dei commi da 5 a 10.

5. Il tetto di cui al comma 4 e' calcolato al netto della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, nonche' al netto della spesa per i vaccini, per i medicinali di cui alle lettere c) e c-bis) dell'articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e successive modificazioni, per le preparazioni magistrali e officinali effettuate nelle farmacie ospedaliere, per i medicinali esteri e per i plasmaderivati di produzione regionale.

6. La spesa farmaceutica ospedaliera e' calcolata al netto delle seguenti somme:

a) somme versate dalle aziende farmaceutiche, per i consumi in ambito ospedaliero, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera g) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 e successive disposizioni di proroga, a fronte della sospensione, nei loro confronti, della riduzione del 5 per cento dei prezzi dei farmaci di cui alla deliberazione del Consiglio di amministrazione dell'AIFA n. 26 del 27 settembre 2006, pubblicata nella Gazzetta

Ufficiale della Repubblica italiana del 29 settembre 2006, n. 227;

b) somme restituite dalle aziende farmaceutiche alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano a seguito del superamento del limite massimo di spesa fissato per il medicinale, in sede di contrattazione del prezzo ai sensi dell'articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni;

c) somme restituite dalle aziende farmaceutiche, anche sotto forma di extra-sconti, alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata (payment by results, risk sharing e cost sharing) sottoscritte in sede di contrattazione del prezzo del medicinale ai sensi dell'articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 26, e successive modificazioni.

7. A decorrere dall'anno 2013, e' posta a carico delle aziende farmaceutiche una quota pari al 50 per cento dell'eventuale superamento del tetto di spesa a livello nazionale di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, come modificato dal comma 4 del presente articolo. Il restante 50 per cento dell'intero disavanzo a livello nazionale e' a carico delle sole regioni nelle quali e' superato il tetto di spesa regionale, in proporzione ai rispettivi disavanzi; non e' tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

8. Ai fini dell'attuazione di quanto previsto dal primo periodo del comma 7 si applicano le disposizioni seguenti:

a) l'AIFA attribuisce a ciascuna azienda titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio di farmaci, in via provvisoria entro il 31 marzo di ogni anno ed in via definitiva entro il 30 settembre successivo, un budget annuale calcolato sulla base degli acquisti di medicinali da parte delle strutture pubbliche, relativi agli ultimi dodici mesi per i quali sono disponibili i dati, distintamente per i farmaci equivalenti e per i farmaci ancora coperti da brevetto; dal calcolo sono detratte le somme di cui al comma 6 restituite dall'azienda al Servizio sanitario nazionale ((e quelle restituite)) in applicazione delle lettere g), h) e i); dal calcolo e' altresì detratto il valore, definito sulla base dei dati dell'anno precedente, della minore spesa prevedibilmente conseguibile nell'anno per il quale e' effettuata l'attribuzione del budget, a seguito delle scadenze di brevetti in possesso dell'azienda presa in considerazione;

b) le risorse rese disponibili dalla riduzione di spesa complessiva prevista per effetto delle scadenze di brevetto che avvengono nell'anno per il quale e' effettuata l'attribuzione del budget, nonché le risorse incrementali derivanti dall'eventuale aumento del tetto di spesa rispetto all'anno precedente sono utilizzate dall'AIFA, nella misura percentuale del 10 per cento, ai fini della definizione del budget di ciascuna azienda; l'80 per cento delle stesse risorse costituisce un fondo aggiuntivo per la spesa dei farmaci innovativi; ove non vengano autorizzati farmaci innovativi o nel caso in cui la spesa per farmaci innovativi assorba soltanto parzialmente tale quota, le disponibilità inutilizzate si aggiungono alla prima quota del 10 per cento, destinata ai budget aziendali; il residuo 10 per cento delle risorse costituisce un fondo di garanzia per ulteriori esigenze connesse all'evoluzione del mercato farmaceutico;

- c) la somma dei budget di ciascuna azienda titolare di AIC, incrementata delle somme utilizzate per i due fondi di cui alla lettera b), deve risultare uguale all'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'assistenza farmaceutica ospedaliera a livello nazionale previsto dalla normativa vigente;
- d) ai fini del monitoraggio complessivo della spesa sostenuta per l'assistenza farmaceutica ospedaliera si fa riferimento ai dati rilevati dai modelli CE, al netto della spesa per la distribuzione diretta di medicinali di cui all'articolo 8, comma 10, lettera a), della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni; ai fini del monitoraggio della spesa per singolo medicinale, si fa riferimento ai dati trasmessi nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario dalle regioni, relativi ai consumi dei medicinali in ambito ospedaliero, e ai dati trasmessi ((dalle regioni)) relativi alle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto; ai fini della definizione dei budget aziendali, nelle more della completa attivazione del flusso informativo dei consumi dei medicinali in ambito ospedaliero, alle regioni che non hanno fornito i dati, o li hanno forniti parzialmente, viene attribuita la spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera rilevata nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario ai sensi del decreto del Ministro della salute 15 luglio 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale((n. 2 del 4 gennaio 2005));
- e) l'AIFA procede mensilmente al monitoraggio della spesa farmaceutica in rapporto al tetto, in ogni regione e a livello nazionale, e ne comunica gli esiti al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze ((e alle regioni));
- f) in caso di mancato rispetto del tetto di spesa, l'AIFA predispone le procedure di recupero del disavanzo a carico delle aziende farmaceutiche secondo le modalita' stabilite alle lettere seguenti del presente comma;
- g) il ripiano e' effettuato tramite versamenti a favore delle regioni e delle province autonome in proporzione alla quota di riparto delle complessive disponibilita' del Servizio sanitario nazionale, al netto delle quote relative alla mobilita' interregionale; l'entita' del ripiano a carico delle singole aziende titolari di AIC e' calcolata in proporzione al superamento del budget definitivo attribuito secondo le modalita' previste dal presente comma;
- h) la quota del superamento del tetto imputabile allo sforamento, da parte dei farmaci innovativi, dello specifico fondo di cui alla lettera b), e' ripartita, ai fini del ripiano, al lordo IVA, tra tutte le aziende titolari di AIC in proporzione dei rispettivi fatturati relativi ai medicinali non innovativi coperti da brevetto;
- i) in caso di superamento del budget attribuito all'azienda titolare di farmaci in possesso della qualifica di medicinali orfani ai sensi del Regolamento (CE) n. 141/2000 ((del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999)), che non abbiano la caratteristica di farmaci innovativi, ((la quota di superamento riconducibile a tali farmaci e' ripartita)), ai fini del ripiano, al lordo IVA, tra tutte le aziende titolari di AIC in proporzione dei rispettivi fatturati relativi ai medicinali non innovativi coperti da brevetto;
- j) la mancata integrale corresponsione a tutte le regioni interessate, da parte delle aziende farmaceutiche, di quanto dovuto nei termini previsti comporta l'adozione da parte dell'AIFA di provvedimenti di riduzione del prezzo di uno o piu' medicinali dell'azienda interessata in misura e per un periodo di tempo tali da coprire l'importo corrispondente alla somma non versata, incrementato del 20 per cento, fermo restando quanto previsto

dalla normativa vigente in materia di recupero del credito da parte delle pubbliche amministrazioni interessate nei confronti delle aziende farmaceutiche inadempienti;

k) in sede di prima applicazione della disciplina recata dal presente comma, ai fini della definizione dei budget delle aziende farmaceutiche per l'anno 2013, fermo restando quanto previsto dalle lettere a) b) e c), dai fatturati aziendali relativi al 2012 e' detratta una quota derivante dalla ripartizione fra tutte le aziende farmaceutiche, in proporzione al rispettivo fatturato relativo all'anno 2012, dell'ammontare del superamento, a livello complessivo, del tetto di spesa farmaceutica ospedaliera per lo stesso anno.

9. L'AIPA segnala al Ministro della salute l'imminente ingresso sul mercato di medicinali innovativi ad alto costo che, tenuto conto della rilevanza delle patologie in cui sono utilizzati e della numerosita' dei pazienti trattabili, potrebbero determinare forti squilibri di bilancio per il Servizio sanitario nazionale.

10. Al fine di incrementare l'appropriatezza amministrativa e l'appropriatezza d'uso dei farmaci il comitato ed il tavolo ((di verifica)) degli adempimenti di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 verificano annualmente che da parte delle Regioni si sia provveduto a garantire l'attivazione ed il funzionamento dei registri dei farmaci sottoposti a registro e l'attivazione delle procedure per ottenere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche interessate. ((I registri dei farmaci di cui al presente comma sono parte integrante del sistema informativo del Servizio sanitario nazionale.))

11. La disciplina ((dei commi da 4 a 10 del presente articolo)) in materia di spesa farmaceutica sostituisce integralmente quella prevista dalla lettera b) del comma 1 dell'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111; conseguentemente i riferimenti alla lettera b) contenuti nello stesso articolo 17 del citato decreto-legge devono intendersi come riferimenti ((ai commi da 4 a 10 del presente articolo)).

((11-bis. Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili piu' medicinali equivalenti, e' tenuto ad indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il medico ha facolta' di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione e' vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilita' di cui all'articolo 11, comma 12, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Il farmacista comunque si attiene a quanto previsto dal menzionato articolo 11, comma 12.))

12. Con le disposizioni di cui ai commi 13 e 14 sono fissate misure di razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi e ulteriori misure in campo sanitario per l'anno 2012. Per gli anni 2013 e seguenti le predette misure sono applicate, salvo la stipulazione, entro ((il 15 novembre 2012)), del Patto per la salute 2013-2015, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, nella quale possono essere convenute rimodulazioni delle misure, fermo restando l'importo complessivo degli obiettivi finanziari annuali. Con il medesimo Patto si procede al monitoraggio dell'attuazione delle misure finalizzate all'accelerazione del pagamento dei

crediti degli enti del servizio sanitario nazionale.

13. Al fine di razionalizzare le risorse in ambito sanitario e di conseguire una riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi:

a) ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 1, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci, stipulati da aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, sono ridotti del 5 per cento a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto per tutta la durata dei contratti medesimi; tale riduzione per la fornitura di dispositivi medici opera fino al 31 dicembre 2012;

b) all'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, ((il quarto e il quinto periodo sono sostituiti dai seguenti)): «Qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende Sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende Sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'articolo 1671 del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento. ((Sulla base dei risultati della prima applicazione della presente disposizione, a decorrere dal 1° gennaio 2013 la individuazione dei dispositivi medici per le finalità della presente disposizione è effettuata dalla medesima Agenzia di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, sulla base di criteri fissati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, relativamente a parametri di qualità, di standard tecnologico, di sicurezza e di efficacia. Nelle more della predetta individuazione resta ferma l'individuazione di dispositivi medici eventualmente già operata da parte della citata Agenzia. Le aziende sanitarie che abbiano proceduto alla rescissione del contratto, nelle more dell'espletamento delle gare indette in sede centralizzata o aziendale, possono, al fine di assicurare comunque la disponibilità dei beni e servizi indispensabili per garantire l'attività gestionale e assistenziale, stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro anche di altre regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratto stipulato da altre aziende sanitarie mediante gare di appalto o forniture;))

((b-bis) Articolo 7-bis del decreto-legge 7 maggio 2012, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 luglio 2012, n. 94, e' abrogato;))

((c) sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità

interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei, entro il 31 dicembre 2012)), provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto e' a carico dei presidi ospedalieri pubblici ((per una quota non inferiore al 50 per cento)) del totale dei posti letto da ridurre ed e' conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unita' operative complesse. Nelle singole regioni

((e province autonome)), fino ad avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unita' operative complesse, e' sospeso il conferimento o il rinnovo di incarichi ai sensi dell'articolo 15((-septies)) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Nell'ambito del processo di riduzione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano operano una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalita' delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in piu' sedi, e promuovono l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare;

((c-bis) e' favorita la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito delle varie forme in cui questa e' garantita, che realizzino effettive finalita' di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere;))

d) fermo restando quanto previsto dall'articolo 17, comma 1, lettera a), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, gli enti del servizio sanitario nazionale, ovvero, per essi, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, utilizzano, per l'acquisto di beni e servizi relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP, gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa CONSIP, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento costituite ai sensi dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296. I contratti stipulati in violazione di quanto disposto dalla presente lettera sono nulli, costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilita' amministrativa;

e) costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN, ai sensi della vigente legislazione, la verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di global service e facility management in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto. Alla verifica del predetto adempimento provvede il Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sulla base dell'istruttoria effettuata dall'Autorita' per la vigilanza sui lavori pubblici;

f) il tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici, di cui all'articolo 17, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e' rideterminato, per l'anno 2013 al valore del 4,9 per cento e, a decorrere dal 2014, al valore del 4,8 per cento;

((f-bis) all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il penultimo periodo e' inserito il seguente: «Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge»);)

g) all'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 1 e' inserito il seguente comma: «1-bis. Il valore complessivo della remunerazione delle funzioni

non puo' in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato.».

14. A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della

spesa di cui al presente comma e' aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente gia' adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera a), ((terzo periodo)) del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

15. In deroga alla procedura prevista dall'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre ((1992, n. 502)), e successive modificazioni, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, ((sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012)), determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite ((la determinazione)) tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale.

16. Le tariffe massime di cui al comma 15, valide ((dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, fino alla data del 31 dicembre 2014)), costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio Sanitario Nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica.

17. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui ((al comma 15)) restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile.

18. Sono abrogate le disposizioni contenute nel primo, secondo, terzo, quarto periodo dell'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

19. Al quinto periodo dell'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, le parole: «Con la medesima cadenza di cui al quarto periodo» sono sostituite con le seguenti: «Con cadenza triennale, a decorrere ((dalla data di entrata in vigore del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95)),».

20. Si applicano, a decorrere dal 2013, le disposizioni di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, qualora al termine del periodo di riferimento del Piano di rientro ovvero della sua prosecuzione, non venga verificato positivamente, in sede di verifica annuale e finale, il raggiungimento degli obiettivi strutturali del piano stesso, ovvero della sua prosecuzione.

21. Il comma 3 dell'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 è sostituito dai seguenti:

«3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015. 3-bis. Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al comma 3 si provvede con le modalità previste dall'articolo 2, comma 73, della citata legge n. 191 del 2009. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento di tali obiettivi. In caso contrario, limitatamente agli anni 2013 e 2014, la regione è considerata adempiente ove abbia conseguito l'equilibrio economico.

3-ter. Per le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari o ai Programmi operativi di prosecuzione di detti Piani restano comunque fermi gli specifici obiettivi ivi previsti in materia di personale».

22. In funzione delle disposizioni recate dal presente articolo il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, è ridotto di 900 milioni di euro per l'anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l'anno 2013 e di ((2.000 milioni di euro per l'anno 2014 e 2.100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015)). Le predette riduzioni sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano secondo criteri e modalità proposti in sede di auto

coordinamento dalle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano medesime, da recepire, in sede di espressione dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per la ripartizione del fabbisogno sanitario e delle disponibilit  finanziarie annue per il Servizio sanitario nazionale, entro il 30 settembre 2012, con riferimento all'anno 2012 ed entro il 30 novembre 2012 con riferimento agli anni 2013 e seguenti. Qualora non intervenga la predetta proposta entro i termini predetti, all'attribuzione del concorso alla manovra di correzione dei conti alle singole regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, alla ripartizione del fabbisogno e alla ripartizione delle disponibilit  finanziarie annue per il Servizio sanitario nazionale si provvede secondo i criteri previsti dalla normativa vigente. Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano, ad esclusione della regione Siciliana, assicurano il concorso di cui al presente comma mediante le procedure previste

dall'articolo 27 della legge 5 maggio 2009, n. 42. Fino all'emanazione delle norme di attuazione di cui al predetto articolo 27, l'importo del concorso alla manovra di cui al presente comma e' annualmente accantonato, a valere sulle quote di compartecipazione ai tributi erariali.

23. A decorrere dall'anno 2013, la quota premiale a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, disposta dall'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149, e' annualmente pari allo 0,25 per cento delle predette risorse.

24. Si applicano, a decorrere dall'esercizio 2013, le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

25. L'articolo 16, comma 2, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 si interpreta nel senso che le disposizioni ivi richiamate di limitazione della crescita dei trattamenti economici anche accessori del personale delle pubbliche amministrazioni si applicano, in quanto compatibili, anche al personale convenzionato con il servizio sanitario nazionale fin dalla loro entrata in vigore. ((La disciplina prevista dall'articolo 9, commi 3-bis e 3-ter, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2, in materia di certificazione dei crediti, e dall'articolo 31, comma 1-bis, del decreto-legge 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, in materia di compensazione dei crediti, e i relativi decreti attuativi, trovano applicazione nei confronti degli enti del Servizio sanitario nazionale, secondo le modalita' e le condizioni fissate dalle medesime disposizioni.))

((25-bis. Ai fini della attivazione dei programmi nazionali di valutazione sull'applicazione delle norme di cui al presente articolo, il Ministero della salute provvede alla modifica ed integrazione di tutti i sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, ed alla interconnessione a livello nazionale di tutti i flussi informativi su base individuale. Il complesso delle informazioni e dei dati individuali cosi' ottenuti e' reso disponibile per le attivita' di valutazione esclusivamente in forma anonima ai sensi dell'articolo 35 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Il Ministero della salute si avvale dell'AGENAS per lo svolgimento delle funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. A tal fine, AGENAS accede, in tutte le fasi

della loro gestione, ai sistemi informativi interconnessi del Servizio sanitario nazionale di cui al presente comma in modalita' anonima.))

((25-ter. In relazione alla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario secondo quanto previsto dal decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, il Governo provvede all'acquisizione e alla pubblicazione dei relativi dati entro il 31 ottobre 2012, nonche' a ridefinire i tempi per l'attuazione del medesimo decreto nella parte relativa ai costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, entro il 31 dicembre 2012.))

Appendice di legislazione

Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40

Disciplina del servizio sanitario regionale

(Bollettino Ufficiale n. 19, parte prima, supplemento n. 40, del 07.03.2005)

Titolo I - OGGETTO, FINALITA' E DEFINIZIONI

Art. 1 - Oggetto e finalità

Art. 2 - Definizioni

Titolo II - PRINCIPI

Art. 3 - I principi costitutivi del servizio sanitario regionale

Art. 4 - Percorso assistenziale

Art. 5 - Promozione della ricerca e dell'innovazione

Art. 6 - L'integrazione delle politiche sanitarie

Art. 7 - L'educazione alla salute

Titolo III - PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIALE INEGRATA REGIONALE E VALUTAZIONE (80)

Capo I - Programmazione sanitaria e sociale integrata regionale (81)

Art. 8 - I livelli e gli strumenti di programmazione (82)

Art. 9 - La programmazione di area vasta

Capo II - Il concorso dei soggetti istituzionali e delle autonomie sociali alla programmazione sanitaria e sociale integrata (84)

Art. 10 - Regione

Art. 11 - Conferenza regionale delle società della salute (90)

Art. 12 - Le conferenze dei sindaci (91)

Art. 13 - Università

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

Art. 15 - Partecipazione alla programmazione

Art. 16 - Tutela dei diritti dell'utenza

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

Capo III - Gli strumenti della programmazione sanitaria e sociale integrata (100)

Art. 18 - Il piano sanitario e sociale integrato regionale (101)

Art. 19 - Contenuti del piano sanitario e sociale integrato regionale (102)

Art. 20 - La valutazione delle politiche sanitarie e sociali integrate (103)

Art. 20 bis - Strumenti e procedure di valutazione (104)

Art. 20 ter - Istituzione di registri di rilevante interesse sanitario (105)

Art. 21 - Piani integrati di salute (106)

Art. 22 - Piani attuativi locali

Art. 23 - Piani attuativi ospedalieri

Art. 24 - Relazione sanitaria aziendale

Art. 25 - Fondo sanitario regionale

Art. 26 - Determinazione del fabbisogno finanziario

Art. 27 - Finanziamento delle aziende unità sanitarie locali

Art. 28 - Finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie
Art. 29 - Finanziamento della mobilità sanitaria
Art. 30 - Finanziamento aziendale tramite tariffe
Art. 30 bis - Indebitamento delle Aziende e degli ESTAV (25)
Titolo IV - ORDINAMENTO
Capo I - Aziende sanitarie
Art. 31 - Aziende sanitarie
Art. 32 - Aziende unità sanitarie locali (121)
Art. 33 - Aziende ospedaliero-universitarie
Art. 34 - Sperimentazioni gestionali - Costituzione di società miste
Capo II - Funzioni gestionali
Art. 35 - Organi
Art. 36 - Funzioni e competenze del direttore generale
Art. 37 - Nomina e rapporto di lavoro del direttore generale
Art. 38 - Cause di incompatibilità e di inconferibilità del direttore generale (311)
Art. 39 - Cause di decadenza e revoca del direttore generale
Art. 40 - Il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali (133)
Art. 40 bis - Elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo, a direttore sanitario e a direttore dei servizi sociali (134)
Art. 41 - Collegio sindacale. Nomina e funzionamento
Art. 42 - Collegio sindacale. Funzioni
Capo III - Funzioni consultive del governo clinico
Art. 43 - Le strutture regionali del governo clinico
Art. 44 - Consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali
Art. 45 - Consiglio dei sanitari delle aziende ospedaliero-universitarie
Art. 46 - Competenze e funzionamento del consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie
Art. 47 - Elezioni del consiglio dei sanitari
Art. 48 - Collegio di direzione delle aziende sanitarie
Art. 49 - Collegio di direzione di area vasta
Capo IV - Statuto aziendale
Art. 50 - Statuto aziendale (136)
Capo V - Formazione sanitaria e ricerca
Art. 51 - La rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua (287)
Art. 52 - Apporto della rete formativa regionale alla formazione di base
Art. 53 - Formazione specialistica
Art. 54 - La ricerca e l'innovazione
Titolo V - ORGANIZZAZIONE
Capo I - Principi organizzativi
Art. 55 - Principi e finalità dell'organizzazione
Art. 55 bis - Criteri per l'assegnazione del personale nelle strutture organizzative (229)
Art. 56 - Funzioni di pianificazione, programmazione e controllo (141)

Art. 57 - Direzione aziendale
Art. 58 - Funzioni operative
Art. 59 - Direzione di strutture organizzative sanitarie (8)
Art. 59 bis - Conferimento dell'incarico di direzione di struttura complessa per la
dirigenza del ruolo sanitario. (147)
Capo II - Articolazione organizzativa professionale
Art. 60 - Strutture organizzative professionali e loro compiti
Art. 61 - Criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali
Art. 62 - Responsabilità delle strutture organizzative professionali
Capo III - Articolazione organizzativa funzionale
Art. 63 - Strutture organizzative funzionali delle aziende sanitarie
Art. 64 - Zona-distretto (152)
Art. 64 bis - Rapporto di lavoro del responsabile di zona (153)
Art. 65 - Modelli sperimentali per la gestione dei servizi sanitari territoriali - Società
della salute
Art. 66 - L'organizzazione della zona-distretto
Art. 67 - Dipartimento della prevenzione (305)
Art. 68 - Presidio ospedaliero di zona
Art. 69 - Dipartimenti delle aziende ospedaliero-universitarie
Art. 70 - Dipartimenti aziendali ed interaziendali
Art. 71 - Dipartimento dell'emergenza urgenza
Capo III bis - Società della salute (168)
Art. 71 bis - Società della salute: finalità e funzioni (169)
Art. 71 ter - Governo della domanda (170)
Art. 71 quater - Costituzione della società della salute (171)
Art. 71 quinquies - Organi della società della salute (172)
Art. 71 sexies - Assemblea dei soci (173)
Art. 71 septies - Giunta esecutiva (174)
Art. 71 octies - Presidente della società della salute (175)
Art. 71 novies - Direttore della società della salute (176)
Art. 71 decies - Collegio sindacale (177)
Art. 71 undecies - Le forme di partecipazione (178)
Art. 71 duodecies - Compensi ai componenti degli organi (179)
Art. 71 terdecies - Contabilità della società della salute (180)
Art. 71 quaterdecies - Finanziamento della società della salute (181)
Art. 71 quindecies - Gli assetti organizzativi (182)
Art. 71 sexies decies - Personale (183)
Art. 71 septies decies - Partecipazione delle province (184)
Art. 71 octies decies - Sistema informativo (185)
Titolo VI - PRESIDI E PRESTAZIONI
Capo I - Presidi
Art. 72 - Presidi
Art. 73 - Organizzazione e funzionamento dei presidi delle aziende sanitarie (187)
Capo II - Prestazioni
Art. 74 - Prestazioni

Art. 75 - Accesso alle prestazioni
Art. 76 - Erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private
Art. 76 bis - Fascicolo sanitario elettronico (237)
Capo II bis - Sistema sanitario di emergenza urgenza (251)
Art. 76 ter - Sistema sanitario di emergenza urgenza (252)
Art. 76 quater - Attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale (253)
Art. 76 quinquies - Elenco regionale (254)
Art. 76 sexies - Programmazione ed organizzazione dei servizi (255)
Art. 76 septies - Conferenza regionale permanente (256)
Art. 76 octies - Comitati di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza urgenza (257)
Art. 76 novies - Sistema budgetario delle attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale (258)
Art. 76 decies - Monitoraggio e valutazione (259)
Art. 76 undecies - Regolamento di attuazione (260) (303)
Capo III - Prestazioni di assistenza farmaceutica
Art. 77 - Erogazione dell'assistenza farmaceutica
Art. 78 - Programmazione nella erogazione dell'assistenza farmaceutica
Art. 79 - Controlli nella erogazione dell'assistenza farmaceutica
Art. 80 - Sicurezza nella erogazione dell'assistenza farmaceutica
Art. 81 - Commissione terapeutica regionale
Titolo VII - ORGANISMI DI CONSULENZA, DI STUDIO E DI SUPPORTO
TECNICO AMMINISTRATIVO
Capo I - Agenzia regionale di sanità
Art. 82 - Agenzia regionale di sanità (30) (288)
Art. 82 bis - Compiti e attribuzioni (31) (288)
Art. 82 ter - Strumenti operativi (32) (288)
Art. 82 quater - Organi (33) (288)
Art. 82 quinquies - Composizione del Comitato di indirizzo e controllo (34) (264) (288)
Art. 82 sexies - Competenze del Comitato di indirizzo e controllo. Gettone di presenza. (35) (288)
Art. 82 septies - Presidente
Art. 82 octies - Collegio dei revisori dei conti (37) (288)
Art. 82 novies - Funzioni e competenze del Direttore (38) (288)
Art. 82 decies - Nomina e rapporto di lavoro del direttore (39) (288)
Art. 82 undecies - Programma di attività (40) (288)
Art. 82 duodecies - Strutture organizzative (41) (288)
Art. 82 terdecies - Regolamento generale di organizzazione (42) (288)
Art. 82 quaterdecies - Approvazione atti fondamentali
Art. 82 quindecies - Scioglimento e decadenza del consiglio di amministrazione
Art. 82 sexies decies - Personale (45) (288)
Art. 82 septies decies - Bilancio (46) (288)
Art. 82 octies decies - Finanziamento (47) (288)
Art. 82 novies decies - Esercizio dell'attività delle strutture tecnico-scientifiche (48)

(288)

Art. 82 vicies - Norme transitorie e finali

Capo II - Consiglio sanitario regionale

Art. 83 - Consiglio sanitario regionale (287)

Art. 84 - Funzioni

Art. 85 - Organi

Art. 86 - Presidente

Art. 87 - Vice presidente

Art. 88 - Ufficio di presidenza. Composizione e funzioni

Art. 89 - Assemblea. Composizione

Art. 90 - Assemblea. Funzioni

Art. 91 - Regolamento

Art. 92 - Articolazioni di funzioni e organi (279)

Art. 93 - Struttura

Art. 94 - Indennità e rimborso spese

Capo III - Commissione regionale di bioetica

Art. 95 - Commissione regionale di bioetica (287)

Art. 96 - Funzioni della commissione regionale di bioetica

Art. 97 - Composizione della commissione regionale di bioetica

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

Art. 99 - Comitati etici locali

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

Art. 100 - Istituzione e natura giuridica

Art. 101 - Competenze e attribuzioni

Art. 101 bis - Procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale (57)

Art. 102 - Organi

Art. 103 - Direttore generale

Art. 104 - Consiglio direttivo

Art. 105 - Collegio sindacale

Art. 106 - Direttore amministrativo

Art. 106 bis - Rapporto di lavoro del direttore generale e del direttore amministrativo (20)

Art. 107 - Organizzazione

Art. 108 - Patrimonio, contabilità e contratti (316)

Art. 109 - Finanziamento

Art. 110 - Personale

Titolo VIII - PATRIMONIO, CONTABILITA' E CONTRATTI

Capo I - Patrimonio

Art. 111 - Trasferimento dei beni

Art. 112 - Rapporti giuridici attinenti ai beni trasferiti

Art. 113 - Aziende sanitarie destinatarie dei trasferimenti

Art. 114 - Acquisizione ed utilizzazione del patrimonio

Art. 115 - Procedura di alienazione dei beni immobili

Art.115 bis - Patrimonio delle aziende ospedaliero-universitarie (244)
Art. 116 - Inventario dei beni immobili e mobili
Art. 117 - Consegnatari responsabili
Art. 118 - Beni di consumo e contabilità di magazzino
Art. 119 - Beni in visione, prova e comodato
Capo II - Contabilità
Art. 120 - Bilancio pluriennale di previsione
Art. 121 - Bilancio preventivo economico annuale (307)
Art. 121 bis - Monitoraggio sull'andamento economico delle gestioni aziendali (308)
Art. 122 - Bilancio di esercizio
Art. 123 - Procedimento di adozione degli atti di bilancio (309)
Art. 124 - Libri obbligatori
Art. 125 - Contabilità generale
Art. 126 - Sistema budgetario
Art. 127 - Contabilità analitica
Art. 128 - Controllo di gestione
Art. 129 - Responsabilità
Art. 130 - Modalità dei pagamenti e servizi di cassa
Art. 131 - Casse economali
Capo III - Attività contrattuale
Art. 132 - Normativa applicabile
Art. 133 - Regolamento dell'attività contrattuale (60)
Art. 134 - Capitolati
Art. 135 - Osservatorio generale dei prezzi
Titolo IX - NORME TRANSITORIE E FINALI
Art. 136 - Relazioni sindacali
Art. 137 - Revisione degli statuti aziendali (215)
Art. 138 - Costituzione delle aziende ospedaliero-universitarie
Art. 139 - Disposizioni relative all'ARS
Art. 140 - Disposizioni relative alla commissione regionale di bioetica
Art. 141 - Disposizioni relative agli ESTAV
Art. 142 - Disposizioni diverse
Art. 142 bis - Norme transitorie (218)
Art. 142 ter - Norma di prima applicazione dell'articolo 55 bis (243)
Art. 143 - Norma finanziaria
Art. 143 bis - Nomina del consiglio sanitario regionale, della commissione regionale di bioetica e delle strutture regionali del governo clinico (284)
Art. 144 - Abrogazioni
Art. 144 bis - Sostituzione dell'allegato A della l.r. 40/2005 (221)

Titolo I - OGGETTO, FINALITA' E DEFINIZIONI

Art. 1 - Oggetto e finalità

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

a) *gli strumenti e le procedure della programmazione sanitaria e sociale integrata e della valutazione;* (67)

b) l'organizzazione e l'ordinamento del servizio sanitario regionale;

c) i criteri di finanziamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie;

d) il patrimonio e la contabilità delle aziende sanitarie;

e) le erogazioni delle prestazioni;

e bis) le modalità di partecipazione degli enti locali al governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale; (68)

e ter) *la partecipazione dei cittadini alle scelte del sistema sanitario regionale.* (69)

Art. 2 - Definizioni

1. Ai fini della presente legge si intende:

a) per area vasta, la dimensione operativa a scala interaziendale, individuata come livello ottimale per la programmazione integrata dei servizi e per la gestione in forma unitaria di specifiche attività tecnico amministrative delle aziende sanitarie;

b) per assistiti, i cittadini residenti e coloro che hanno diritto all' *assistenza sanitaria e sociale integrata*(70) in base alle disposizioni vigenti, cui sono assicurati i livelli uniformi ed essenziali di assistenza;

c) per aziende sanitarie, le aziende ospedaliero-universitarie e le aziende unità sanitarie locali;

d) per azione programmata, lo strumento di programmazione previsto dal *piano sanitario e sociale integrato regionale* (70) e adottato dalla Regione al quale le aziende sanitarie e gli altri produttori accreditati devono conformarsi; l'azione programmata ha ad oggetto:

1) il percorso assistenziale di determinate patologie;

2) la regolamentazione di specifiche pratiche mediche, diagnostiche o di interventistica chirurgica;

3) l'organizzazione di particolari iniziative di prevenzione collettiva;

e) per bacino dell'azienda ospedaliero-universitaria, l'area territoriale delimitata dagli strumenti regionali di programmazione entro la quale l'azienda ospedaliero-universitaria opera;

f) per budget, il sistema di obiettivi e risorse attribuite al responsabile di una struttura organizzativa o di un livello gestionale, il quale è tenuto a rendicontare il raggiungimento degli obiettivi ed il corretto utilizzo delle risorse;

g) per dipartimento, la struttura funzionale istituita per garantire l'ottimizzazione

dell'impiego delle risorse, i percorsi assistenziali integrati e le procedure operative omogenee, in relazione ad azioni programmate, progetti obiettivo o specifici processi produttivi, finalizzata a garantire l'apporto dei professionisti al governo dei servizi;

h) per formazione continua, il complesso delle attività e delle iniziative di adeguamento, aggiornamento e sviluppo continuo delle competenze rivolte al personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario regionale;

i) per formazione di base, il complesso delle attività di studio e di tirocinio finalizzate al conseguimento dei titoli e dei requisiti necessari per l'esercizio delle professioni sanitarie o per l'accesso ai ruoli del servizio sanitario regionale;

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

m) per governo clinico, il complesso delle attività finalizzate a promuovere a livello aziendale, di area vasta e regionale, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse, la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, l'appropriatezza del percorso assistenziale e lo sviluppo delle reti di eccellenza;

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

o) per percorso assistenziale, il complesso degli adempimenti finalizzati ad assicurare all'assistito in forme coordinate, integrate e programmate l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari e socio-sanitari, in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, cura e riabilitazione;

o bis) per piano sanitario e sociale integrato regionale, l'atto unico di programmazione regionale che comprende l'assistenza sanitaria, sociale e socio-sanitaria integrata; (71)

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

q) per progetto obiettivo, lo strumento di programmazione previsto dal *piano sanitario e sociale integrato regionale (70)* e adottato dalla Regione finalizzato a tutelare specifiche tipologie di utenza mediante azioni coordinate ed integrate di natura sanitaria e sociale;

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

s) per servizi sanitari territoriali di zona-distretto, il sistema dei servizi di assistenza educativa, di prevenzione, di attività socio-assistenziali a rilievo sanitario, di diagnosi, di cura e riabilitazione erogati non in regime di ricovero;

s bis) per società della salute, la modalità organizzativa di un ambito territoriale di zona-distretto costituita in forma di consorzio tra l'azienda unità sanitaria locale ed i comuni per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate; (71)

t) per struttura organizzativa funzionale, l'unità organizzativa multiprofessionale che aggrega funzioni operative appartenenti a settori omogenei di attività; essa si qualifica come:

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

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

3) settore, per il coordinamento aziendale delle attività svolte dalle unità funzionali della prevenzione;

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

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

2) sezione ed ufficio, la cui autonomia tecnico professionale si esprime nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile dell'unità operativa di riferimento; la sezione è costituita per lo svolgimento di attività sanitarie ospedaliere, gli uffici per le attività tecnico-amministrative;

u bis) per valutazione, il complesso degli strumenti che la Regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati; (71)

v) per zona-distretto, l'articolazione territoriale della azienda unità sanitaria locale, individuata ai sensi dell'articolo 64, comma 1. (70)

Titolo II - PRINCIPI

Art. 3 - I principi costitutivi del servizio sanitario regionale

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

a) centralità e partecipazione del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale;

b) universalità e parità di accesso ai servizi sanitari per tutti gli assistiti;

c) garanzia per tutti gli assistiti dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza previsti negli atti di programmazione;

d) unicità del sistema sanitario e finanziamento pubblico dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;

e) sussidiarietà istituzionale e pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute;

f) sussidiarietà orizzontale e valorizzazione delle formazioni sociali, in particolare di quelle che operano nel terzo settore;

f bis) intervento mediante processi partecipativi ai sensi della legge regionale 27 dicembre 2007, n. 69 (Norme sulla promozione della partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali); (61)

g) concorso dei soggetti istituzionali e partecipazione delle parti sociali agli atti della *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale; (72)*

h) libertà di scelta del luogo di cura e dell'operatore sanitario nell'ambito dell'offerta e dei percorsi assistenziali programmati;

i) valorizzazione professionale del personale del servizio sanitario regionale e promozione della sua partecipazione ai processi di programmazione e valutazione della qualità dei servizi;

i bis) integrazione delle politiche sanitarie sociali con le politiche settoriali che ad ogni livello hanno effetti sulle condizioni di salute e di vita dei cittadini, finalizzata alla promozione della salute, e a concorrere a determinare lo stato di benessere degli individui; (73)

i ter) puntuale e costante verifica dei risultati raggiunti dal sistema sanitario e trasparenza nella loro comunicazione ai cittadini. (74)

Art. 4 - Percorso assistenziale

1. I servizi sanitari territoriali della zona-distretto e quelli ospedalieri in rete sono organizzati allo scopo di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente corrispondente al bisogno accertato, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità con le risorse disponibili.

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

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

a) il coordinamento complessivo fra i servizi ospedalieri e i servizi sanitari territoriali sia domiciliari che semiresidenziali, residenziali e riabilitativi della zona-distretto;

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

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

d) l'operatività in rete dei servizi ospedalieri in area vasta e in ambito regionale. (75)

4. Anche per le finalità di cui all'articolo 20, (76) la Giunta regionale definisce un sistema di indicatori per verificare la congruità, l'appropriatezza e l'omogeneità organizzativa del percorso assistenziale e la qualità delle prestazioni e dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie.

Art. 5 - Promozione della ricerca e dell'innovazione

1. La Regione promuove e favorisce lo sviluppo delle attività innovative e di ricerca nell'ambito delle funzioni di governo del servizio sanitario della Toscana.

2. Le attività relative alla innovazione ed alla ricerca sono esercitate in coerenza con quanto previsto dal *piano sanitario e sociale integrato regionale (77)* e sono svolte secondo i principi di trasparenza, valutabilità e verificabilità degli esiti e loro trasferibilità sul sistema dei servizi.

3. A tal fine, la Regione garantisce adeguate forme di pubblicizzazione per la selezione dei progetti di innovazione e ricerca.

Art. 6 - L'integrazione delle politiche sanitarie

1. La Regione assume come finalità la promozione della salute intesa come insieme di interventi sui fattori ambientali, economici e sociali che concorrono a determinare lo stato di benessere degli

individui e della collettività; a tal fine, la Regione promuove il coordinamento delle politiche regionali settoriali ed il loro orientamento anche al fine di perseguire obiettivi di salute.

2. Gli enti locali concorrono per le proprie competenze al coordinamento delle politiche finalizzate ad obiettivi di salute assicurando la partecipazione delle *rappresentanze sociali*, (78) a livello locale e a livello di area vasta. I comuni concorrono altresì alla *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale* (78) attraverso la *conferenza regionale delle società della salute* (78) di cui all' articolo 11; i comuni esercitano inoltre le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all' articolo 3 , comma 14, del decreto delegato nell'ambito territoriale di ciascuna azienda unità sanitaria locale, tramite la *conferenza aziendale dei sindaci* (78) di cui all' articolo 12.

3. I comuni partecipano al governo dei servizi sanitari territoriali in forma integrata con i servizi sociali attraverso le Società della salute *di cui all' articolo 71 bis*. (78)

Art. 7 - L'educazione alla salute

1. La Regione promuove negli assistiti la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro.

2. Sono compresi nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza anche le azioni informative ed educative volte ad accrescere la consapevolezza degli assistiti in merito alla conservazione e al miglioramento del proprio stato di salute. *La Regione promuove l'adozione sistematica di iniziative volte a sostenere la salute delle donne nelle fasi della loro vita, nell'ambito delle azioni di educazione alla salute.* (223)

3. *Le aziende sanitarie e le società della salute, ciascuna per le proprie competenze, attuano interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali e di categoria della sanità, le associazioni del terzo settore ed in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche.* (79)

Titolo III - PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIALE INEGRATA REGIONALE E VALUTAZIONE (80)

Capo I - Programmazione sanitaria e sociale integrata regionale (81)

Art. 8 - I livelli e gli strumenti di programmazione (82)

1. *La programmazione in materia sanitaria e sociale della Regione assicura, in coerenza con gli strumenti della programmazione nazionale, lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale, e persegue le finalità del sistema integrato di interventi e servizi sociali definito dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).*

2. *La programmazione in materia sanitaria e sociale è articolata su due livelli, regionale e locale.*

3. *Sono strumenti della programmazione regionale:*

a) il piano sanitario e sociale integrato regionale ed i relativi strumenti di attuazione;

b) gli atti di programmazione interaziendale di cui all'articolo 9, denominati piani di area vasta.

4. Sono strumenti della programmazione locale:

- a) i piani integrati di salute di cui all'articolo 21;
- b) i piani attuativi delle aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 22;
- c) i piani attuativi delle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 23;
- d) le intese e gli accordi stipulati in attuazione degli strumenti di cui al comma 3.

Art. 9 - La programmazione di area vasta

1. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliero-universitarie concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale di area vasta; i contenuti e gli obiettivi principali della programmazione di area vasta sono definiti dal *piano sanitario e sociale integrato regionale (83)* del quale assumono i riferimenti temporali.

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

- a) *l'attivazione, in via sperimentale, di dipartimenti interaziendali, a carattere gestionale, al fine di favorire l'interscambio dei professionisti sui percorsi assistenziali ed il condiviso ed ottimale utilizzo delle strutture e delle attrezzature;*
- b) *la revisione delle strutture organizzative complesse delle aziende ospedaliero universitarie sulla base delle soglie minime di attività attualmente previste;*
- c) *la revisione, nel rispetto delle necessarie relazioni sindacali, dell'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, determinando soglie, volumi e parametri di qualità e sicurezza;*
- d) *le iniziative di riorganizzazione a livello di area vasta, oltre che per gli obiettivi predetti, per consentire il raggiungimento della sostenibilità economica anche di area vasta;*
- e) *la revisione del sistema di valutazione dei direttori generali anche in merito agli obiettivi di area vasta;*
- f) *la valorizzazione della governance tra le istituzioni. (289)*

2. Per l'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1, 1 bis, (290) sono individuate le seguenti aree vaste:

- a) Area vasta nord - ovest, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 1 di Massa e Carrara, 2 di Lucca, 5 di Pisa, 6 di Livorno e 12 di Viareggio, nonché l'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana;
- b) Area vasta centro, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze e 11 di Empoli, nonché le Aziende ospedaliero-universitarie Careggi e Meyer di Firenze;
- c) Area vasta sud - est, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 7 di Siena, 8 di Arezzo e 9 di Grosseto, nonché l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese.

3. In ciascuna area vasta è costituito un comitato, composto dai direttori generali delle aziende sanitarie facenti parte dell'area e dal direttore dell'ente per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta di cui all'articolo 100

4. Il comitato è presieduto da un coordinatore, individuato *dal Presidente della Giunta regionale (1)* tra i direttori generali delle aziende sanitarie dell'area vasta.

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

- a) *alla programmazione, a livello di area vasta, degli atti di competenza, con particolare*

riferimento alle scelte di sviluppo organizzativo compresi i modelli organizzativi che favoriscano la gestione interaziendale di funzioni, strutture ed attrezzature ed il rapporto con il privato accreditato, nonché l'implementazione di procedure innovative e l'utilizzo di tecnologie nuove o ad alto costo;

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

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

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

e) al compito di individuare e governare gli obiettivi formativi di area vasta, garantendo percorsi integrati sul territorio. (289)

5. Il comitato di area vasta elabora le proposte dei piani di area vasta di cui all' articolo 8 , comma 3, lettera b) ed approva le intese e gli accordi di cui all' articolo 8 , comma 4, lettera d).

6. I piani di area vasta sono trasmessi alla Giunta regionale che ne controlla la conformità con il *piano sanitario e sociale integrato regionale (83)* entro trenta giorni dal ricevimento e li trasmette al Consiglio regionale per l'approvazione.

7. Le intese e gli accordi di cui all' articolo 8 , comma 4, lettera d), inerenti l'organizzazione integrata dei servizi e la regolamentazione della mobilità sanitaria, sono trasmessi alla Giunta regionale che ne controlla la conformità con il *piano sanitario e sociale integrato regionale (83)* entro trenta giorni dal ricevimento; decorso tale termine, tali atti si intendono approvati.

Capo II - Il concorso dei soggetti istituzionali e delle autonomie sociali alla programmazione sanitaria e sociale integrata (84)

Art. 10 - Regione

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

a) il *piano sanitario e sociale integrato regionale, che ha durata corrispondente a quella del programma regionale di sviluppo; (85)*

b) i piani di area vasta, entro trenta giorni dalla trasmissione da parte della Giunta regionale.

2. La Giunta regionale esercita le funzioni di indirizzo anche tecnico e di coordinamento delle attività delle aziende sanitarie e degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta, in conformità alle disposizioni del *piano sanitario e sociale integrato regionale (86)* e dei piani di area vasta.

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

a) determina il fabbisogno finanziario del servizio sanitario regionale secondo quanto previsto dall' articolo 26 ;

b) approva gli atti di bilancio delle aziende sanitarie, dandone comunicazione al Consiglio regionale;

c) approva il piano attuativo delle aziende ospedaliero-universitarie, dandone comunicazione al Consiglio regionale;

d) *abrogata*; (87)

e) esprime il proprio parere sullo statuto delle aziende sanitarie e sul regolamento generale degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta;

f) verifica, attraverso le relazioni sanitarie aziendali, la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;

g) esercita il controllo di conformità al *piano sanitario e sociale integrato regionale* (86) sugli atti di cui all' articolo 8 , comma 4, lettera b), dandone comunicazione al Consiglio regionale.

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

a) *risultati complessivi delle aziende sanitarie e delle società della salute in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell'utenza e degli operatori, di economicità della gestione* ; (85)

b) risultati specifici raggiunti dalle strutture organizzative aziendali ed in particolare dei dipartimenti assistenziali integrati delle aziende ospedaliero-universitarie in relazione agli obiettivi della programmazione aziendale ed alle funzioni attribuite all'azienda dalle disposizioni regionali;

b bis) risultati specifici raggiunti dalle società della salute per l'organizzazione e l'erogazione di attività di assistenza territoriale, di prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria e di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, individuate dalla programmazione regionale; (88)

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

4 bis. *Nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla normativa nazionale vigente, la Giunta regionale, previo confronto con le organizzazioni sindacali, impartisce indirizzi con propria deliberazione alle aziende ed agli enti del servizio sanitario regionale ai fini dell'implementazione del sistema di valutazione del personale del servizio sanitario regionale. In particolare la Giunta regionale definisce il numero delle fasce di merito, in misura non inferiore a tre. Il personale viene collocato nelle fasce di merito in base ai risultati del sistema di valutazione, secondo criteri di valorizzazione del merito.* (249)

4 ter. *La Giunta regionale impartisce altresì indirizzi con propria deliberazione al fine dell'adeguamento dei nuclei di valutazione già esistenti all'interno delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale ai principi dettati dalla normativa nazionale vigente in tema di organismi indipendenti di valutazione.* (249)

4 quater. *Le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale adeguano i contratti collettivi integrativi alle disposizioni della presente legge e agli atti di indirizzo di cui ai commi 4 bis e 4 ter, nei termini previsti dalla normativa nazionale vigente.* (249)

5. *La Giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale una relazione nella quale sono illustrati in maniera documentata gli esiti delle valutazioni di cui al comma 4.* (89)

Art. 11 - Conferenza regionale delle società della salute (90)

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

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

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

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

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

4. La conferenza regionale delle società della salute:

- a) esprime parere sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale;
- b) esprime parere sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale;
- c) concorre all'elaborazione delle linee-guida previste dall'articolo 21, comma 7;
- d) concorre a determinare la composizione del fondo di cui all'articolo 25, comma 1, lettera a), con riferimento al riparto delle risorse tra i livelli uniformi ed essenziali di assistenza;
- e) concorre alla quantificazione delle risorse che ciascuna azienda unità sanitaria locale deve destinare alle zone-distretto ove sono istituite società della salute;
- f) concorre a determinare i criteri di riparto tra enti locali associati ovvero tra le società della salute, ove costituite, delle risorse del fondo sociale regionale di cui all'articolo 45 della l.r. 41/2005;
- g) esprime parere sul numero e sulla composizione delle zone-distretto delle aziende unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 64, comma 1. (224)

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

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

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

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

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

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

Art. 12 - Le conferenze dei sindaci (91)

1. La conferenza aziendale dei sindaci è composta da tutti i sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale dell'azienda unità sanitaria locale. La conferenza aziendale dei sindaci è presieduta da un presidente scelto fra i presidenti delle società della salute o fra i presidenti delle conferenze zonali di cui al comma 5. Il funzionamento della conferenza aziendale dei sindaci è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa; il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente. (225)

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

3. In particolare la conferenza aziendale dei sindaci:

- a) emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale di cui all'articolo 22;*
- b) approva il piano attuativo locale;*
- c) esprime le proprie valutazioni in merito alla nomina del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 2, lettera a);*
- d) esamina gli atti di bilancio dell'azienda unità sanitaria locale;*
- e) propone al Presidente della Giunta regionale la revoca del direttore generale ai sensi dell'articolo 39, comma 8.*

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

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

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

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

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

Art. 13 - Università

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

2. La Giunta regionale, acquisito il parere obbligatorio della commissione consiliare competente che si esprime nel termine trenta giorni dalla richiesta (2) nell'ambito del piano sanitario e sociale integrato regionale (92) regionale vigente, elabora protocolli d'intesa con le università, per regolamentare l'apporto delle facoltà di medicina e chirurgia alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale e contestualmente l'apporto di quest'ultimo alle attività didattiche, nel rispetto delle finalità istituzionali proprie delle università e del servizio sanitario regionale; a tal fine, è costituito il comitato per l'intesa formato dal Presidente della Giunta regionale e dai rettori delle università.

3. Nell'individuazione della dislocazione delle strutture del servizio sanitario regionale, gli strumenti della programmazione regionale tengono conto delle strutture universitarie, secondo quanto previsto dal d.lgs. 517/1999; l'attuazione dei protocolli d'intesa per le attività assistenziali è disciplinata dallo statuto aziendale, nonché da eventuali accordi previsti dallo statuto medesimo; per le attività formative e di ricerca gli accordi attuativi sono stipulati tra l'azienda ospedaliero-universitaria di riferimento e le aziende sanitarie interessate, tenuto conto della programmazione di area vasta.

4. Per la predisposizione dei protocolli di intesa è costituita apposita commissione con funzioni di supporto tecnico per il comitato di cui al comma 2; la commissione è formata da rappresentanti della Regione, delle università e delle aziende interessate; le rappresentanze sono designate, per le parti di rispettiva competenza, dai membri del comitato e dai direttori generali delle aziende; le rappresentanze delle aziende ospedaliere sono designate in maniera da assicurare la pariteticità tra la componente ospedaliera e quella universitaria all'interno della commissione; alle attività della commissione partecipano, ai fini della individuazione degli specifici fabbisogni formativi, nonché per l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 6, commi 2 e 3 del decreto delegato, rappresentanti degli ordini e dei colleghi professionali competenti.

5. I protocolli d'intesa, nel rispetto di quanto disposto dagli articoli 6, 6-bis e 6-ter del decreto delegato, dal d.lgs. 517/1999 e dagli strumenti della *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale, (92)* tenuto conto delle finalità istituzionali dei contraenti, indirizzano e vincolano, nelle aree di seguito indicate, lo statuto delle aziende ospedaliero-universitarie e gli accordi attuativi fra azienda ed università disciplinando:

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

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

1. I rapporti tra la Regione, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli enti di ricerca, le cui attività istituzionali sono concorrenti con le finalità del servizio sanitario regionale, sono definiti sulla base di specifici protocolli stipulati dal Presidente della Giunta regionale e dai rappresentanti istituzionali degli enti medesimi; i protocolli sono adottati nell'ambito del *piano sanitario e sociale integrato regionale (93)* vigente ed individuano gli spazi di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e conoscenze nel settore sanitario.

2. I rapporti convenzionali per le attività assistenziali tra il servizio sanitario regionale, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli enti di ricerca, sono instaurati tra le aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei protocolli d'intesa di cui al comma 1.

Art. 15 - Partecipazione alla programmazione

1. *La Regione, le aziende unità sanitarie locali e le società della salute promuovono e assicurano la partecipazione degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale e valorizzano il contributo degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate attraverso adeguate modalità di consultazione. (94)*

2. *Abrogato. (95)*

Art. 16 - Tutela dei diritti dell'utenza

1. E' compito della Regione:

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

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

c) *impartire direttive alle aziende sanitarie e formulare indirizzi alle società della salute, ove costituite, per la promozione del diritto all'informazione, riconoscendo in quest'ultimo la condizione fondamentale per assicurare agli utenti l'esercizio della libera scelta nell'accesso alle strutture sanitarie e la partecipazione alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, verificandone annualmente i risultati. (96)*

2. La Regione individua quali specifici strumenti di informazione, di partecipazione e di controllo da parte degli assistiti sulla qualità dei servizi erogati:

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

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

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

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

4. La carta dei servizi è lo strumento attraverso il quale le aziende sanitarie orientano ed adeguano le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti; la carta contiene gli impegni per il miglioramento dei servizi, definisce gli indicatori di qualità e gli standard, generali e specifici, cui gli stessi devono adeguarsi.

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

6. Le aziende sanitarie, ai fini di cui al comma 5, assicurano l'informazione in ordine alle prestazioni erogate, alle tariffe, alle modalità di accesso ai servizi, ai tempi di attesa, anche

con riguardo all'attività libero professionale intramuraria, e si dotano di un efficace sistema di raccolta e di trattamento delle segnalazioni e degli esposti, *garantendo certezza e rapidità di risposta.* (97)

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

8. *Le aziende sanitarie e le società della salute, ove costituite, realizzano appositi punti informativi, a disposizione degli utenti sulle prestazioni erogate nell'ambito del territorio di riferimento e per un orientamento sull'accesso alle prestazioni erogate nell'ambito della Regione, e coordinano le rispettive attività dirette alla informazione degli utenti.* (98)

9. Il direttore generale d'intesa con la *conferenza aziendale dei sindaci* (99) indice la conferenza di cui al comma 2, lettera b), per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati dalla programmazione aziendale, il rispetto degli impegni assunti con la carta dei servizi e definire gli interventi utili per il loro miglioramento; a tal fine il direttore generale rende noti i dati relativi all'andamento dei servizi ed al grado di raggiungimento degli standard con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

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

11. Il protocollo d'intesa è lo strumento attraverso il quale le aziende sanitarie, *e le società della salute, ove costituite, stipulano con le associazioni di volontariato e di tutela* (99) modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì la concessione in uso di locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione; i contenuti obbligatori di tali protocolli sono individuati con atto della Giunta regionale.

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

1. *I rapporti fra le associazioni di volontariato, le cui attività concorrono con le finalità del servizio sanitario regionale ed il servizio sanitario medesimo, ad eccezione di quanto disposto dalla presente legge in materia di sistema sanitario di emergenza urgenza, sono regolati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti.* (250)

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

Capo III - Gli strumenti della programmazione sanitaria e sociale integrata (100)

Art. 18 - Il piano sanitario e sociale integrato regionale (101)

1. *Il piano sanitario e sociale integrato regionale è lo strumento di programmazione con il quale la Regione, nell'ambito del programma regionale di sviluppo, definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale e i criteri per l'organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali integrati in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione rilevati dagli strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata di cui all'articolo 20 e dagli studi di ricerca epidemiologica affidati all'Agenzia regionale di sanità (ARS) ed alle società scientifiche. Stabilisce anche la programmazione in materia di servizio civile ai sensi dell'articolo 16 della legge regionale 25*

luglio 2006 n. 35 (Istituzione del servizio civile regionale). (297) Il piano sanitario e sociale integrato regionale definisce inoltre per l'ambito sanitario e sociale l'attuazione della strategia regionale coordinata e continuativa in materia di sicurezza stradale. (285)

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

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

Art. 19 - Contenuti del piano sanitario e sociale integrato regionale (102)

1. Il piano sanitario e sociale integrato regionale individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo del servizio sanitario regionale e dei servizi socio-assistenziali. Il piano tiene conto del principio di pari opportunità sviluppando azioni specificamente orientate a tal fine. (223)

2. Per le politiche sanitarie in particolare sono definiti:

a) i livelli uniformi ed essenziali di assistenza, quali prestazioni da garantire in termini di equità a tutti gli assistiti, definiti sulla base di indicatori epidemiologici, clinici ed assistenziali;

b) i criteri di riparto delle risorse finanziarie tra le aziende unità sanitarie locali e, per ciascuna azienda unità sanitaria locale, tra le zone-distretto;

c) i criteri di quantificazione ed impiego delle risorse finanziarie destinate alla copertura di specifici fabbisogni per attività di alta qualificazione, per specifici programmi individuati dagli strumenti di programmazione regionale, per il funzionamento di enti, aziende o organismi regionali operanti nel settore sanitario, per il sostegno degli investimenti per la manutenzione e il rinnovo del patrimonio delle aziende sanitarie regionali;

d) gli indirizzi per la valorizzazione e qualificazione dell'assistenza nelle zone insulari e montane e le risorse regionali ad esse destinate;

e) gli eventuali vincoli di utilizzo delle risorse da parte delle aziende unità sanitarie locali, con particolare riferimento a quelle impiegate nella prevenzione;

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

g) i criteri per la elaborazione dei piani di area vasta e per la definizione di intese ed accordi tra aziende, di cui all'articolo 8, comma 4 e per la disciplina della contrattazione con i soggetti privati accreditati;

h) le direttive relative alla organizzazione delle aziende sanitarie;

h bis) i criteri e le modalità per la costituzione di società, interamente partecipate dalle aziende sanitarie, finalizzate alla realizzazione delle strutture ed alla valorizzazione del patrimonio immobiliare; (262)

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

l) gli strumenti per l'integrazione delle medicine complementari negli interventi per la salute.

3. Per le politiche sociali in particolare sono definiti:

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

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

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

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

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

1) livelli essenziali delle prestazioni sociali;

2) dimensione degli interventi e dei servizi in atto;

3) bisogni di assistenza;

4) situazione demografica e territoriale delle diverse zone.

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

g) i criteri di accesso al fondo sociale regionale di solidarietà interistituzionale di cui all'articolo 46 della l.r. 41/2005;

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

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

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

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

Art. 20 - La valutazione delle politiche sanitarie e sociali integrate (103)

1. Sono strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata:

a) il rapporto annuale di monitoraggio e valutazione di cui al comma 2;

b) la relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 24;

c) la relazione sociale regionale di cui all'articolo 42 della l.r. 41/2005;

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

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

2. La Giunta regionale elabora ogni anno il rapporto di monitoraggio e valutazione relativo allo stato di attuazione della programmazione regionale ed ai risultati raggiunti in merito a specifici settori e obiettivi di salute e lo trasmette al Consiglio regionale.

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

- a) valutazioni epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione;
- b) valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

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

Art. 20 bis - Strumenti e procedure di valutazione (104)

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

Art. 20 ter - Istituzione di registri di rilevante interesse sanitario (105)

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

- a) registro tumori;
- b) registro difetti congeniti; (226)
- c) registro malattie rare;
- d) registro malattie demielinizzanti.

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

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

4. Le previsioni del regolamento di cui al comma 3 devono in ogni caso informarsi al principio di necessità di cui all'articolo 3 del d.lgs 196/2003.

Art. 21 - Piani integrati di salute (106)

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

2. È compito del PIS:

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

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

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

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

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

c) individuare le azioni attuative;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. La Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione del PIS.

Art. 22 - Piani attuativi locali

1. Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e degli indirizzi impartiti dalle conferenze aziendali dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, i PIS di zona-distretto; il piano attuativo locale ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti. (107)

2. Le conferenze aziendali dei sindaci, previo parere dei consigli comunali, formulano indirizzi per le aziende unità sanitarie locali per l'elaborazione del piano attuativo locale; le società della salute, o le conferenze zonali dei sindaci, contribuiscono altresì alla formulazione del piano attuativo locale, per le attività sanitarie e socio-sanitarie, attraverso i PIS di cui all'articolo 21. (107)

3. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale adotta il piano attuativo e lo trasmette alla conferenza aziendale dei sindaci, (108) che lo approva in sede plenaria.

4. Il direttore generale trasmette il piano attuativo approvato alla Giunta regionale che, entro quaranta giorni, ne verifica la conformità alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale; (108) nel caso di mancata approvazione da parte della conferenza aziendale dei sindaci, (108) la Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi confrontata con la conferenza aziendale dei sindaci, (108) autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività.

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

6. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale adotta il programma annuale di attività di cui al comma 5 entro l'anno precedente a quello di riferimento e lo trasmette alla conferenza aziendale dei sindaci, (108) che lo approva; successivamente il direttore generale trasmette il programma annuale alla Giunta regionale che verifica la conformità dello stesso alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale (108) entro quaranta giorni dal ricevimento; nel caso di mancata approvazione da parte della conferenza aziendale dei sindaci, (108) la Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi confrontata con la conferenza aziendale dei sindaci, (108) autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività.

Art. 23 - Piani attuativi ospedalieri

1. Il piano attuativo ospedaliero è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale (109) e del piano di area vasta, nonché degli indirizzi e valutazioni dell'organo di indirizzo, le aziende ospedaliero-universitarie programmano le attività di propria competenza.

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

3. Il piano attuativo ospedaliero ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti. (110)

4. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria adotta il piano attuativo ospedaliero entro l'anno precedente a quello di riferimento, lo trasmette all'Università ed alla competente articolazione di area vasta della *conferenza regionale delle società della salute*, (109) per l'acquisizione dei pareri di competenza. Il direttore generale trasmette il piano attuativo e le eventuali osservazioni alla Giunta regionale che, verificatane la conformità alla *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale*, (109) lo approva entro quaranta giorni dal ricevimento.

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

Art. 24 - Relazione sanitaria aziendale

1. La relazione sanitaria aziendale è lo strumento di valutazione e monitoraggio dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla *programmazione regionale e aziendale* e ne costituisce strumento rilevante per la definizione; la relazione sanitaria aziendale in particolare evidenzia i risultati conseguiti in termini di servizi e prestazioni, con riguardo anche agli obiettivi del piano attuativo e con distinto riferimento all'attività sanitaria e sociale integrata, alle attività sanitarie degli ambiti territoriali e a quella socio-assistenziale. (111)

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

3. La relazione sanitaria aziendale è trasmessa:

a) dalle aziende unità sanitarie locali alla Giunta regionale, *all'ARS e alla e alla conferenza aziendale dei sindaci*; (112)

b) dalle aziende ospedaliero-universitarie alla Giunta regionale, *all'ARS e alla conferenza regionale delle società della salute*. (112)

4. La *conferenza aziendale dei sindaci* (112) e le articolazioni di area vasta della *conferenza regionale delle società della salute* (112) esprimono le proprie valutazioni sulle relazioni sanitarie e le trasmettono alla Giunta regionale.

Art. 25 - Fondo sanitario regionale

1. Il fondo sanitario regionale è così composto:

a) *fondo ordinario di gestione destinato alle aziende unità sanitarie locali, per la erogazione ordinaria dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza ed al funzionamento degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta di cui all'articolo 100*; (113)

b) fondi per lo sviluppo dei servizi, destinati alla copertura di specifici fabbisogni e servizi di interesse generale, per attività di elevata qualificazione, per specifici programmi individuati dagli strumenti di *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale*, (114) per il sostegno degli investimenti e per la manutenzione e il rinnovo del patrimonio delle aziende sanitarie;

c) fondi finalizzati all'organizzazione del sistema, destinati a organismi ed enti a carattere regionale e a iniziative dirette della Regione in materia di innovazione e sviluppo del sistema.

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

Art. 26 - Determinazione del fabbisogno finanziario

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

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

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

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

Art. 27 - Finanziamento delle aziende unità sanitarie locali

1. Annualmente, la Giunta regionale provvede alla assegnazione alle aziende unità sanitarie locali del fondo ordinario di gestione, ripartendolo tra le stesse secondo i criteri definiti dal *piano sanitario e sociale integrato regionale. (115)*

I bis. Nell'assegnazione di cui al comma 1, sono individuate le quote del fondo da attribuire con vincolo di destinazione alle zone-distretto, tenuto conto delle determinazioni adottate dalla conferenza delle società della salute ai sensi dell'articolo 11, comma 4, lettera e) (116)

2. Alle aziende unità sanitarie locali sono altresì assegnate quote dei fondi per lo sviluppo dei servizi di cui all' articolo 25 , comma 1, lettera b), in relazione a specifici progetti previsti dagli strumenti della *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale. (115)*

3. *Abrogato. (117)*

Art. 28 - Finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie

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

2. Alle aziende ospedaliero-universitarie sono altresì assegnate quote dei fondi per lo sviluppo dei servizi di cui all' articolo 25 , comma 1, lettera b), per il finanziamento di funzioni di riferimento regionale non sufficientemente remunerate dalle tariffe e per specifiche finalità previste dagli strumenti di *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale. (118)*

Art. 29 - Finanziamento della mobilità sanitaria

1. Le prestazioni erogate all'assistito nell'ambito dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, definiti dal *piano sanitario e sociale integrato regionale, (119)* sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione privata o pubblica, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto alla

erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla Regione.

2. Per prestazioni residenziali di ricovero non ospedaliero, nel caso di cambiamento di residenza dell'assistito, in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223 (Approvazione del nuovo regolamento anagrafico della popolazione residente), la Giunta regionale può disciplinare il permanere della titolarità dei relativi oneri alla azienda unità sanitaria locale di residenza al momento del ricovero avendo a riferimento la durata del ricovero e la residenza del nucleo familiare di appartenenza.

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

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

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

6. La Giunta regionale, *fermo restando il diritto dei cittadini di ricorrere alle prestazioni dei produttori accreditati quando la struttura pubblica non sia in grado di assicurare le prestazioni nei tempi necessari, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale e in relazione alle risorse disponibili e all'attuazione della programmazione regionale, (120)* può sottoporre il sistema di erogazione delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie e delle istituzioni private a vincoli quantitativi circa il volume delle prestazioni ammesse, ovvero a vincoli finanziari tramite la determinazione di tetti di spesa e specifiche modalità di applicazione del sistema tariffario; i suddetti vincoli possono, a seguito di accordi stipulati con altre Regioni, riguardare anche le prestazioni rese a cittadini toscani fuori dal territorio regionale. Le aziende sanitarie, all'interno dell'area vasta di riferimento, tenuto conto delle vocazioni aziendali, definiscono annualmente accordi di ordine finanziario per le prestazioni sanitarie derivanti dai flussi di mobilità interaziendale.

Art. 30 - Finanziamento aziendale tramite tariffe

1. Le aziende sanitarie, nell'ambito dei propri fini istituzionali e nell'interesse pubblico, possono, previa autorizzazione della Giunta regionale, fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza; in tal caso le aziende sanitarie definiscono le modalità di valorizzazione, a carico delle istituzioni pubbliche o private o dei soggetti privati nei confronti dei quali le stesse sono erogate, tramite apposite tariffe determinate dall'azienda sanitaria sulla base dei costi onnicomprensivi sostenuti.

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

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

Art. 30 bis - Indebitamento delle Aziende e degli ESTAV (25)

1. Le aziende sanitarie possono contrarre indebitamento, previa autorizzazione, fino ad un massimo di trenta anni unicamente per il finanziamento di spese di investimento e fino ad un ammontare complessivo delle relative rate per capitale ed interessi non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario regionale di parte corrente loro attribuito ed avendo a riferimento l'insieme delle aziende sanitarie nonché degli enti di cui al comma 4.

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

3. La Giunta regionale autorizza le operazioni di indebitamento con propria deliberazione, previa verifica della congruità tra la tipologia dell'investimento e la durata del finanziamento, nonché previa analisi e valutazione economica della capacità delle aziende sanitarie di far fronte agli oneri conseguenti, e del complessivo rispetto del limite giuridico di indebitamento di cui al comma 1.

4. In casi eccezionali debitamente motivati nella deliberazione di cui al comma 3, gli Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV), nell'ambito dei limiti complessivi di cui al comma 1, possono essere autorizzati a contrarre indebitamento. In tal caso la Giunta regionale assicura, a valere sul fondo sanitario regionale e per l'intera durata dell'operazione, le risorse necessarie alla copertura degli oneri di ammortamento del debito.

Titolo IV - ORDINAMENTO

Capo I - Aziende sanitarie

Art. 31 - Aziende sanitarie

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

2. L'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato, di cui all'articolo 3, comma 1-bis, del decreto delegato, di seguito denominato statuto aziendale, secondo quanto previsto dall'articolo 50

Art. 32 - Aziende unità sanitarie locali (121)

1. Gli ambiti territoriali delle aziende unità sanitarie locali sono individuati nell'allegato A alla presente legge.

2. Le aziende unità sanitarie locali provvedono alla programmazione ed alla gestione delle attività definite nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, salvo quanto previsto nelle disposizioni del capo III bis del titolo V.

Art. 33 - Aziende ospedaliero-universitarie

1. Le aziende ospedaliero-universitarie, di cui all'allegato A alla presente legge, sono organizzate secondo la disciplina di cui all'articolo 2 del d.lgs. 517/1999.

2. Le aziende ospedaliero-universitarie assicurano, relativamente alle attività specialistiche loro attribuite dagli strumenti della programmazione regionale:

- a) le prestazioni di ricovero;
- b) le prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- c) le attività di emergenza e urgenza ospedaliera, organizzate in forma dipartimentale;

- d) le attività di ricerca clinica e preclinica;
- e) le attività didattiche legate al sistema regionale della formazione sanitaria secondo la disciplina di cui al titolo IV, capo V;
- f) le altre attività tipiche della facoltà di medicina e chirurgia inscindibilmente connesse con le attività assistenziali.

3. Le aziende ospedaliero-universitarie perseguono lo sviluppo delle attività di alta specializzazione quale riferimento di area vasta, in relazione a livelli qualitativi verificati ed in coerenza con l'ottimizzazione della rete ospedaliera e con le indicazioni della programmazione regionale.

Art. 34 - Sperimentazioni gestionali - Costituzione di società miste

1. Le aziende sanitarie, al fine di introdurre nella organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare rapporti in forma societaria con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale (122)* e relativamente alle attività in essa indicate.

2. E' fatto obbligo alle aziende di sottoporre preventivamente alla Giunta regionale lo schema dello statuto delle società che si intende costituire, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati gestionali attesi. La Giunta regionale propone l'atto conseguente al Consiglio regionale che l'approva entro i successivi 30 giorni. L'attivazione dei rapporti in forma societaria avviene nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 9-bis del decreto delegato.

3. Il Consiglio regionale verifica annualmente delle società costituite per "le sperimentazioni gestionali".

Capo II - Funzioni gestionali

Art. 35 - Organi

1. Gli organi delle aziende unità sanitarie locali sono:
 - a) il direttore generale;
 - b) il collegio sindacale.
2. Gli organi delle aziende ospedaliero-universitarie sono quelli indicati dall' articolo 4 del d.lgs. 517/1999 e disciplinati dai protocolli d'intesa di cui all' articolo 13 , comma 2. Nei casi di aziende ospedaliero-universitarie cui siano stati conferiti beni e risorse anche da parte universitaria, con l'atto aziendale di costituzione dell'azienda può essere istituito apposito organo paritetico cui è conferita la delega alla gestione economico-patrimoniale.

Art. 36 - Funzioni e competenze del direttore generale

1. Al direttore generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza delle aziende sanitarie ai sensi degli articoli 3 e 3-bis del decreto delegato.
2. Il direttore generale esercita le proprie funzioni direttamente ovvero delegandole nelle forme e secondo le modalità previste dallo statuto aziendale.
3. È riservata al direttore generale l'adozione dei seguenti atti:
 - a) *la nomina, la sospensione e la decadenza del direttore amministrativo, del direttore sanitario, e, per le aziende unità sanitarie locali, del direttore dei servizi sociali; (123)*
 - b) la nomina dei membri del collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni

competenti e la prima convocazione del collegio, ai sensi dell'articolo 3, comma 13, del decreto delegato;

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

d) lo statuto aziendale;

e) gli atti di bilancio;

f) i piani attuativi;

g) la relazione sanitaria aziendale;

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

i) la costituzione delle società di cui all'articolo 34;

i bis) *l'approvazione dello statuto e della convenzione della società della salute, ai sensi dell'articolo 71 quater, comma 4. (124)*

3 bis. Ove costituita la società della salute, il direttore generale è componente dell'assemblea dei soci di cui all'articolo 71 sexies e della giunta esecutiva di cui all'articolo 71 septies ovvero designa il rappresentante dell'azienda unità sanitaria locale ai fini della partecipazione alla medesima giunta. (125)

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

1. *Il direttore generale è nominato con le modalità previste dall'articolo 3 bis, comma 3, del decreto delegato tra i soggetti in possesso dei requisiti ivi previsti, che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età. (310)*

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

a) per le aziende unità sanitarie locali, previo confronto con la *conferenza aziendale dei sindaci. (126)*

b) per le aziende ospedaliero-universitarie, di intesa con il rettore dell'università interessata previo confronto con la competente articolazione di area vasta della *conferenza regionale delle società della salute. (126)*

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

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

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

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

7. Al direttore generale si applicano le disposizioni previste dall'articolo 4 della legge regionale 6 novembre 2012, n. 61 (Istituzione dell'anagrafe pubblica dei consiglieri e degli assessori regionali e norme in materia di trasparenza patrimoniale e associativa dei componenti degli organi della Regione e dei titolari di cariche istituzionali di garanzia e di cariche direttive. Abrogazione della l.r. 49/1983, abrogazione parziale della l.r. 68/1983, modifiche alla l.r. 38/2000, alla l.r. 74/2004 e alla l.r. 5/2008). (310)

7 bis. Annualmente l'operato del direttore generale viene valutato sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione. Il sistema di incentivazione della direzione è collegato alla valutazione dei risultati raggiunti da ciascuna azienda sanitaria misurati nell'ambito del sistema di valutazione dei rapporti annuali di monitoraggio e valutazione di cui all'articolo 20. (127)

7 ter. Non è consentita la nomina a direttore generale per più di tre mandati consecutivi nello stesso incarico presso la stessa azienda sanitaria; la durata complessiva dell'incarico non può comunque essere superiore a dieci anni. (128)

Art. 38 - Cause di incompatibilità e di inconferibilità del direttore generale (311)

1. Le cause di inconferibilità e di incompatibilità dell'incarico di direttore generale sono indicate nel decreto delegato e nel decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190).

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

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

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

1. Le cause di decadenza e revoca dalla nomina del direttore generale sono quelle previste agli articoli 3 e 3-bis del decreto delegato nonché quelle previste dal contratto di cui all'articolo 37, comma 4; la pronuncia della decadenza e della revoca comportano la risoluzione di diritto del contratto con il direttore generale.

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

3. La decadenza dalla nomina è pronunciata dal Presidente della Giunta regionale.

4. Nei casi di decadenza o revoca, sono preventivamente acquisiti per il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale il parere della *conferenza aziendale dei sindaci* (129) e, per il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, l'intesa con il rettore dell'università interessata, nonché il parere della competente articolazione di area vasta della *conferenza regionale delle società della salute*. (129)

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

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

7. Nei casi di cui al comma 6, il Presidente della Giunta regionale informa tempestivamente della decadenza del direttore generale o dell'eventuale commissariamento aziendale, la *conferenza aziendale dei sindaci*, (129) per l'azienda unità sanitaria locale, il rettore dell'università interessata e la competente articolazione di area vasta della *conferenza regionale delle società della salute* (129) per l'azienda ospedaliero-universitaria.

8. La *conferenza aziendale dei sindaci* (129) ovvero, per le aziende ospedaliero-universitarie, la competente articolazione di area vasta della *conferenza regionale delle società della salute*, (129) nel caso di manifesta inattuazione dei piani attuativi locali, possono chiedere al Presidente della Giunta regionale di revocare il direttore generale o, qualora il contratto sia già scaduto, di non disporre la conferma.

9. *In caso di decadenza o revoca del direttore generale, il Presidente della Giunta regionale nomina un commissario. (130)*

9 bis. *Il commissario di cui al comma 9:*

- a) *possiede i requisiti per la nomina a direttore generale;*
- b) *esercita le funzioni del direttore generale e, salvo diversa previsione dell'atto di nomina, sostituisce i direttori amministrativo e sanitario e ne esercita le funzioni;*
- c) *resta in carica per non oltre dieci (293) mesi. (131) (296)*

10. *In attesa della conclusione del procedimento di revoca o di decadenza del direttore generale, il Presidente della Giunta regionale può sospenderlo dalle funzioni qualora ricorrano gravi motivi e sussistano situazioni di urgente necessità. (130)*

10 bis. *Nei casi di cui al comma 10 il Presidente della Giunta regionale, contestualmente alla sospensione, nomina un commissario ai sensi e per gli effetti del comma 9 bis. (131)*

11. *Fino alla nomina del commissario, esercita le funzioni di direttore generale il più anziano di età fra il direttore amministrativo e sanitario. (130)*

12. Per le aziende ospedaliero-universitarie, i protocolli d'intesa di cui all'articolo 13, comma 2, tra Regione e università disciplinano i procedimenti di verifica dei risultati dell'attività dei direttori generali e le relative procedure di conferma e revoca, sulla base dei principi di cui all'articolo 3-bis del decreto delegato.

12 bis. *Nel caso di dimissioni o morte del direttore generale si applicano i commi 9, 9 bis e 11. (132)*

Art. 40 - Il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali (133)

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

2. *Il direttore generale nomina il direttore amministrativo e il direttore sanitario fra i soggetti iscritti negli elenchi di cui all'articolo 40 bis.*

3. *Nelle aziende unità sanitarie locali, nel cui territorio sono presenti zone in cui non è costituita la società della salute, lo statuto aziendale di cui all'articolo 50, può prevedere che il direttore sia coadiuvato da un direttore dei servizi sociali con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di cui all'articolo 3 septies del decreto delegato. (273)*

4. *Il direttore dei servizi sociali della azienda unità sanitaria locale è nominato dal direttore generale tra i soggetti iscritti negli elenchi di cui all'articolo 40 bis, sentita la conferenza aziendale dei sindaci; si applica la disposizione di cui all'articolo 3, comma 11 del decreto delegato.*

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

- a) diploma di laurea in scienze della formazione, in sociologia, o in discipline equipollenti a indirizzo sociologico;
- b) diploma di laurea specialistica in servizio sociale;
- c) iscrizione nella sezione A dell'albo di cui al combinato disposto della legge 23 marzo 1993, n. 84 (Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale) e del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328 (Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti).

6. Il trattamento economico del direttore dei servizi sociali è determinato con deliberazione della Giunta regionale in misura non superiore al 70 per cento del trattamento base attribuito al direttore generale, tenendo conto in particolare della complessità delle funzioni esercitate.

7. Il rapporto di lavoro del direttore sanitario, del direttore amministrativo e del direttore dei servizi sociali è esclusivo, non è compatibile con cariche pubbliche elettive o di nomina ed è regolato da contratto di diritto privato rinnovabile; tale contratto, redatto sulla base di uno schema tipo approvato dalla Giunta regionale, è stipulato dall'azienda sanitaria.

8. La nomina a direttore sanitario e a direttore amministrativo determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa ai sensi dell'articolo 3-bis, comma 11, del decreto delegato.

9. La nomina a direttore dei servizi sociali di dipendenti della Regione, di un ente o di una azienda regionale, ovvero di una azienda sanitaria con sede nel territorio regionale, determina il collocamento in aspettativa senza assegni ed il diritto al mantenimento del posto; l'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta.

10. Il direttore generale risolve il contratto stipulato con il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali, qualora sopravvengano:

- a) alcuno dei fatti previsti dall'articolo 3, comma 11, del decreto delegato ovvero non siano state rimosse le cause di incompatibilità;
- b) gravi motivi;
- c) violazione di legge o del principio del buon andamento e di imparzialità della pubblica amministrazione.

11. Il rapporto di lavoro del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali si risolve di diritto decorsi sessanta giorni dalla nomina del nuovo direttore generale, se questi non provvede alla loro riconferma.

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

Art. 40 bis - Elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo, a direttore sanitario e a direttore dei servizi sociali (134)

1. Presso la competente struttura della Giunta regionale sono istituiti gli elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo di aziende unità sanitarie locali, aziende

ospedaliero-universitarie e enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta, degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario di aziende unità sanitarie locali e di aziende ospedaliero-universitarie e degli aspiranti alla nomina a direttore dei servizi sociali di aziende unità sanitarie locali.

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

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

4. La competente struttura della Giunta regionale, accertata la regolarità formale delle domande, pervenute ai sensi del comma 2 e 3, verifica la sussistenza dei requisiti previsti agli articoli 3 e 3 bis del decreto delegato e all'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale)

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

6. I provvedimenti di nomina del direttore sanitario, del direttore dei servizi sociali (227) e del direttore amministrativo sono pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana. Contestualmente alla pubblicazione di cui al presente comma, i provvedimenti di nomina, corredata dal relativo curriculum vitae, sono pubblicati sul sito web della Giunta regionale, in apposita sezione dedicata all'elenco. Nella stessa sezione sono pubblicati tutti i nominativi degli aspiranti alle cariche di direttore amministrativo e di direttore sanitario inseriti nell'elenco, nonché i relativi curricula.

Art. 41 - Collegio sindacale. Nomina e funzionamento

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

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

2 bis. Qualora entro quarantacinque giorni dalla cessazione del mandato il direttore generale non provveda alla ricostituzione del collegio, il Presidente della Giunta regionale nomina in via straordinaria, nei successivi trenta giorni, un collegio di tre componenti in possesso dei requisiti prescritti. Decorso inutilmente il predetto termine, vi provvede il Ministero dell'economia e delle finanze nominando propri funzionari. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto di nomina del nuovo collegio. (312)

3. Entro dieci giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza della cessazione di uno o più componenti a seguito di dimissioni, vacanza o qualunque altra causa, il direttore generale provvede a chiedere una nuova designazione all'amministrazione competente ed alla ricostituzione del collegio nel termine di trenta giorni dalla data di designazione. In caso di mancanza di più di due componenti deve procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione dell'intero collegio entro il termine di trenta giorni il Presidente della Giunta regionale provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della Regione e due designati dal Ministero del tesoro in possesso dei requisiti prescritti dalla normativa vigente. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. (313)

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

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

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

Art. 42 - Collegio sindacale. Funzioni

1. Il collegio sindacale:

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

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

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

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

5. Nell'ambito delle proprie funzioni di controllo sulla attività della azienda sanitaria, il collegio può eseguire controlli a campione; a tal fine all'inizio di ogni seduta definisce, dandone atto nel libro delle adunanze e nel verbale, i criteri di campionamento che intende utilizzare nell'esame degli atti; il collegio deve indicare le indagini eseguite, i criteri applicati e i risultati conseguiti anche nella relazione trimestrale di cui al comma 8.

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

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

7. Il collegio esamina il bilancio preventivo economico annuale, il bilancio pluriennale e il bilancio di esercizio ed esprime le proprie osservazioni in una relazione che trasmette al direttore generale; copia di tale relazione è allegata agli atti di bilancio e trasmessa alla Giunta regionale per l'approvazione di cui all' articolo 10 , comma 3.

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

Capo III - Funzioni consultive del governo clinico

Art. 43 - Le strutture regionali del governo clinico

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

- a) Organizzazione toscana trapianti;
- b) Istituto toscano tumori;
- c) *Centro regionale sangue; (228)*
- d) Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente;
- d bis) *Rete Toscana per la Medicina Integrata. (245)*

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

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

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

Art. 44 - Consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali

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

- a) la rappresentanza medica è costituita da ventisette membri; i componenti sono eletti,

assicurando la presenza maggioritaria della componente ospedaliera; tale rappresentanza è composta da diciotto dirigenti medici ospedalieri, scelti in modo tale da garantire una rappresentanza equilibrata delle diverse strutture organizzative funzionali previste dallo statuto aziendale, da tre medici dirigenti delle attività extra ospedaliere, di cui almeno uno del dipartimento di prevenzione, da quattro medici convenzionati, di cui due medici di medicina generale, un pediatra di libera scelta ed un medico specialista ambulatoriale, da un medico veterinario eletto tra i dirigenti, un rappresentante delle medicine complementari;

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

c) tre componenti in rappresentanza del personale infermieristico che assicurino la rappresentatività sia delle attività ospedaliere che di quelle territoriali;

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

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

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

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

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

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

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

3. L'elezione avviene a scrutinio segreto; ciascun elettore partecipa con voto limitato all'ambito della componente di appartenenza, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere; risultano eletti coloro che abbiano ottenuto il maggior numero di voti validamente espressi, nel rispetto, comunque, del principio di rappresentatività delle attività ospedaliere ed extraospedaliere di cui al comma 1, lettere b) e c).

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

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

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

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

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

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

3. La componente elettiva è così articolata:

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

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

c) da quattro a sei componenti in rappresentanza degli altri laureati, in misura pari tra la componente universitaria e quella ospedaliera;

d) tre componenti in rappresentanza del personale infermieristico;

e) tre componenti in rappresentanza dei tecnici sanitari, assicurando la rappresentatività rispettivamente delle aree professionali della riabilitazione, tecnica sanitaria e della prevenzione.

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

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

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

c) partecipa all'elezione della rappresentanza infermieristica di cui al comma 3, lettera d), tutto il personale di assistenza infermieristica della azienda ospedaliero-universitaria;

d) partecipa all'elezione della rappresentanza del personale tecnico sanitario di cui al comma 3, lettera e) tutto il personale tecnico sanitario e di riabilitazione della azienda ospedaliero-universitaria;

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

5. L'elezione avviene a scrutinio segreto; ciascun elettore partecipa con voto limitato all'ambito della componente di appartenenza, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere.

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

7. Qualora, a seguito di cambiamenti nella composizione della rappresentanza medica, si verifichi uno squilibrio tra componente ospedaliera e componente universitaria, in ottemperanza del principio della pariteticità delle componenti, di cui al comma 2, il membro elettivo della componente in eccesso che ha conseguito il minor numero di voti al momento dell'elezione è sostituito dal primo dei non eletti della componente in difetto; il direttore generale procede alla sostituzione; in assenza di dirigenti non eletti della componente in difetto, si applicano le disposizioni di cui al comma 9.

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

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

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

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

1. Il consiglio dei sanitari è organismo consultivo delle aziende e si esprime sugli atti di cui agli articoli 22 , 23 , 24 e 50 , nonché sulle materie individuate dallo statuto aziendale con particolare riferimento a quelle di carattere organizzativo e di funzionamento dei servizi, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 12 del decreto delegato; il consiglio dei sanitari si esprime entro il termine di venti giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste di parere; il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal consiglio dei sanitari.

2. Il consiglio dei sanitari dura in carica tre anni; le elezioni del nuovo consiglio hanno luogo entro trenta giorni dalla cessazione del precedente e sono indette dal direttore generale nei sessanta giorni antecedenti la scadenza.

3. Il consiglio dei sanitari è convocato dal direttore sanitario che lo presiede; nella prima seduta il consiglio elegge a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto tre vice presidenti, di cui due medici, appartenenti, nell'azienda ospedaliero-universitaria, a ciascuna delle componenti di cui all' articolo 45 , comma 3, lettera a).

4. Le sedute del consiglio sono valide solo in caso di partecipazione, in prima convocazione, di almeno la metà dei componenti; le determinazioni sono prese a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto; in caso di parità di voto, prevale il voto del presidente.

Art. 47 - Elezioni del consiglio dei sanitari

1. Le modalità di elezione del consiglio dei sanitari ed i relativi criteri di selezione dei candidati, sono disciplinati da apposito regolamento, adottato dal direttore generale.

2. Il regolamento assicura il rispetto delle previsioni di cui all'articolo 44, comma 1, lettera a), ed all' articolo 45 , comma 3, lettera a).

Art. 48 - Collegio di direzione delle aziende sanitarie

1. In ogni azienda sanitaria è costituito il collegio di direzione, di cui la direzione aziendale si avvale per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali; il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il collegio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'azienda con modalità disciplinate dallo statuto; la disciplina prevede la convocazione periodica dell'organismo da parte del direttore sanitario, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione del collegio di direzione all'azione di governo.

2. Il collegio di direzione è composto da:

- a) il direttore sanitario, che lo presiede;

- b) i vice presidenti del consiglio dei sanitari;
- c) i direttori dei dipartimenti e, ove non costituiti, i responsabili delle aree funzionali ospedaliere di cui all'articolo 68;
- d) i direttori infermieristico e tecnico sanitario di cui all'articolo 62, comma 5;
- e) un rappresentante dei medici convenzionati.

3. *Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte del collegio di direzione anche il coordinatore sanitario ed il coordinatore sociale di zona di cui all'articolo 64, comma 7, ed i direttori dei presidi ospedalieri. (135)*

4. Nelle aziende ospedaliero-universitarie i membri di cui al comma 2, lettere b) e c), sono complessivamente in numero uguale per le componenti universitaria ed ospedaliera; a tal fine, ove si verificasse uno squilibrio tra le due componenti, il collegio di direzione è integrato dal numero di membri necessario per raggiungere la parità, designati dai dipartimenti tra i dirigenti laureati responsabili di strutture organizzative all'interno dei dipartimenti stessi.

5. Al collegio di direzione partecipano altresì il direttore amministrativo e il farmacista incaricato dal direttore sanitario del coordinamento e dell'integrazione a livello aziendale delle politiche del farmaco.

Art. 49 - Collegio di direzione di area vasta

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

2. Il collegio di direzione è costituito:

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

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

Capo IV - Statuto aziendale

Art. 50 - Statuto aziendale (136)

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

2. *Sono contenuti nello statuto aziendale:*

- a) *la sede legale dell'azienda;*
- b) *le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica, e le competenze dei relativi responsabili;*
- c) *le modalità di costituzione e di funzionamento dei dipartimenti di coordinamento tecnico;*
- d) *le procedure per la sostituzione, in caso di assenza e impedimento, del direttore amministrativo e sanitario e, per le aziende unità sanitarie locali, del direttore dei servizi sociali e del responsabile della zona-distretto;*

e) la disciplina delle modalità per il conferimento delle deleghe di cui all'articolo 36, comma 2, fatto salvo quanto previsto al comma 3 del medesimo articolo.

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

4. Lo schema di statuto aziendale è trasmesso dal direttore generale alla Giunta regionale allo scopo di acquisire il parere sulla coerenza dell'atto stesso con la programmazione regionale, nonché con i principi ed i criteri stabiliti dalla legge. La Giunta regionale esprime il proprio parere entro il termine di sessanta giorni dalla data di ricevimento, decorso il quale il direttore generale può procedere all'approvazione dello statuto aziendale.

5. Per le aziende unità sanitarie locali sono disciplinati con atti regolamentari, previo parere delle società della salute, ove costituite, le modalità di partecipazione dei medici convenzionati alle attività di gestione e programmazione dei servizi sanitari territoriali di zona e di programmazione dei servizi ospedalieri in rete, anche al fine di consentire lo sviluppo dell'accesso dei medici di fiducia ai presidi delle aziende sanitarie e di garantire la continuità del percorso assistenziale.

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

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

a) la definizione delle specifiche finalità delle articolazioni organizzative professionali che tengono conto della presenza di attività didattica e di ricerca;

b) le modalità di designazione dei rappresentanti elettivi al collegio di direzione di cui all'articolo 48, comma 4, ed ai comitati di dipartimento.

Capo V - Formazione sanitaria e ricerca

Art. 51 - La rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua (287)

1. La Giunta regionale, al fine di promuovere opportunità di sviluppo dei centri di eccellenza e l'innalzamento omogeneo della qualità dell'assistenza della rete ospedaliera, tenuto conto della *programmazione sanitaria e sociale integrata locale e di area vasta, (137)* dei dati di mobilità sanitaria extraregionale, del bacino di utenza delle singole aziende sanitarie e dei relativi bisogni di salute, può finanziare, sentita la commissione regionale per la formazione di cui al comma 4, programmi di perfezionamento del personale mediante la stipula di specifici accordi con le università ed i centri specialistici regionali, nazionali ed esteri di riferimento nelle specifiche materie di interesse strategico.

2. Con le finalità di cui al comma 1, per valorizzare le risorse professionali esistenti all'interno del servizio sanitario regionale e adeguare la formazione degli operatori al modello produttivo e organizzativo del servizio stesso, la Giunta regionale istituisce la rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua.

3. *La rete è costituita dal sistema delle aziende sanitarie e degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta di cui all'articolo 100, dalle società della salute, dall'ARS, dagli enti di ricerca e dagli istituti di cui all'articolo 14, dall'ISPO di cui alla legge regionale 4 febbraio 2008, n. 3 (Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica "ISPO". Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e la Prevenzione*

Oncologica "CSPO"). La rete si avvale della collaborazione delle università toscane e degli ordini e collegi professionali della Regione. (138)

4. Ferme restando le competenze degli organismi previsti dai contratti collettivi di lavoro, la Giunta regionale istituisce, sentito il consiglio sanitario regionale e nel rispetto del criterio della rappresentatività delle figure professionali che operano all'interno del servizio sanitario regionale pubblico e privato, delle professioni e con la partecipazione dell'università, una apposita commissione regionale per la formazione sanitaria, quale organismo di supporto per la definizione delle linee di indirizzo sulla rete formativa.

4 bis. Alla nomina della commissione provvede il Presidente della Giunta regionale. (62)

5. La commissione per la formazione sanitaria elabora proposte e formula pareri in materia di formazione continua relativamente a:

- a) programmazione regionale, di area vasta e aziendale della formazione continua;
- b) indirizzo e coordinamento del sistema formativo del servizio sanitario regionale;
- c) disciplina della modalità e degli strumenti per regolamentare gli apporti economici esterni alla formazione del servizio sanitario regionale;
- d) criteri e procedure per l'accreditamento degli eventi formativi, residenziali e sul campo;
- e) criteri e procedure per l'accreditamento delle agenzie formative pubbliche e private;
- f) criteri e indirizzi per lo sviluppo della qualità delle metodologie formative ivi compresa la formazione a distanza e per la promozione della formazione interprofessionale;
- g) determinazione dei criteri per la scelta delle sedi didattiche.

6. La Giunta regionale promuove la realizzazione di un'anagrafe da parte dei soggetti pubblici e privati del servizio sanitario regionale per la registrazione dei crediti formativi degli operatori in collaborazione con gli ordini, collegi e associazioni professionali; gli ordini, collegi e associazioni professionali certificano i crediti conseguiti dai professionisti sanitari iscritti negli albi.

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

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

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

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

Art. 53 - Formazione specialistica

Abrogato. (139)

Art. 54 - La ricerca e l'innovazione

1. Per lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione in sanità, la Giunta regionale promuove anche attraverso la costituzione di apposite strutture organizzative, il coordinamento e favorisce la complementarità delle azioni intraprese dai soggetti del servizio sanitario regionale, da quelli di cui agli articoli 13 e 14, dai centri regionali di ricerca e innovazione, dal volontariato e dai privati, nonché il trasferimento dei risultati di eccellenza raggiunti; il *piano sanitario e sociale integrato regionale (140)* può prevedere a tali fini l'utilizzo dei finanziamenti del fondo sanitario regionale. *La Regione promuove la ricerca scientifica che prende in considerazione le differenze fra donna e uomo in relazione alla protezione della loro salute, in particolar modo per quanto riguarda l'accessibilità e l'attività diagnostica e terapeutica, sia nell'ambito degli studi clinici che in quello assistenziale. (223)*

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

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

TITOLO V - ORGANIZZAZIONE

Capo I - Principi organizzativi

Art. 55 - Principi e finalità dell'organizzazione

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

2. In applicazione dei principi di cui al decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze della amministrazioni pubbliche), come modificato dalla legge 15 luglio 2002, n. 145 , le attività di produzione ed erogazione delle prestazioni, sono articolate in strutture organizzative, secondo criteri di omogeneità e di funzionalità; ad ogni struttura organizzativa è preposto un responsabile.

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

- a) analisi dei bisogni socio – sanitari;
- b) flessibilità delle strutture organizzative e delle procedure;
- c) responsabilità di budget;
- d) integrazione ed interazione tra diverse professionalità;
- e) condivisione delle risorse;
- f) umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
- g) previsione di strumenti organizzativi interaziendali;
- h) sviluppo della funzione di pianificazione strategica e di controllo direzionale;

i) raggiungimento di obiettivi di qualità, di adeguati livelli di qualificazione ed economicità dell'attività;

j) valutazione dei risultati raggiunti.

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

Art. 55 bis - Criteri per l'assegnazione del personale nelle strutture organizzative (229)

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

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

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

Art. 56 - Funzioni di pianificazione, programmazione e controllo (141)

1. Le aziende per il raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 55, organizzano le proprie attività secondo le seguenti funzioni:

a) pianificazione strategica;

b) controllo direzionale;

c) programmazione operativa. (142)

1 bis. Le aziende unità sanitarie locali concorrono alla programmazione delle attività territoriali attraverso la partecipazione alle società della salute, ove costituite. Tale programmazione è coordinata con le funzioni di cui al comma 1. (143)

2. Abrogato. (144)

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

4. La funzione di controllo direzionale è svolta a livello di direzione aziendale dal direttore generale, che si avvale delle strutture organizzative di staff, attraverso la definizione di apposite procedure di controllo del raggiungimento degli obiettivi in termini di servizi erogati e del corretto utilizzo delle risorse umane e materiali.

5. Abrogato. (144)

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

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

Art. 57 - Direzione aziendale

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

2. *Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte della direzione aziendale anche il responsabile di zona e il direttore dei servizi sociali. (145)*

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

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

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

6. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo e, per i provvedimenti relativi alle materie di cui all'articolo 33, comma 2, dal parere reso dal direttore dei servizi sociali, nonché per i provvedimenti di cui all'articolo 46, comma 1, dai pareri del consiglio dei sanitari e, per quelli di cui al comma 5, dai pareri dell'ufficio di direzione.

Art. 58 - Funzioni operative

1. Le funzioni operative delle aziende sanitarie sono quelle indicate dal repertorio allegato al *piano sanitario e sociale integrato regionale. (146)*

2. Le funzioni operative sono attribuite alla competenza delle strutture organizzative professionali per quanto riguarda gli specifici processi professionali e per le relative attività di supporto e sono esercitate all'interno di strutture organizzative funzionali; a questo fine il personale delle strutture organizzative professionali dipende, sotto il profilo tecnico professionale, dal responsabile della unità operativa di appartenenza, sotto il profilo organizzativo dal responsabile della struttura organizzativa funzionale in cui è collocato.

Art. 59 - Direzione di strutture organizzative sanitarie (8)

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

2. Gli incarichi di direzione di struttura, nonché dei programmi di cui all'articolo 5, comma 4, del d.lgs. 517/1999 sono conferiti ai professori e ai ricercatori universitari, di cui allo stesso articolo 5, che svolgano un'attività assistenziale esclusiva per tutta la durata dell'incarico.

Art. 59 bis - Conferimento dell'incarico di direzione di struttura complessa per la dirigenza del ruolo sanitario. (147)

1. *L'incarico di direzione di struttura complessa è conferito ai dirigenti del ruolo sanitario in possesso dei requisiti di cui al d.p.r. 484/1997 dal direttore generale dell'azienda sanitaria o*

di altro ente del servizio sanitario regionale, previo avviso da pubblicare sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana, sulla Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana e sul sito internet dell'azienda o ente.

2. Nell'avviso di cui al comma 1, sono esplicitate le specificità proprie del posto da ricoprire, evidenziando la tipologia di attività svolta nella struttura e le conseguenti caratteristiche richieste al direttore della struttura medesima.

3. La commissione di cui all'articolo 15, comma 7 bis, lettera a), del decreto delegato seleziona i candidati sulla base della valutazione del curriculum professionale e degli esiti di un colloquio, facendo riferimento ai criteri di valutazione previsti dall'articolo 8 del d.p.r. 484/1997.

4. Il punteggio massimo attribuibile dalla commissione al curriculum professionale e al colloquio è indicato nell'avviso di cui al comma 1.

5. Il direttore generale individua il candidato cui conferire l'incarico nell'ambito di una terna di candidati idonei predisposta dalla commissione sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Qualora il direttore generale intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, deve motivare analiticamente la scelta.

6. Per tutto quanto non disciplinato dal presente articolo, si applica la normativa statale vigente.

Capo II - Articolazione organizzativa professionale

Art. 60 - Strutture organizzative professionali e loro compiti

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

- a) concorrono, sotto il profilo tecnico professionale, alla formazione degli atti di programmazione;
- b) partecipano alle procedure informative, a quelle contabili, di controllo di gestione e di verifica e revisione della qualità delle prestazioni, istituite dall'azienda sanitaria;
- c) concorrono alla definizione dei programmi aziendali di formazione permanente, di miglioramento continuo della qualità, di educazione sanitaria, di informazione e di relazione con gli assistiti;
- d) concorrono alla definizione dei programmi aziendali di incentivazione degli operatori e di sviluppo del livello delle dotazioni tecnologiche e strumentali;
- e) definiscono, nell'ambito di propria competenza, apposite procedure operative e protocolli d'intervento;
- f) concorrono ai processi gestionali e di integrazione professionale di competenza delle strutture organizzative funzionali.

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

1. Le strutture organizzative professionali sono costituite avendo a riferimento livelli ottimali di attività individuati dalle aziende sanitarie nel rispetto delle indicazioni di cui al comma 2.

2. Le strutture organizzative professionali sono costituite avendo a riferimento le funzioni operative di cui all' articolo 58 ed in previsione dei seguenti risultati annualmente verificati:

- a) miglioramento degli standard qualitativi delle attività svolte;

b) tempestività ed adeguatezza di risposta ai problemi operativi e professionali tipici delle funzioni svolte;

c) costante aggiornamento professionale e corrispondente miglioramento della capacità operativa.

3. Il *piano sanitario e sociale integrato regionale (148)* individua le soglie operative o i livelli di operatività al di sotto dei quali non è consentita l'attivazione delle strutture organizzative professionali in relazione al raggiungimento dei risultati di cui al comma 2.

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

a) volumi di attività corrispondenti al mantenimento di livelli qualitativamente validi ed economicamente adeguati, anche in relazione alle norme vigenti in materia di accreditamento;

b) obiettivi di funzionamento in rete dei servizi di assistenza ospedaliera definiti a livello di pianificazione regionale, di concertazione di area vasta e di pianificazione aziendale.

5. Il *piano sanitario e sociale integrato regionale (148)* definisce le funzioni operative e le corrispondenti strutture organizzative professionali la cui costituzione presso le aziende sanitarie è vincolata alla predisposizione di appositi programmi regionali attinenti l'organizzazione ottimale dei servizi a livello di sistema.

6. Il *piano sanitario e sociale integrato regionale (148)* individua altresì i margini di flessibilità nell'utilizzo di tali soglie in relazione a particolari condizioni territoriali, epidemiologiche e demografiche, nonché specifici vincoli e criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali alle quali sono attribuite le funzioni operative.

7. Il *piano sanitario e sociale integrato regionale (148)* individua i criteri per la costituzione delle strutture organizzative dirigenziali delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e dell'assistenza sociale ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) come modificata dal decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito in legge 26 maggio 2004, n. 138.

8. Per le aziende ospedaliero-universitarie, nell'ambito dei protocolli d'intesa per le attività assistenziali stipulati tra la Regione e le università, sono determinati:

a) i criteri generali di riferimento per l'individuazione del numero delle unità operative ed in particolare per l'applicazione delle soglie operative di cui alla lettera b);

b) le soglie operative, rappresentate dal numero minimo dei casi necessario a garantire l'adeguata qualificazione delle strutture organizzative professionali;

c) i criteri di applicazione delle funzioni operative previste dal repertorio di cui all'articolo 58, comma 1, alle aziende ospedaliero-universitarie.

9. Le aziende ospedaliero-universitarie possono costituire in via sperimentale, previa autorizzazione della Giunta regionale, strutture organizzative professionali per funzioni operative non previste nel repertorio di cui all'articolo 58, comma 1; tali strutture sono attribuite alle dirette dipendenze di un dipartimento; a seguito di verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati economici conseguiti nell'arco di un triennio, possono essere mantenute in via definitiva dalle aziende medesime, anche previa trasformazione in unità operativa; la relativa funzione operativa è inserita nel repertorio con le procedure previste per l'*attuazione (149) del piano sanitario e sociale integrato regionale. (148)*

Art. 62 - Responsabilità delle strutture organizzative professionali

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

a) ad un dirigente del ruolo sanitario per le unità operative titolari di funzioni operative sanitarie, ai sensi dell'articolo 15-quater del decreto delegato;

b) ad un dirigente delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 e successive modifiche per le unità operative relative alle corrispondenti aree professionali classificate di livello dirigenziale secondo i criteri stabiliti dal *piano sanitario e sociale integrato regionale*; (150)

c) ad un collaboratore professionale, esperto delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 e successive modifiche e della professione di assistente sociale per le unità operative diverse da quelle di cui alla lettera b);

d) ad un dirigente dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, per le unità operative titolari di funzioni operative di carattere tecnico ed amministrativo.

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

3. Il responsabile delle unità operative è denominato direttore.

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

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

Capo III - Articolazione organizzativa funzionale

Art. 63 - Strutture organizzative funzionali delle aziende sanitarie

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

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

a) area funzionale amministrativa;

b) area funzionale tecnica;

c) staff della direzione aziendale;

d) staff della direzione sanitaria.

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

a) per le aziende unità sanitarie locali:

1) le unità funzionali per i servizi territoriali di zona-distretto e della prevenzione;

2) le aree di cui all' articolo 68 , comma 2, lettera a); (151)

3) il dipartimento della prevenzione, i suoi settori organizzativi e le relative aree funzionali di zona-distretto;

b) per le aziende ospedaliero-universitarie: i dipartimenti del presidio ospedaliero.

4. Per le strutture funzionali di cui al comma 2, lettere a) e b), e al comma 3, lettera a), numero 2), il direttore generale nomina tra i dirigenti dell'azienda sanitaria un responsabile che svolge le seguenti funzioni:

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

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

- a) è responsabile del budget derivato dal budget della zona-distretto;
- b) è responsabile della programmazione operativa della struttura;
- c) dirige il personale delle strutture organizzative professionali, assegnato direttamente all'unità funzionale per lo svolgimento delle proprie funzioni.

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

Art. 64 - Zona-distretto (152)

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

2. Le zone-distretto:

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

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

4. Il responsabile di zona provvede a:

- a) coordinare le attività amministrative svolte nella zona-distretto, ivi comprese quelle di cui all'articolo 4, comma 9 del decreto delegato, avvalendosi della apposita struttura amministrativa individuata dal repertorio di cui all'articolo 58, comma 1;*
- b) garantire rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'azienda unità*

sanitaria locale e gli enti locali;

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

5. Nel territorio della zona-distretto il responsabile di zona è coadiuvato da un comitato di coordinamento composto da:

a) un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta e uno specialista ambulatoriale convenzionato, designati, rispettivamente, dai medici di medicina generale, dagli specialisti pediatri e dagli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nella zona-distretto;

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

c) un rappresentante delle associazioni di volontariato, designato dalla consulta del terzo settore, laddove costituita la società della salute;

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Nelle zone nelle quali sono costituite le società della salute, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale delega al direttore della società della salute le funzioni di responsabile di zona, che le esercita sulla base dell'intesa prevista all'articolo 50, comma 6, e ai sensi del regolamento di cui all'articolo 71 quindicesimo. (230)

Art. 64 bis - Rapporto di lavoro del responsabile di zona (153)

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

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

b) soggetti in possesso di diploma di laurea che abbiano maturato esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa di organismi, aziende o enti pubblici o privati;

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

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

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

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

4. Il servizio prestato in forza del contratto è utile ad ogni effetto ai fini dei trattamenti di quiescenza e di previdenza nel rispetto della normativa vigente in materia previdenziale nonché ai fini dell'anzianità.

5. La nomina a responsabile di zona dei dipendenti della Regione, di un ente o di una azienda regionale ovvero di una azienda sanitaria con sede nel territorio regionale determina il collocamento in aspettativa senza assegni ed il diritto al mantenimento del posto; l'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta.

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

Abrogato. (154)

Art. 66 - L'organizzazione della zona-distretto

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

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

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

a) negozia il budget con il responsabile di zona; (155)

b) è responsabile della programmazione operativa della struttura organizzativa di propria competenza;

c) dirige il personale delle strutture organizzative professionali assegnato direttamente all'unità funzionale per lo svolgimento delle proprie funzioni.

4. In ogni zona-distretto il responsabile di zona assicura il coordinamento (156) delle unità funzionali che operano nei seguenti settori di attività:

a) attività sanitarie di comunità;

b) salute mentale;

c) assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti;

d) assistenza sociale.

4 bis. Nelle zone-distretto dove sono costituite le società della salute il coordinamento fra le unità funzionali dell'azienda unità sanitaria locale di cui al comma 4 e quelle istituite nelle società della salute è assicurato dal direttore della società della salute. (157)

Art. 67 - Dipartimento della prevenzione (305)

1. In ciascuna azienda unità sanitaria locale il dipartimento della prevenzione è la struttura preposta alla tutela della salute collettiva; il dipartimento, mediante azioni volte ad individuare e prevenire i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, anche attraverso attività di sorveglianza epidemiologica, persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità degli stili di vita.

2. Il dipartimento della prevenzione si articola nelle seguenti unità funzionali, a valenza aziendale:

- a) igiene pubblica e della nutrizione;*
- b) sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;*
- c) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;*
- d) medicina dello sport.*

3. Il direttore del dipartimento della prevenzione è nominato dal direttore generale su proposta del direttore sanitario. Il direttore del dipartimento negozia con la direzione aziendale il budget complessivo del dipartimento della prevenzione e coadiuva la direzione aziendale nella programmazione delle attività per quanto di propria competenza, svolgendo in particolare i seguenti compiti:

- a) promuove lo sviluppo di progetti di collaborazione in ambito regionale con i dipartimenti delle altre aziende, con la finalità di creare una rete regionale delle attività di prevenzione;*
- b) promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori e quelli di comunicazione istituzionale;*
- c) concorre per quanto di competenza alla definizione dei programmi di educazione alla salute;*
- d) individua strumenti specifici per il controllo di gestione e per la verifica della qualità delle prestazioni in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale;*
- e) coordina le attività al fine di assicurare che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio dell'azienda;*
- f) assicura l'attuazione uniforme sul territorio aziendale degli indirizzi contenuti nella programmazione regionale;*
- g) garantisce forme coordinate di raccordo con le strutture territoriali dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (ARPAT) e con le strutture territoriali dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana.*

4. Il responsabile di unità funzionale partecipa al comitato direttivo di cui al comma 5, coadiuvando, per quanto di propria competenza, il direttore di dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni; assicura l'attuazione degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale per l'ambito di competenza, è responsabile dell'applicazione delle prescrizioni normative di livello regionale, nazionale e internazionale; assicura altresì l'omogeneità sul territorio aziendale delle attività di propria competenza, attraverso la predisposizione di appositi protocolli operativi.

5. Presso il centro direzionale è costituito un comitato direttivo del dipartimento che assiste la direzione aziendale nella funzione di pianificazione strategica; il comitato direttivo è presieduto dal direttore del dipartimento ed è costituito dai responsabili delle unità funzionali; allo scopo di garantire il contributo delle varie professionalità presenti nel dipartimento il direttore generale, su proposta del direttore del dipartimento, individua ulteriori componenti del comitato direttivo di dipartimento. Nelle aziende unità sanitarie locali ove è presente

un centro regionale specialistico di laboratorio appartenente alla struttura unica regionale dei laboratori di sanità pubblica, il direttore del centro laboratoristico fa parte del comitato direttivo del dipartimento di prevenzione.

6. La Giunta regionale, attraverso la competente direzione generale, assicura il coordinamento e l'indirizzo delle attività di prevenzione svolte dai dipartimenti di prevenzione, promuovendo la qualità, l'omogeneità e lo sviluppo a rete dei servizi di prevenzione collettiva, anche attraverso l'elaborazione di piani di rilevanza interaziendale e regionale, e favorendo la partecipazione ed il confronto con le parti sociali sugli atti di programmazione e di valutazione dell'attività dei dipartimenti.

7. È istituito presso la competente direzione generale della Giunta regionale un comitato tecnico, nominato dal direttore generale della medesima direzione e presieduto dal responsabile della competente struttura della direzione generale regionale. Al comitato tecnico partecipano i direttori dei dipartimenti della prevenzione delle aziende unità sanitarie locali ed i responsabili dei pertinenti settori della direzione generale regionale e il direttore della struttura regionale unica dei laboratori di sanità pubblica. Il comitato tecnico supporta la Giunta regionale per le attività di cui al comma 6.

8. I dipartimenti della prevenzione possono svolgere in forma associata talune prestazioni, secondo le modalità definite dai comitati di area vasta, sentito il comitato tecnico di cui al comma 7. In particolare ai dipartimenti, eventualmente su scala sovraziendale, viene ricondotta la funzione di sorveglianza epidemiologica.

9. Il piano sanitario e sociale integrato regionale promuove la sperimentazione di modelli organizzativi sovraziendali su obiettivi specifici.

10. Le attività di carattere analitico inerenti la prevenzione collettiva sono svolte dalla struttura organizzativa denominata "laboratorio unico regionale di sanità pubblica" che si articola per sede unica o sede di area vasta.

11. Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica esercita tutte le funzioni amministrative e gestionali relative alle attività dei laboratori. La Giunta regionale disciplina, con apposito atto, criteri e modalità per il trasferimento delle risorse finanziarie e strumentali nonché per l'assegnazione del personale al laboratorio unico regionale di sanità pubblica.

12. Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica si raccorda funzionalmente con le strutture di laboratorio dell'ARPAT e dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana, costituendo una rete integrata regionale dei laboratori per lo svolgimento di attività tendenzialmente esclusive tra i vari laboratori per l'intero territorio regionale.

13. La Giunta Regionale definisce le modalità operative della rete, anche attraverso specifici accordi con i soggetti che ne fanno parte.

Art. 68 - Presidio ospedaliero di zona

1. Gli ospedali presenti nello stesso ambito zonale sono accorpati nel presidio ospedaliero di zona, che costituisce la struttura funzionale dell'azienda unità sanitaria locale finalizzata all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni specialistiche di ricovero e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, intra ed extra ospedaliere erogate al di fuori delle unità funzionali dei servizi territoriali di zona-distretto ad esclusione del servizio psichiatrico di diagnosi e cura; il responsabile della zona-distretto garantisce l'integrazione delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nel presidio ospedaliero con le altre attività di assistenza sanitaria territoriale presenti nella zona.

2. Sulla base di specifici indirizzi della Giunta regionale, le aziende unità sanitarie locali

procedono, anche attraverso l'adeguamento dello statuto aziendale, alla riorganizzazione del presidio ospedaliero di zona sulla base dei seguenti principi: (164)

a) *organizzazione funzionale per aree di assistenza omogenee costituite in modo da favorire la necessaria multidisciplinarietà dell'assistenza e la presa in carico multiprofessionale; (165)*

b) *strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica;*

c) *individuazione per ciascuna area ospedaliera di cui alla lettera b) di distinte responsabilità gestionali sul versante clinico-assistenziale ed infermieristico e di supporto ospedaliero;*

d) *predisposizione ed attivazione di protocolli assistenziali e di cura che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica del medico curante e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali;*

e) *previsione di un direttore e di apposita struttura di direzione del presidio ospedaliero di zona e delle connesse funzioni direzionali e di coordinamento operativo, denominata budget;*

f) *previsione a livello aziendale di un comitato direttivo dei presidi ospedalieri, a supporto della direzione sanitaria e delle connesse funzioni di pianificazione strategica e di controllo direzionale.*

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

4. Il direttore del presidio ospedaliero di zona, opera per il raggiungimento degli obiettivi aziendali di funzionamento della rete ospedaliera e svolge le funzioni di:

a) *direttore sanitario del presidio ospedaliero, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, del decreto delegato, anche avvalendosi di apposite professionalità esistenti nel settore dell'igiene e dell'organizzazione ospedaliera;*

b) *coordinamento ed indirizzo gestionale delle aree funzionali ospedaliere, anche attraverso l'utilizzo di apposito personale tecnico, sanitario ed amministrativo;*

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

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

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

5. Per l'esercizio delle proprie funzioni, il direttore del presidio ospedaliero di zona si avvale, anche attraverso la costituzione di apposito comitato, dei responsabili delle aree funzionali ospedaliere, *costituite ai sensi del comma 2, lettera a), (166)* e dei direttori delle unità operative non attribuite a specifiche aree funzionali nonché di coordinatori delle attività infermieristiche e delle attività tecnico sanitarie, scelti tra i responsabili delle corrispondenti unità operative professionali.

6. La riorganizzazione dell'attività ospedaliera di cui al comma 2 può prevedere, in coerenza con gli atti costitutivi e sulla base degli atti di programmazione locali, l'aggregazione in rete dei presidi ospedalieri di zona, attraverso l'unificazione delle responsabilità e delle strutture

direzionali di cui al comma 2, lettera e) e la costituzione di apposita struttura ospedaliera multizonale o aziendale, ferma restando l'erogazione delle prestazioni di base in ambito zonale.

Art. 69 - Dipartimenti delle aziende ospedaliero-universitarie

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

2. Per ciascuna struttura semplice o complessa il direttore generale nomina un responsabile, e per ciascun dipartimento nomina un direttore; alle nomine dei responsabili di struttura e dei direttori di dipartimento il direttore generale procede secondo le disposizioni del decreto delegato e dell' articolo 5 del d.lgs. 517/1999 .

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

- a) la gestione delle risorse attribuite, garantendo l'utilizzo integrato delle stesse nonché la fruizione unitaria degli spazi e delle attrezzature comuni, al fine di migliorare i livelli qualitativi, quantitativi ed economici del sistema;
- b) la promozione dell'integrazione tra le attività complementari ai fini dell'erogazione delle prestazioni, anche attraverso lo sviluppo dei gruppi di lavoro orientati a progetti specifici;
- c) l'applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione dei compiti affidati.

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

Art. 70 - Dipartimenti aziendali ed interaziendali

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

2. Nel caso di dipartimenti interaziendali, le modalità di costituzione, coordinamento e funzionamento sono definite dal comitato di area vasta sulla base di indirizzi della Giunta regionale, che tengano conto delle esigenze di una equilibrata presenza delle strutture del territorio e dei dipartimenti aziendali.

3. I direttori generali individuano le strutture organizzative impegnate nelle attività dei dipartimenti di cui al presente articolo.

4. Gli strumenti della programmazione regionale individuano i dipartimenti da costituire obbligatoriamente.

Art. 71 - Dipartimento dell'emergenza urgenza

1. In ogni azienda unità sanitaria locale è costituito il dipartimento dell'emergenza urgenza.

2. Il dipartimento di cui al comma 1, per il raggiungimento delle proprie finalità, organizza le funzioni, le attività ed i presidi presenti sul territorio dell'azienda, anche sulla base di quanto

disposto dagli atti di *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale*. (167)

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

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

5. Le attività del dipartimento emergenza urgenza sono disciplinate con apposito regolamento adottato dal direttore generale.

6. Nelle aziende unità sanitarie locali sul cui territorio insiste una azienda ospedaliera-universitaria, le aziende individuano le modalità di coordinamento delle attività di emergenza e urgenza per le funzioni di base.

7. Il presidio ospedaliero della azienda ospedaliero-universitaria costituisce il riferimento di area vasta per le attività di emergenza urgenza ad essa attribuite, secondo modalità stabilite dagli strumenti di programmazione di area vasta.

8. Nelle aziende sanitarie è attivata apposita struttura organizzativa professionale, corrispondente alla funzione operativa denominata medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, dedicata in forma stabile alle attività del pronto soccorso ospedaliero.

Capo III bis - Società della salute (168)

Art. 71 bis - Società della salute: finalità e funzioni (169)

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

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

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

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

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

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

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

3. La società della salute esercita funzioni di:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d) l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni.

Art. 71 ter - Governo della domanda (170)

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

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

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

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

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

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

Art. 71 quater - Costituzione della società della salute (171)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 71 quinquies - Organi della società della salute (172)

1. Sono organi della società della salute:

a) l'assemblea dei soci;

b) la giunta esecutiva;

c) il presidente;

d) il direttore;

e) il collegio sindacale.

Art. 71 sexies - Assemblea dei soci (173)

1. L'assemblea dei soci è composta dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale e dal sindaco o da un componente della giunta di ciascun comune aderente. (231)

2. Le quote di partecipazione dei singoli soci sono determinate:

a) per quanto riguarda l'azienda unità sanitaria locale, nella percentuale pari ad un terzo del totale;

b) per quanto riguarda i comuni interessati, secondo le modalità stabilite negli atti

istitutivi della società della salute.

3. L'assemblea dei soci esercita le seguenti funzioni:

- a) detta indirizzi programmatici e direttive nei confronti della giunta esecutiva;
- b) elegge i componenti della giunta esecutiva;
- c) elegge il presidente della società della salute tra i componenti dell'assemblea. (232)

4. L'assemblea dei soci, in particolare, approva:

a) a maggioranza i provvedimenti indicati negli atti istitutivi della società della salute; (233)

b) a maggioranza qualificata superiore ai due terzi i seguenti atti: (233)

1) piano integrato di salute;

2) relazione annuale sullo stato di salute;

3) bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio; (234)

4) regolamenti di accesso ai servizi;

5) ogni altro atto di programmazione che preveda l'impegno finanziario a carico dei soggetti aderenti alla società della salute.

5. L'approvazione degli atti di programmazione, tra cui la proposta del piano integrato di salute, avviene previo parere dei consigli comunali da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento. I bilanci e i regolamenti approvati sono trasmessi ai consigli comunali degli enti aderenti per conoscenza, nonché per l'adozione degli atti eventualmente previsti dagli statuti degli stessi comuni.

6. Per l'approvazione del piano integrato di salute l'assemblea dei soci è integrata dai sindaci dei comuni che non hanno aderito alla società della salute.

7. All'assemblea dei soci della società della salute è invitato il presidente della provincia per il coordinamento con le funzioni di cui all'articolo 13 della l.r. 41/2005.

Art. 71 septies - Giunta esecutiva (174)

1. La giunta esecutiva è composta di tre componenti, salva diversa composizione stabilita dallo statuto; ne fanno parte il presidente ed il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato; i restanti componenti sono eletti dalla assemblea dei soci al proprio interno. (235)

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

3. La giunta esecutiva in particolare:

a) adotta programmi esecutivi, progetti ed atti d'indirizzo per la gestione;

b) propone la nomina del direttore della società della salute;

c) adotta ogni altro provvedimento indicato nello statuto.

Art. 71 octies - Presidente della società della salute (175)

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

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

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

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

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

Art. 71 novies - Direttore della società della salute (176)

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

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

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

b) soggetti in possesso di diploma di laurea che abbiano maturato esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa di organismi, aziende o enti pubblici o privati;

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

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

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

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

4 bis. La nomina a direttore della società della salute dei dipendenti della Regione, di un ente o azienda regionale o di azienda sanitaria con sede nel territorio regionale è subordinata al collocamento in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto. (236)

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

a) predispone il piano integrato di salute;

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

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

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

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

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

della salute;

- g) dirige le strutture individuate dall'atto di cui all'articolo 71 quindicesimo, comma 1;
- h) esercita le funzioni di responsabile di zona ai sensi dell'articolo 64, comma 8;
- i) può rappresentare in giudizio la società della salute, per gli atti di propria competenza, secondo quanto previsto dallo statuto.

Art. 71 decies - Collegio sindacale (177)

1. Nelle società della salute che esercitano direttamente le funzioni gestionali attribuite ai sensi dell'articolo 71 bis, comma 3, lettere c) e d) è istituito il collegio sindacale.

2. Il collegio sindacale è nominato dall'assemblea dei soci ed è composto da tre membri di cui uno designato dall'azienda sanitaria territorialmente competente. Esercita il controllo sulla regolarità contabile e finanziaria della gestione della società della salute.

3. L'attività del collegio sindacale è disciplinata dalla legge e dallo statuto della società della salute.

4. Nell'esercizio delle funzioni, il collegio sindacale può accedere agli atti ed ai documenti del consorzio e degli enti consorziati, connessi alla sfera delle sue competenze, e presentare relazioni e documenti all'assemblea dei soci.

5. Il collegio sindacale può essere invitato ad assistere alle sedute dell'assemblea dei soci.

6. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio sindacale è fissata in misura non superiore al 10 per cento (294) degli emolumenti spettanti al direttore della società della salute. Al presidente del collegio sindacale compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti. (263)

Art. 71 undecies - Le forme di partecipazione (178)

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

2. Sono compiti del comitato di partecipazione:

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

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

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

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

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

società della salute.

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

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

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

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

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

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

Art. 71 duodecies - Compensi ai componenti degli organi (179)

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

Art. 71 terdecies - Contabilità della società della salute (180)

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

2. La società della salute adotta inoltre il sistema del budget come strumento di controllo della domanda e dell'allocazione delle risorse.

Art. 71 quaterdecies - Finanziamento della società della salute (181)

1. La società della salute è finanziata:

- a) dalla quota del fondo sanitario regionale, determinata dal piano sanitario e sociale integrato regionale, finalizzata a finanziare le attività individuate dal piano sanitario e sociale integrale regionale ai sensi dell'articolo 71 bis, comma 3, lettera c);*
- b) dalla quota del fondo sociale regionale determinata ai sensi della lettera a);*
- c) da conferimenti degli enti consorziati previsti nella convenzione;*

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

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

Art. 71 quindecies - Gli assetti organizzativi (182)

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

2. Il regolamento di cui al comma 1 disciplina:

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

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

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

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

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

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

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

Art. 71 sexies decies - Personale (183)

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

Art. 71 septies decies - Partecipazione delle province (184)

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

2. Le province e le società della salute, in relazione ai contenuti del piano integrato di salute ed all'attività dell'osservatorio sociale provinciale di cui all'articolo 40 della l.r. 41/2005, concludono specifici accordi con riferimento al periodo di validità della programmazione territoriale.

Art. 71 octies decies - Sistema informativo (185)

1. Le società della salute aderiscono alla rete telematica regionale ed adottano soluzioni tecnologiche ed informative nel rispetto degli standard regionali assunti nell'ambito della medesima rete, secondo quanto previsto dalla legge regionale 26 gennaio 2004, n. 1 (Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della "Rete telematica regionale Toscana").

Titolo VI - PRESIDI E PRESTAZIONI

Capo I - Presidi

Art. 72 - Presidi

1. Sono presidi del servizio sanitario regionale quelli delle aziende sanitarie e quelli delle istituzioni sanitarie pubbliche e private, con le quali le aziende sanitarie intrattengono gli specifici rapporti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto delegato.

2. I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi nonché i criteri e le procedure di accreditamento dei presidi di cui al comma 1, sanitari e socio-sanitari ad elevata integrazione socio-sanitaria, sono disciplinati dalla legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento), come modificata dalla legge regionale 8 luglio 2003, n. 34 .

3. Per l'organizzazione dei presidi, le aziende sanitarie utilizzano le sedi fisiche e le dotazioni strumentali ad esse attribuite ai sensi dell'articolo 5 del decreto delegato; utilizzano inoltre le altre strutture comunque acquisite al proprio patrimonio o comunque disponibili. (186)

Art. 73 - Organizzazione e funzionamento dei presidi delle aziende sanitarie (187)

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

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

3. Il responsabile del presidio ospedaliero dell'azienda unità sanitaria locale è il direttore di cui all' articolo 68 , comma 3; ove il presidio ospedaliero si articola su più stabilimenti il responsabile di presidio può avvalersi, in relazione alla dimensione degli stessi ed alla loro dislocazione territoriale, di specifici referenti di stabilimento.

Capo II - Prestazioni

Art. 74 - Prestazioni

1. Le prestazioni del servizio sanitario sono erogate, di norma, nei presidi di cui all' articolo 72 ; possono essere inoltre erogate, in conformità alle norme vigenti o in esecuzione di specifici accordi con gli organismi interessati, in sedi diverse, quali scuole ed altre strutture educative pubbliche, istituti giudiziari di prevenzione, custodia, detenzione, pena, rieducazione e recupero, residenze collettive e comunitarie, recapiti domiciliari, veicoli attrezzati per i vari tipi di trasporto sanitario, luoghi di lavoro ed altri spazi di relazione tra operatori ed utenti.

2. L'azienda unità sanitaria locale assicura agli assistiti l'erogazione delle prestazioni previste dai livelli di assistenza del *piano sanitario e sociale integrato regionale*; (188) per tali prestazioni l'azienda unità sanitaria locale si fa carico degli oneri relativi, al netto delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria, determinate dalla normativa nazionale e regionale.

3. Gli oneri relativi, al netto delle quote di partecipazione previste, fanno carico, per i cittadini residenti nelle altre aziende unità sanitarie locali della Regione, a queste ultime, e per gli altri utenti, agli appositi fondi di compensazione per la mobilità interregionale o internazionale, secondo le procedure e le modalità previste dalla legislazione vigente.

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

5. La Regione, nell'ambito degli obiettivi di controllo della spesa, anche al fine di far fronte agli eventuali disavanzi di gestione delle aziende sanitarie, ai sensi dell'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato) e dell'articolo 13 del decreto delegato, può prevedere:

- a) la maggiorazione delle vigenti quote di partecipazione degli assistiti al costo delle prestazioni, ferma restando l'esenzione dei soggetti esonerati dalla partecipazione stessa;
- b) l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salvavita.

Art. 75 - Accesso alle prestazioni

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

2. L'accesso all'assistenza farmaceutica è disciplinato dalle convenzioni di cui all'articolo 8, comma 2, del decreto delegato; le modalità di fruizione delle prestazioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sono disciplinate dalle convenzioni di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto delegato.

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

1. Gli strumenti regionali della *programmazione sanitaria e sociale integrata* (189) determinano, sentite le organizzazioni rappresentative di riferimento, i criteri sulla base dei quali le aziende unità sanitarie locali individuano le istituzioni sanitarie private che esercitano ruoli di integrazione delle strutture pubbliche al fine di concorrere all'erogazione delle prestazioni necessarie al conseguimento dei livelli di assistenza definiti dalla programmazione regionale, fatte salve le normative vigenti in relazione agli organismi di volontariato e di privato sociale; tali criteri tengono conto, in particolare:

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

2. L'azienda unità sanitaria locale, tenuto conto dei criteri di cui al comma 1, procede alla

definizione degli appositi rapporti di cui all'articolo 8 del decreto delegato; la Giunta regionale determina tariffe massime per ogni prestazione; al perfezionamento del rapporto si provvede a seguito di negoziazione effettuata, sulla base di volumi prefissati di prestazioni, in riferimento alle tariffe determinate dalla Giunta regionale e tenuto conto della complessità organizzativa della struttura in relazione a i criteri di cui al comma 1, lettera b).

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

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

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

6. Per l'accesso in forma indiretta alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da parte delle strutture private si applica la disciplina di cui alla legge regionale 22 gennaio 1997, n. 5 (Assistenza ospedaliera in forma indiretta presso centri privati italiani di altissima specializzazione non accreditati), che regola l'accesso in forma indiretta alle prestazioni specialistiche erogate in regime di ricovero ospedaliero; le predette prestazioni specialistiche ambulatoriali sono individuate sulla base delle disposizioni degli strumenti della *programmazione sanitaria e sociale integrata (189)* regionale.

Art. 76 bis - Fascicolo sanitario elettronico (237)

1. Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza, della prevenzione, della diagnosi, della cura e della riabilitazione ed al fine di semplificare l'esercizio del diritto alla salute da parte dell'interessato, è istituito il fascicolo sanitario elettronico.

2. Il fascicolo sanitario elettronico è l'insieme di dati e documenti di tipo sanitario e sociosanitario in formato elettronico inerenti lo stato di salute di una persona e gli eventi clinici presenti e trascorsi, volti a documentarne la storia clinica.

3. Il fascicolo sanitario elettronico è attivato con il consenso dell'interessato, che accede ai propri dati sanitari e sociosanitari che vi sono contenuti mediante una carta elettronica compatibile e conforme alla carta nazionale dei servizi di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'amministrazione digitale). L'attivazione o la mancata attivazione del fascicolo sanitario elettronico non comportano alcun effetto sul diritto di usufruire delle prestazioni del servizio sanitario regionale.

4. Il fascicolo sanitario elettronico si compone delle informazioni di base indispensabili per il soccorso della persona in situazione di emergenza e degli altri dati sanitari e sociosanitari che lo riguardano e che vanno a farne parte su specifico consenso espresso dall'interessato secondo le modalità organizzative definite dal regolamento di cui al comma 8.

5. I soggetti del servizio sanitario regionale aderiscono al sistema del fascicolo sanitario elettronico e provvedono alla sua formazione e implementazione.

6. L'accesso al fascicolo sanitario elettronico avviene esclusivamente con il consenso dell'interessato, secondo le modalità organizzative definite dal regolamento di cui al comma 8.

7. Il consenso rilasciato dall'interessato ai sensi del comma 3, può essere revocato in qualsiasi momento e determina l'interruzione dell'implementazione del fascicolo sanitario elettronico

e l'oscuramento dei dati in esso contenuti, senza conseguenze in ordine all'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario regionale.

8. Con regolamento regionale, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, si individuano i dati e i documenti che confluiscono nel fascicolo sanitario elettronico, le operazioni eseguibili, i soggetti del servizio sanitario regionale che aderiscono al sistema provvedendo alla formazione ed implementazione del fascicolo stesso, nonché le modalità organizzative di espressione del consenso ai sensi dei commi 4 e 6. **(304)**

9. La Giunta regionale adotta, con propria deliberazione, le indicazioni operative e le misure tecniche nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Capo II bis - Sistema sanitario di emergenza urgenza (251)

Art. 76 ter - Sistema sanitario di emergenza urgenza (252)

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) pronto soccorso, come intervento diagnostico-terapeutico di urgenza, accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio, stabilizzazione del paziente ed eventuale trasporto protetto;
- b) intervento diagnostico-terapeutico specialistico, medico, chirurgico, ortopedico, ostetrico e pediatrico;
- c) osservazione breve.

Art. 76 quater - Attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale (253)

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

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

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

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

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

Art. 76 quinquies - Elenco regionale (254)

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore del regolamento attuativo di cui all'articolo 76 undecies, effettua la ricognizione delle associazioni di volontariato autorizzate ai sensi della l.r. 25/2001 che svolgono l'attività di trasporto sanitario di emergenza sul territorio regionale e le inserisce in un apposito elenco, previo assenso e relativa dichiarazione sostitutiva circa il possesso dei requisiti indicati dal regolamento di cui all'articolo 76 undecies.

2. Sono inoltre inseriti nell'elenco, a seguito di specifico accordo con il comitato regionale toscano della CRI, i comitati del medesimo ente.

3. L'elenco regionale di cui al comma 1, è aggiornato con periodicità annuale secondo modalità definite dal regolamento di cui all'articolo 76 undecies.

4. Le associazioni di volontariato e i comitati della CRI inseriti nell'elenco regionale sono soggetti a periodiche verifiche da parte della commissione di vigilanza di cui all'articolo 5 della l.r. 25/2001 finalizzate ad accertare la presenza ed il mantenimento dei requisiti.

Art. 76 sexies - Programmazione ed organizzazione dei servizi (255)

1. La programmazione dell'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale è effettuata dalle aziende sanitarie, previo confronto a livello di area vasta, sulla base delle linee di indirizzo definite dalla Conferenza regionale permanente di cui all'articolo 76 septies.

2. L'organizzazione dei servizi è definita annualmente mediante il piano attuativo ed operativo locale che definisce, in particolare, i protocolli tecnici di gestione del servizio, i criteri per l'assegnazione del budget alle associazioni da parte di ciascuna azienda sanitaria, nonché le azioni di razionalizzazione ed appropriatezza per il rispetto del budget.

3. Il piano annuale attuativo ed operativo locale è proposto dal direttore della centrale operativa, è approvato dal comitato di coordinamento di cui all'articolo 76 octies ed è deliberato con atto del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale.

Art. 76 septies - Conferenza regionale permanente (256)

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

- a) l'assessore regionale competente, o suo delegato;
- b) i coordinatori dei comitati di area vasta di cui all'articolo 9, comma 4, o loro delegati;
- c) il responsabile dell'Osservatorio permanente del sistema di emergenza urgenza, o suo delegato;
- d) il responsabile del coordinamento regionale delle centrali operative 118, o suo delegato;
- e) i legali rappresentanti, o loro delegati, dei due organismi regionali maggiormente rappresentativi delle associazioni di volontariato di cui all'articolo 76 ter, comma 3, sulla base dei seguenti criteri:

1) rappresentanza di associazioni che esercitano l'attività nel territorio di almeno sette aziende unità sanitarie locali;

2) numero di associazioni rappresentate;

f) dal legale rappresentante del comitato regionale della CRI o suo delegato.

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

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

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

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

Art. 76 octies - Comitati di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza urgenza (257)

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

- a) dal direttore sanitario dell'azienda unità sanitaria locale, o suo delegato;
- b) dal direttore del dipartimento di emergenza urgenza, o suo delegato;
- c) dal direttore della centrale operativa 118, o suo delegato;
- d) dal direttore sanitario delle aziende ospedaliere, o suo delegato, negli ambiti territoriali in cui insistono le stesse;
- e) dai direttori delle società della salute o, laddove non attivate, dai responsabili delle zone-distretto, o loro delegati;

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

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

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

2. Il comitato di coordinamento svolge le seguenti funzioni:

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

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

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

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

4. Ai componenti del comitato di coordinamento non competono indennità di presenza o di carica;

5. Il comitato di coordinamento è aggiornato nella sua composizione ogni due anni.

Art. 76 novies - Sistema budgetario delle attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale (258)

1. I criteri per la formulazione di un sistema budgetario relativo alle attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale sono definiti mediante il regolamento di cui all'articolo 76 undecies.

2. Il sistema budgetario è strutturato sulla base dei diversi livelli di attività e del relativo fabbisogno sanitario e tiene conto delle caratteristiche della popolazione assistita e dell'ambito territoriale di riferimento. In particolare, sono previsti specifici indici di correzione riferiti ai comuni insulari, ai comuni montani ed ai comuni disagiati di cui alla legge regionale 27 luglio 2004, n. 39 (Norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazione di disagio. Modifiche alla legge regionale 7 maggio 1985, n. 57 "Finanziamenti per la redazione e l'attuazione di piani di recupero del patrimonio edilizio esistente". Modifiche alla legge regionale 2 novembre 1999, n. 58 "Norme sulla tutela dell'artigianato artistico e tradizionale toscano e disposizioni in materia di oneri contributivi per gli apprendisti artigiani").

3. I soggetti del sistema inoltrano alle aziende sanitarie di riferimento, attraverso report periodici, le necessarie informazioni sull'attuazione del budget assegnato, relativamente ai risultati raggiunti ed alle risorse utilizzate.

Art. 76 decies - Monitoraggio e valutazione (259)

1. La Giunta regionale effettua la valutazione ed il monitoraggio dell'attività di trasporto

sanitario di emergenza urgenza all'interno del rapporto annuale e della relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 20, comma 1, lettere a) e b).

2. Degli esiti dell'attività di cui al comma 1, è dato conto al Consiglio regionale nell'ambito della relazione sanitaria regionale di cui all'articolo 20, comma 1, lettera d).

Art. 76 undecies - Regolamento di attuazione (260) (303)

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

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

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

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

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

Capo III - Prestazioni di assistenza farmaceutica

Art. 77 - Erogazione dell'assistenza farmaceutica

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

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

a) direttamente dalle aziende unità sanitarie locali, anche tramite le farmacie convenzionate attraverso la stipula di specifici accordi, per quei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente;

b) direttamente dalle aziende unità sanitarie locali per i medicinali necessari al trattamento di assistiti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale; alla predetta erogazione le aziende unità sanitarie locali possono procedere anche attraverso le farmacie convenzionate, previa stipula di specifici accordi;

c) direttamente dalle aziende sanitarie, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero o alla visita specialistica ambulatoriale.

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

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

5. Fatto salvo quanto previsto all'articolo 7 del d.l. 347/2001 , convertito con modificazioni dalla l. 405/2001 , le farmacie, pubbliche e private, convenzionate col servizio sanitario regionale, nell'erogare i farmaci agli assistiti con oneri a carico del medesimo servizio sanitario

regionale, sono tenute, nel caso in cui il medico abbia prescritto il medicinale indicandone il nome commerciale oppure quando ne abbia indicato la denominazione comune italiana, il relativo dosaggio, forma farmaceutica, modalità di rilascio e numero di unità posologiche, alla consegna all'assistito del medicinale corrispondente nel rispetto di specifici accordi quadro regionali stipulati sentiti gli ordini professionali e le organizzazioni sindacali dei medici e dei farmacisti.

Art. 78 - Programmazione nella erogazione dell'assistenza farmaceutica

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

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

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

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

Art. 79 - Controlli nella erogazione dell'assistenza farmaceutica

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

- a) rilevare tutte le informazioni contenute nel ricettario di cui al decreto ministeriale 11 luglio 1988, n. 350 (Disciplina dell'impiego nel servizio sanitario nazionale del ricettario standardizzato a lettura automatica) ai fini dell'attivazione nel territorio regionale del monitoraggio delle prescrizioni in attuazione dell'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269 (Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici), convertito in legge con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 ;
- b) predisporre ed inviare al medico convenzionato, singolo o associato, e al medico dipendente un documento informativo relativo ai dati di cui alla lettera a), predisposto sulla base degli indirizzi emanati dalla Giunta regionale in accordo con le organizzazioni sindacali mediche.

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

accordo con le organizzazioni sindacali mediche e la federazione regionale degli ordini dei medici.

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

Art. 80 - Sicurezza nella erogazione dell'assistenza farmaceutica

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

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

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

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

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

Art. 81 - Commissione terapeutica regionale

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

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

a) il direttore generale della direzione del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà o suo delegato;

b) il vice presidente del Consiglio sanitario regionale;

c) sedici membri con competenza scientifica nel campo delle scienze mediche, biologiche e farmaceutiche.

3. I componenti della commissione di cui al comma 2, lettera c), sono nominati dal Presidente della Giunta regionale su proposta del Consiglio sanitario regionale e della Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà. (63)

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

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

a) la formazione e l'informazione sull'uso dei farmaci rivolta ai sanitari, nonché l'educazione sull'uso dei medicinali rivolta agli assistiti;

b) la farmacovigilanza e la farmaco-epidemiologia;

c) la determinazione di aspetti inerenti i livelli di assistenza farmaceutica e sull'utilizzazione

di farmaci e dispositivi medici;

d) il coordinamento e l'indirizzo delle commissioni terapeutiche, aziendali e di area vasta;

e) la rilevazione e il monitoraggio dei dati sull'uso dei farmaci;

f) l'analisi delle sperimentazioni cliniche;

g) lo studio e lo sviluppo di nuovi sistemi di distribuzione dei farmaci e dei dispositivi medici;

h) lo studio e l'analisi scientifica dei fitofarmaci, dei farmaci omeopatici, dei farmaci per uso compassionevole e degli alimenti dietetici.

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

Titolo VII - ORGANISMI DI CONSULENZA, DI STUDIO E DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO

Capo I - Agenzia regionale di sanità

Art. 82 - Agenzia regionale di sanità (30) (288)

1. L'Agenzia regionale di sanità (ARS) è ente di consulenza sia per la Giunta che per il Consiglio regionale, (64) dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, che svolge attività di studio e ricerca in materia di epidemiologia e verifica di qualità dei servizi sanitari.

Art. 82 bis - Compiti e attribuzioni (31) (288)

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

a) effettua studi preparatori per gli atti di programmazione regionale;

b) contribuisce alla definizione degli indicatori sullo stato di salute della popolazione e sui risultati delle attività del servizio sanitario regionale;

c) definisce e sviluppa strumenti per l'analisi dei bisogni sanitari e per l'analisi anche economica della domanda e dell'offerta delle prestazioni;

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

e) svolge analisi e individua strumenti per verificare la qualità, l'equità di accesso (190) e la rispondenza ai fini della salute dei cittadini dei servizi, delle prestazioni sanitarie e dei presidi farmaceutici, anche in funzione dell'attuazione del processo di accreditamento delle strutture sanitarie, previsto dal decreto delegato;

f) assicura la circolazione delle conoscenze e dei risultati delle proprie attività di analisi e di ricerca.

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

Art. 82 ter - Strumenti operativi (32) (288)

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

a) effettuare sopralluoghi, acquisire notizie e documentazioni, utilizzando anche i dati degli enti, agenzie e fondazioni regionali;

b) procedere all'acquisizione di dati, attraverso la raccolta diretta e sistematica e l'accesso a banche dati, nonché alla loro elaborazione, pubblicazione e diffusione nei limiti e con le garanzie previsti dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dalla legge regionale 3 aprile 2006, n. 13 (Trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte della Regione Toscana, aziende sanitarie, enti, aziende e agenzie regionali e soggetti pubblici nei confronti dei quali la Regione esercita poteri di indirizzo e di controllo);

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

d) promuovere forme di collaborazione con analoghi istituti a livello nazionale.

Art. 82 quater - Organi (33) (288)

1. Sono organi dell'ARS:

a) il Comitato di indirizzo e controllo;

b) il Direttore;

c) il Collegio dei revisori dei conti.

Art. 82 quinquies - Composizione del Comitato di indirizzo e controllo (34) (264) (288)

1. Il Comitato di indirizzo e controllo (264) è così composto:

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

b) da sette membri nominati dal Consiglio regionale;

c) da un membro nominato dal Consiglio regionale su designazione della conferenza regionale delle società della salute. (65) (191)

2. La durata in carica del Comitato di indirizzo e controllo coincide con quella della legislatura regionale. (265)

3. Il Comitato di indirizzo e controllo è convocato dal Presidente e si riunisce almeno mensilmente. La convocazione avviene anche su richiesta di tre membri. (265)

4. Le sedute sono valide con la presenza della maggioranza dei membri (266) e ad esse partecipano, senza diritto di voto, il direttore dell'ARS ed il vicepresidente del Consiglio sanitario regionale.

5. Le deliberazioni sono adottate a maggioranza dei presenti. (265)

Art. 82 sexies - Competenze del Comitato di indirizzo e controllo. Gettone di presenza. (35) (288)

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

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

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

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

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

3. Il Presidente del Comitato di indirizzo e controllo:

- a) convoca e presiede le sedute del Comitato e ne stabilisce l'ordine del giorno;
- b) presenta annualmente alla Giunta regionale, che la trasmette al Consiglio, la relazione sull'attività svolta dall'ARS, di cui al comma 1, lettera b).

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

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

Art. 82 septies - Presidente

Abrogato. (36)

Art. 82 octies - Collegio dei revisori dei conti (37) (288)

1. Il collegio dei revisori dei conti è composto da tre membri (267) iscritti nel registro dei revisori contabili.

2. Il collegio dei revisori ed il suo presidente sono nominati con deliberazione del Consiglio regionale, adottata con voto limitato.

3. Il collegio resta in carica cinque anni. (267)

4. La carica di presidente e di componente del collegio dei revisori è incompatibile con qualunque incarico conferito presso aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliero-universitarie e enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV).

5. Al Presidente e ai membri del Collegio dei revisori è corrisposta un'indennità annua pari rispettivamente al 3 per cento e al 2 per cento dell'indennità spettante al Presidente della Giunta regionale. (268)

6. Ai membri del collegio dei revisori residenti in comuni diversi da quelli ove ha sede l'ARS è dovuto, in occasione delle sedute, il rimborso delle spese di viaggio nella misura prevista per i dirigenti regionali.

7. Il collegio dei revisori dei conti vigila sull'osservanza da parte dell'ente delle disposizioni di legge, regolamentari e statutarie ed, in particolare, esercita le funzioni di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 30 giugno 2011, n. 123 (Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'articolo 49 della legge 31 dicembre 2009, n. 196), in conformità con le disposizioni della presente legge, delle direttive del Consiglio regionale e degli indirizzi della Giunta regionale. (298)

7 bis. La relazione con la quale il collegio dei revisori dei conti esprime il parere sul bilancio preventivo dell'ente contiene il motivato giudizio di congruità, di coerenza e di attendibilità contabile delle previsioni, nonché il parere sugli equilibri complessivi della gestione. (299)

7 ter. Il collegio dei revisori dei conti esprime il giudizio sul bilancio di esercizio in conformità all'articolo 14 del decreto legislativo 27 gennaio 2010, n. 39 (Attuazione della

direttiva 2006/43/CE, relativa alle revisioni legali dei conti annuali e dei conti consolidati, che modifica le direttive 78/660/CEE e 83/349/CEE, e che abroga la direttiva 84/253/CEE). (300)

7 quater. Il collegio dei revisori dei conti presenta semestralmente al Consiglio regionale ed alla Giunta regionale una relazione sull'andamento della gestione amministrativa e finanziaria dell'ARS. (301)

7 quinquies. Il collegio dei revisori dei conti può procedere in qualsiasi momento ad atti di ispezione e di controllo e può richiedere notizie sull'andamento delle operazioni svolte. (302)

Art. 82 novies - Funzioni e competenze del Direttore (38) (288)

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

Art. 82 decies - Nomina e rapporto di lavoro del direttore (39) (288)

1. Il Direttore è nominato dal Presidente della Giunta regionale fra soggetti in possesso dei requisiti richiesti dalla legge regionale 8 gennaio 2009, n. 1 (Testo unico in materia di organizzazione e ordinamento del personale) per il conferimento dell'incarico di dirigente regionale previo parere vincolante della commissione consiliare competente che si esprime entro venti giorni dal ricevimento della proposta di nomina. Decorso inutilmente tale termine il Presidente procede alla nomina. (269)

2. Il rapporto di lavoro del direttore è esclusivo ed è regolato con contratto di diritto privato ai sensi e secondo la disciplina di cui al titolo II, libro V del codice civile; il contratto, di durata quinquennale e rinnovabile, individua i casi di risoluzione anticipata del rapporto di lavoro.

3. Il trattamento economico del Direttore, onnicomprensivo, è determinato dalla Giunta regionale con riferimento agli emolumenti spettanti ai dirigenti regionali di ruolo, inclusa la retribuzione di posizione e di risultato, ed è adeguato automaticamente alle modifiche cui sono soggetti i suddetti emolumenti. (269)

4. Il direttore dell'ARS, qualora proveniente dal settore pubblico, è nominato previo collocamento in aspettativa o fuori ruolo, secondo l'ordinamento dell'amministrazione di appartenenza.

Art. 82 undecies - Programma di attività (40) (288)

1. Il programma pluriennale e annuale di attività indica le linee generali dell'attività dell'ARS e pone gli obiettivi da perseguire nel periodo considerato, sulla base degli indirizzi formulati dal Consiglio regionale.

2. Il programma di attività è predisposto dal direttore, tenuto conto delle proposte dei

coordinatori degli osservatori di cui all' articolo 82 duodecies , nonché degli indirizzi del Consiglio regionale e della Giunta regionale, entro il 30 settembre di ciascun anno.

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

Art. 82 duodecies - Strutture organizzative (41) (288)

1. Per l'esercizio delle funzioni tecnico-scientifiche a carattere disciplinare, l'ARS è articolata in due osservatori:

- a) l'osservatorio di epidemiologia;*
- b) l'osservatorio per la qualità e l'equità. (192)*

2. Il Consiglio regionale può deliberare, su proposta della Giunta regionale, sentito il Comitato di indirizzo e controllo, (270) la costituzione di ulteriori osservatori, definendone le finalità e le funzioni.

3. A ciascun osservatorio è preposto un coordinatore nominato dal Direttore (270) tra persone di comprovata esperienza nella materia, in possesso del diploma di laurea; all'individuazione dei coordinatori degli osservatori si procede previo avviso pubblico.

4. Il rapporto di lavoro dei coordinatori di cui al comma 1, è regolato da contratto di diritto privato di durata non superiore a cinque anni e rinnovabile; ai medesimi coordinatori è corrisposto un trattamento economico nella misura determinata dal Direttore. (270)

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

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

Art. 82 terdecies - Regolamento generale di organizzazione (42) (288)

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

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

Art. 82 quaterdecies - Approvazione atti fondamentali

Abrogato. (43)

Art. 82 quindecies - Scioglimento e decadenza del consiglio di amministrazione

Abrogato. (44)

Art. 82 sexies decies - Personale (45) (288)

1. In materia di organizzazione e di personale si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni della legge regionale 8 gennaio 2009, n. 1 (Testo unico in materia di organizzazione e ordinamento del personale). (271)

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

- a) di personale trasferito dalla Regione, dalle aziende sanitarie e dagli enti locali;*
- b) di personale a rapporto di lavoro privato, per lo svolgimento di specifici progetti o*

per l'utilizzo di particolari professionalità non reperibili nella dotazione organica tramite l'attivazione delle procedure di mobilità di cui alla lettera a).

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

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

Art. 82 septies decies - Bilancio (46) (288)

1. Il bilancio preventivo economico annuale e il bilancio pluriennale sono adottati dal direttore dell'ARS entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento e trasmessi alla Giunta regionale, che li approva entro sessanta giorni, acquisito il parere del Consiglio regionale. (295)

2. Ai fini del comma 1, ai bilanci trasmessi alla Giunta regionale sono allegati i programmi annuale e pluriennale di attività.

3. Il bilancio di esercizio è adottato dal direttore dell'ARS entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Il bilancio è trasmesso alla Giunta regionale che effettua l'istruttoria e lo propone al Consiglio regionale, che lo approva entro sessanta giorni dal ricevimento.

Art. 82 octies decies - Finanziamento (47) (288)

1. Il finanziamento dell'ARS avviene mediante:

a) il contributo ordinario, determinato dal piano sanitario e sociale integrato regionale (193) a valere sul fondo sanitario regionale ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera c) della l.r. 40/2005 per il funzionamento e l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 82 bis, comma 1;

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

c) ricavi e proventi per prestazioni rese a favore dei soggetti di cui all'articolo 82 bis, comma 2.

Art. 82 novies decies - Esercizio dell'attività delle strutture tecnico-scientifiche (48) (288)

1. Le strutture tecnico-scientifiche per lo svolgimento della loro attività sono autorizzate ad accedere a tutti i flussi di dati a carattere regionale attinenti alla salute e al benessere sociale, dovunque collocati, ed in particolare ai seguenti:

a) flussi informativi analitici concernenti i ricoveri ospedalieri, l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di riabilitazione, di assistenza medica convenzionata, di assistenza farmaceutica territoriale e in regime ospedaliero, di trasporto sanitario, le anagrafi degli assistiti, le esenzioni per patologia ed invalidità, i certificati di assistenza al parto, le dimissioni per aborto spontaneo e le interruzioni volontarie di gravidanza;

b) flussi informativi riguardanti le attività gestionali ed economiche del servizio sanitario e socio-sanitario regionale, nonché i dati di attività e di struttura sanitaria e socio-sanitaria pubblica e privata;

c) flussi attinenti servizi di elaborazione dati e di verifica di qualità delle aziende sanitarie e delle istituzioni private;

d) flussi informativi concernenti i dati sulla struttura della popolazione regionale, sull'anagrafe dei residenti, sugli stili di vita, sui fenomeni sociali, sui bisogni reali e sulle risorse;

e) archivi delle malattie infettive, archivio regionale AIDS;

f) registri regionali di patologia e di mortalità, laddove legittimamente costituiti da ai sensi di legge; (194)

g) registro INAIL degli infortuni e delle malattie professionali;

h) altri flussi informativi analitici che abbiano ad oggetto l'attività ospedaliera, le prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali erogate sul territorio, le prestazioni di riabilitazione, ulteriori archivi. (195)

2. L'accesso ai flussi di dati di cui al comma 1 comprende la possibilità di trattamento dei dati sensibili a livello individuale, nominativo o comunque identificabile; detto trattamento avviene sotto la responsabilità dei responsabili delle strutture scientifiche, ognuno per le rispettive competenze, d'intesa con il responsabile di ciascun flusso, nei limiti e con le garanzie previsti dal d.lgs. 196/2003 e dalla l.r. 13/2006.

3. Le strutture tecnico-scientifiche collaborano altresì su specifici progetti, anche attraverso apposite convenzioni, con le università toscane, il Consiglio nazionale delle ricerche, gli enti di ricerca e le società scientifiche di settore, di livello regionale, nazionale ed internazionale.

4. Le strutture tecnico-scientifiche sono dotate di adeguati strumenti di calcolo in rete con i sistemi informativi regionali e si raccordano a livello locale con i sistemi informativi delle province, dei comuni, delle società della salute e delle aziende sanitarie; si avvalgono, altresì, di collegamenti per la ricerca bibliografica informatizzata.

Art. 82 vicies - Norme transitorie e finali

Abrogato. (49)

Capo II - Consiglio sanitario regionale

Art. 83 - Consiglio sanitario regionale (287)

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

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

Art. 84 - Funzioni

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

Art. 85 - Organi

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

d) l'assemblea.

Art. 86 - Presidente

1. Il Consiglio sanitario regionale è presieduto dall'assessore regionale competente con il compito di:

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

Art. 87 - Vice presidente

1. Il vice presidente del Consiglio sanitario regionale è il presidente in carica della federazione regionale toscana dell'ordine dei medici.

2. Il vice presidente è delegato dal presidente a svolgere tutte le funzioni di cui all'articolo 86.

Art. 88 - Ufficio di presidenza. Composizione e funzioni

1. L'ufficio di presidenza è composto:

- a) dal presidente del Consiglio sanitario regionale;
- b) dal vice presidente del Consiglio sanitario regionale;
- c) da otto membri eletti al proprio interno dall'assemblea;
- d) dal direttore generale della competente direzione generale della Regione.

2. L'ufficio di presidenza ha il compito di:

- a) proporre all'assemblea il programma di attività annuale e pluriennale del Consiglio sanitario regionale;
- b) determinare l'ordine del giorno dei lavori;
- c) *costituire i gruppi di lavoro e proporre all'assemblea le commissioni, gli osservatori e i relativi membri; (274)*
- d) *designare, sentito il parere dell'assemblea, gli esperti regionali o extraregionali chiamati a collaborare con le commissioni di cui alla lettera c), assegnare alle medesime l'esame dei provvedimenti e decidere in ordine ai pareri da sottoporre all'esame dell'assemblea; (238)*
- e) promuovere, d'intesa con l'ARS, il coordinamento delle rispettive attività.

Art. 89 - Assemblea. Composizione

1. L'assemblea del Consiglio sanitario regionale è composta:

- a) dal presidente del Consiglio sanitario regionale che la presiede;
- b) dal presidente in carica della federazione regionale degli ordini dei medici;
- c) da ventotto membri, medici di comprovata esperienza, designati dalla federazione di

cui alla precedente lettera b), di cui tre medici di medicina generale, un pediatra di libera scelta e ventiquattro specialisti individuati nell'ambito delle discipline riferite alle strutture funzionali ospedaliere *di cui almeno uno docente universitario (239)*, alle unità funzionali territoriali e al dipartimento della prevenzione, tenendo conto delle varie realtà territoriali;

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

1) uno dall'ordine regionale dei veterinari;

2) uno dal coordinamento regionale degli ordini dei farmacisti;

3) uno dall'ordine regionale degli psicologi;

4) uno dalle commissioni provinciali odontoiatri della Toscana;

5) uno dalla federazione nazionale dei biologi;

6) uno dalla federazione regionale dei chimici;

7) tre dal coordinamento regionale collegi infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia (IPASVI), di cui un assistente sanitario;

8) uno dal coordinamento regionale collegi ostetriche;

9) uno dal coordinamento regionale collegi tecnici di radiologia;

10) quattro scelti tra i dirigenti dalle rispettive organizzazioni professionali di cui, un tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, un tecnico sanitario di laboratorio bio-medico, un fisioterapista, un dietista;

e) tre direttori sanitari delle aziende unità sanitarie locali, uno per ciascuna area vasta, ed un direttore sanitario delle aziende ospedaliero-universitarie; (275)

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

g) quindici esperti in materia sanitaria eletti dal Consiglio regionale con voto limitato e nel rispetto del principio della parità di genere di cui alla legge regionale 2 aprile 2009, n. 16 (Cittadinanza di genere); (275)

g) bis un esperto delle medicine complementari designato dalla competente direzione generale regionale (276) sentiti i centri di riferimento regionali. (11)

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

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

4. *Abrogato. (12)*

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

6. I membri del Consiglio sanitario regionale sono nominati dal Consiglio regionale; a tal fine, le designazioni dei componenti di cui al comma 1, lettere c), d), e), f) e g) bis, sono trasmesse dalla Giunta regionale al Consiglio regionale entro sessanta giorni dalla data di scadenza del Consiglio regionale. (314)

7. *Il Consiglio regionale procede alla nomina non appena il numero delle designazioni pervenute ai sensi del comma 6, unitamente a quello dei componenti di cui al comma 1, lettere b), c), e), f), rappresenti la maggioranza dei componenti del Consiglio sanitario regionale. (240)*

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

9. *Abrogato. (277)*

Art. 90 - Assemblea. Funzioni

1. L'assemblea svolge le seguenti funzioni:

- a) consulenza e proposta in materia di organizzazione e programmazione sanitaria;
- b) pareri sui provvedimenti regionali di contenuto tecnico sanitario, trasmessi dall'ufficio di presidenza di cui all' articolo 88 ;
- c) parere obbligatorio sugli atti aventi carattere programmatico o dispositivo generale e sugli atti finali di tutti gli organismi tecnico sanitari di nomina regionale;
- d) adozione, entro trenta giorni dall'insediamento, del regolamento interno su proposta del presidente;
- e) nomina, nella prima seduta, a maggioranza semplice degli otto membri dell'ufficio di presidenza scelti al proprio interno di cui almeno uno tra i componenti di cui all' articolo 89 , comma 1, lettera d);
- f) adozione del programma annuale di attività;
- g) supporto al monitoraggio dei livelli di assistenza, alla verifica della qualità del servizio, all'attuazione del sistema dell'accreditamento ed alla elaborazione dei progetti innovativi sperimentali; a tal fine può richiedere studi, consulenze o ricerche all'ARS;
- h) collaborazione alla stesura della relazione sanitaria regionale;
- i) promozione, anche in collaborazione con soggetti pubblici e privati, di iniziative formative e culturali, nonché di studi e ricerche;
- l) promozione della elaborazione ed espressione di parere obbligatorio sulle linee guida e sui percorsi assistenziali nonché sui protocolli diagnostico e terapeutico riabilitativi, in collaborazione con le società scientifiche e la federazione degli ordini;
- m) designazione dei membri di propria competenza negli organismi tecnico sanitari regionali;
- n) espressione di eventuali pareri su provvedimenti aventi carattere sanitario a richiesta delle aziende sanitarie e delle *conferenze aziendali dei sindaci; (196)*
- o) *nomina delle commissioni e degli osservatori di cui all' articolo 92. (278)*

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

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

4. Le riunioni dell'assemblea non sono pubbliche; gli atti inerenti materie di interesse generale sono pubblicati per decisione del presidente del Consiglio sanitario regionale, anche su richiesta dell'ufficio di presidenza.

Art. 91 - Regolamento

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

2. Il regolamento definisce le norme per l'organizzazione e il funzionamento del Consiglio sanitario regionale e le articolazioni di funzioni di cui all' articolo 92.

Art. 92 - Articolazioni di funzioni e organi (279)

1. Il Consiglio sanitario regionale articola le proprie funzioni in osservatori e commissioni permanenti per tematiche a valenza generale derivanti dalla programmazione regionale.

2. Agli osservatori e alle commissioni permanenti, presieduti da un responsabile proposto dall'ufficio di presidenza, possono essere chiamati a partecipare esperti anche esterni al servizio sanitario regionale, senza oneri aggiuntivi.

3. I responsabili degli osservatori e delle commissioni permanenti partecipano ai lavori dell'ufficio di presidenza e dell'assemblea, con diritto di voto.

Art. 93 - Struttura

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

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

Art. 94 - Indennità e rimborso spese

1. Ai membri dell'ufficio di presidenza, individuati all' articolo 88, comma 1, lettere b) e c), è corrisposta una indennità mensile di carica nella misura definita con deliberazione della Giunta regionale, in analogia a quanto previsto per organismi simili operanti nella Regione.

2. Agli altri membri del Consiglio sanitario regionale, nonché ai componenti esterni delle commissioni e degli osservatori, è corrisposto un gettone di presenza per l'effettiva partecipazione ad ogni seduta e per non più di una seduta al giorno, nella misura definita con deliberazione della Giunta regionale, in analogia a quanto previsto per organismi simili operanti nella Regione. (280)

3. Ai soggetti di cui ai commi 1 e 2, spetta altresì il rimborso spese con le modalità e nella misura stabiliti con deliberazione della Giunta regionale. (280)

Capo III - Commissione regionale di bioetica

Art. 95 - Commissione regionale di bioetica (287)

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

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

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

Art. 96 - Funzioni della commissione regionale di bioetica

1. In particolare, la commissione regionale di bioetica:
 - a) evidenzia la dimensione bioetica inerente alla pratica sanitaria, alla ricerca biomedica ed all'impatto socio-ambientale di quest'ultima;
 - b) elabora strategie di intervento per la diffusione delle tematiche bioetiche fra gli operatori del servizio sanitario e fra gli assistiti, collaborando con la direzione generale competente della Giunta regionale, alla definizione di programmi annuali di formazione permanente e di educazione alla salute;
 - c) esprime su richiesta degli organi regionali pareri su singoli provvedimenti legislativi o amministrativi;
 - d) presta consulenza a favore di altri soggetti pubblici e privati sempre nel rispetto della finalità della commissione di favorire la diffusione delle tematiche bioetiche nell'ambito della società civile, con le modalità stabilite dalla Giunta regionale;
 - e) ricerca e promuove rapporti con il comitato nazionale per la bioetica istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri;
 - f) indirizza e promuove il coordinamento dell'azione dei comitati etici locali di cui all'articolo 99 nonché, per quanto attiene alla ricerca biomedica, di quanto specificamente disposto all'articolo 12-bis, comma 9, del decreto delegato;
 - g) elabora proposte per la formazione dei componenti dei comitati etici locali;
 - h) provvede alla tenuta, secondo le disposizioni impartite nel merito dalla Giunta regionale, del registro regionale dei comitati etici di cui all'articolo 12-bis, comma 9 del decreto delegato; l'elenco dei comitati etici e dei relativi componenti è pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana e sul sito web della Regione Toscana.
2. Il Consiglio sanitario regionale e l'ARS, ove nelle materie trattate ravvisino aspetti o problemi di natura bioetica, si avvalgono della consulenza della commissione regionale di bioetica secondo la procedura prevista dalla presente legge.
3. Possono avvalersi della commissione regionale di bioetica gli ordini ed i collegi professionali operanti nel servizio sanitario regionale; a tal fine la Giunta regionale, sentiti gli organismi interessati, determina le modalità per realizzare tale collaborazione.
4. E' data facoltà alle aziende sanitarie toscane, tramite i direttori generali, di interpellare direttamente la commissione regionale di bioetica in ordine ad aspetti di natura bioetica inerenti le loro competenze.
5. La commissione regionale di bioetica, nelle tematiche di competenza, garantisce un servizio di documentazione a livello regionale, nonché svolge autonomamente programmi di studio e di ricerca e favorisce o intraprende iniziative di pubblico dibattito.

Art. 97 - Composizione della commissione regionale di bioetica

1. La commissione regionale di bioetica è nominata dal Consiglio regionale ed è composta da:
 - a) due consiglieri regionali eletti dal Consiglio regionale *con voto limitato*; (281)
 - b) *dodici esperti in discipline non sanitarie attinenti ai temi della bioetica, di cui due designati dal Presidente della Giunta regionale, individuati nel rispetto del principio della parità di genere di cui alla l.r. 16/2009*; (282)
 - c) dieci medici in rappresentanza delle discipline mediche maggiormente coinvolte nelle questioni bioetiche;

d) un rappresentante esperto in bioetica per ciascuna delle discipline professionali interessate, tra cui un farmacologo, un biologo, uno psicologo, un ostetrico, un infermiere, un farmacista, un neonatologo, un anestesista del servizio sanitario regionale; (282)

e) il difensore civico nella Regione Toscana, o un funzionario del suo ufficio dallo stesso delegato;

f) il presidente della federazione regionale degli ordini dei medici;

g) due rappresentanti delle associazioni di volontariato; (282)

h) due rappresentanti delle associazioni di tutela; (282)

h bis) abrogata; (27)

h ter) abrogata. (246)

2. I componenti di cui al comma 1, lettera c), sono designati dalla federazione regionale dell'ordine dei medici; i componenti di cui al comma 1, lettera d), sono designati dai rispettivi ordini e collegi professionali; i componenti di cui al comma 1, lettere g) e h), sono designati dalle rispettive associazioni e comitati. (241)

3. Le designazioni dei componenti di cui al comma 2 sono trasmesse dalla Giunta regionale al Consiglio regionale insieme alla designazione dei due (283) esperti di cui al comma 1, lettera b).

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

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

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

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

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

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

3. La Giunta regionale, con apposito regolamento, (286) disciplina l'organizzazione ed il funzionamento della commissione regionale di bioetica compresa la partecipazione dei componenti ed esperti di settore della commissione ad attività di rappresentanza. La Giunta regionale nomina con funzioni di segretario un dirigente regionale, il quale può delegare un funzionario addetto al suo ufficio; per lo svolgimento di funzioni connesse con l'operatività della commissione e per l'esecuzione delle decisioni assunte possono essere affidati appositi incarichi esterni.

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

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

Art. 99 - Comitati etici locali

1. Per l'esame degli aspetti etici attinenti la programmazione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché per sviluppare e supportare i relativi interventi educativi della popolazione e di formazione del personale, sono istituiti presso le aziende sanitarie appositi comitati etici locali; la commissione regionale di bioetica supporta l'attività regionale di indirizzo e coordinamento dei comitati etici locali.

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

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

Art. 100 - Istituzione e natura giuridica

1. Per l'esercizio delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto delle aziende sanitarie, degli enti del servizio sanitario regionale e delle società della salute (291) sono istituiti gli Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV):

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

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

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

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

4 bis. Gli ESTAV in qualità di centrale di committenza di cui all'articolo 33 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE) su richiesta della Regione possono svolgere procedure di gara per l'affidamento di forniture e servizi di interesse della medesima. La Regione ed i soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a) della legge regionale 17 luglio 2007 n. 38 (Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro) possono acquisire forniture e servizi aderendo ai contratti stipulati dagli ESTAV quale centrale di committenza di cui all'articolo 33 del d. lgs. 163/2006. (272)

Art. 101 - Competenze e attribuzioni

1. Gli ESTAV sono competenti in materia di:

- a) approvvigionamento di beni e servizi;
- b) gestione dei magazzini e della logistica;
- c) gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione del Centro unificato di prenotazione (CUP);
- d) gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;
- e) organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale;
- f) gestione delle procedure concorsuali e selettive in materia di personale; (197)
- g) gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

1 bis. Nell'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, lettera a), gli ESTAV operano quali centrali di committenza ai sensi dell'articolo 33 del d. lgs. 163/2006 e dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2007"), per conto delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie e sono pertanto soggetti a tutte le disposizioni nazionali e regionali che disciplinano gli acquisti delle aziende stesse. (58)

1 ter. La Giunta regionale, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 274 del decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207 (Regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, recante "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE"), nonché in conformità alla l.r. 38/2007, disciplina con regolamento l'esercizio dell'attività contrattuale degli ESTAV quali centrali di committenza del sistema sanitario regionale, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

- a) requisiti di professionalità e modalità di nomina del responsabile unico del procedimento e del direttore dell'esecuzione, anche in relazione ai rapporti organizzativi tra gli ESTAV e le aziende sanitarie, al fine di garantire la razionalizzazione delle attività amministrative connesse alle funzioni tecniche trasferite e l'ottimale impiego delle risorse nell'ambito del sistema sanitario regionale;*
- b) funzioni di competenza del responsabile unico del procedimento e del responsabile del procedimento per la fase di esecuzione dei contratti, anche per le finalità di cui alla lettera a);*
- c) modalità di esecuzione e competenze in relazione agli adempimenti di comunicazione all'Osservatorio regionale sui contratti pubblici di cui all'articolo 8 della l.r. 38/2007. (306)*

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

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

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

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

favore di altri soggetti pubblici del servizio sanitario nazionale. (292)

Art. 101 bis - Procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale
(57)

1. L' ESTAV può espletare concorsi e procedure selettive in forma unificata per il reclutamento del personale delle aziende sanitarie comprese nell'area vasta. In tale ipotesi si applica la normativa concorsuale vigente per il personale del servizio sanitario, fatto salvo quanto previsto dalle seguenti disposizioni:

a) il comitato di area vasta e il collegio di direzione di area vasta assumono le funzioni relative alla scelta ed alla designazione del presidente e dei componenti delle commissioni che la disciplina vigente attribuisce rispettivamente al direttore generale e al collegio di direzione dell'azienda sanitaria; qualora il collegio di direzione di area vasta non sia costituito, le funzioni ad esso attribuite sono svolte, a rotazione, dai collegi di direzione delle aziende sanitarie di area vasta. Il direttore dell' ESTAV assume tutte le altre funzioni che sono attribuite al direttore dell'azienda sanitaria;

b) il presidente ed i componenti delle commissioni per i sorteggi di componenti delle commissioni esaminatrici sono individuati tra il personale amministrativo delle aziende dell'area vasta e del medesimo ESTAV;

c) i presidenti delle commissioni esaminatrici e quei componenti delle stesse che la disciplina vigente prevede vengano nominati tra il personale in servizio nella singola azienda, sono individuati tra il personale in servizio nelle aziende dell'area vasta;

d) nei casi in cui la disciplina vigente prevede che il direttore amministrativo o il direttore sanitario siano componenti di commissioni, essi sono individuati fra le corrispondenti figure delle aziende dell'area vasta;

e) le funzioni di segretario delle commissioni sono svolte da un dipendente amministrativo delle aziende dell'area vasta oppure dell' ESTAV.

2. Le graduatorie dei concorsi e delle selezioni espletati dall' ESTAV, ancorché in forma non unificata, sono utilizzate da tutte le aziende sanitarie comprese nell'area vasta..

Art. 102 - Organi

1. Sono organi degli ESTAV:

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

Art. 103 - Direttore generale

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

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

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

organizzative dell' ESTAV.

3. Le modalità di nomina, i requisiti soggettivi, le cause di incompatibilità , *le cause di inconferibilità (315)* e quelle di decadenza del direttore generale degli ESTAV sono gli stessi previsti per i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali.

4. *Abrogato. (17)*

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

Art. 104 - Consiglio direttivo

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

2. *Sono compiti del consiglio direttivo:*

- a) approvare i programmi annuale e pluriennale di attività;*
- b) approvare la relazione annuale sull'attività svolta;*
- c) esprimere parere sugli atti di bilancio di cui all'articolo 108;*
- d) esprimere parere sui regolamenti di cui all'articolo 103, comma 1, lettera c). (18)*

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

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

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

Art. 105 - Collegio sindacale

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

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

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

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

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

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

Art. 106 - Direttore amministrativo

1. Nell'esercizio delle proprie funzioni il direttore generale dell' ESTAV si avvale della collaborazione di un direttore amministrativo, in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto delegato; il direttore amministrativo è nominato dal direttore generale dell' ESTAV con provvedimento motivato; al direttore amministrativo si applicano le disposizioni di

cui ai commi 7, 10, 11 e 12 dell' articolo 40

Art. 106 bis - Rapporto di lavoro del direttore generale e del direttore amministrativo (20)

1. *Gli incarichi di direttore generale e di direttore amministrativo sono regolati da contratti di diritto privato, redatti secondo schemi tipo approvati, rispettivamente, dal Presidente della Giunta regionale e dalla Giunta regionale, con l'osservanza delle norme di cui al libro V, titolo II, del codice civile.*

2. *Il trattamento economico del direttore generale e del direttore amministrativo non può superare quello previsto dalla normativa vigente per il direttore generale e per il direttore amministrativo delle aziende sanitarie.*

3. *Il servizio prestato in forza del contratto è utile ad ogni effetto ai fini dei trattamenti di quiescenza e di previdenza, nel rispetto della normativa vigente in materia previdenziale, nonché ai fini dell'anzianità di servizio.*

Art. 107 - Organizzazione

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

a) *la sede legale dell'ente;*

b) *la tipologia e le modalità di costituzione delle strutture organizzative, l'organizzazione dei servizi e i criteri per la determinazione della dotazione organica; (198)*

c) *i soggetti destinatari delle deleghe e le modalità di conferimento delle stesse;*

d) *le procedure per la sostituzione, in caso di assenza o impedimento, del direttore generale e del direttore amministrativo;*

e) *le forme di pubblicità degli atti.*

I bis. Lo schema del regolamento generale e delle eventuali successive modifiche e integrazioni è trasmesso alla Giunta regionale al fine di acquisirne il parere. La Giunta regionale esprime il proprio parere entro il termine di sessanta (199) giorni dalla data di ricevimento, decorso il quale si può procedere all'approvazione. (21)

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

Art. 108 - Patrimonio, contabilità e contratti (316)

1. *Fatto salvo quanto previsto dal presente articolo, la gestione del patrimonio, l'ordinamento contabile e l'attività contrattuale degli ESTAV sono disciplinati dal titolo VIII.*

2. *Il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio preventivo economico annuale sono adottati sulla base del programma pluriennale e del programma annuale di attività che esplicitano i contenuti funzionali dei servizi svolti e le loro prospettive di sviluppo nei periodi considerati. Nell'elaborazione dei programmi di attività gli ESTAV si conformano agli indirizzi eventualmente impartiti dalla Giunta regionale.*

3. *Il direttore generale dell'ESTAV adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio economico preventivo annuale, corredati dei programmi di cui al comma 2, entro il 15 novembre di ogni anno e li trasmette, con allegata relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre alla Giunta regionale. La Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.*

4. Il direttore generale dell'ESTAV adotta il bilancio di esercizio entro il 15 aprile di ogni anno e lo trasmette, entro il 30 aprile, alla Giunta regionale, che lo approva entro il 31 maggio. Al bilancio di esercizio è allegata una relazione consuntiva sull'attività svolta, nonché la relazione del collegio sindacale.

5. I bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione entro sessanta giorni dalla data della loro approvazione.

6. La Giunta regionale, in sede di approvazione degli atti di bilancio, qualora riscontri carenze documentali oppure ritenga necessaria la correzione, integrazione o modifica dei dati contenuti, assegna al direttore generale dell'azienda un termine non superiore a quindici giorni per effettuare le integrazioni o modifiche richieste, nonché l'eventuale riadozione del bilancio.

Art. 109 - Finanziamento

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

a) i finanziamenti assegnati dalla Regione a carico del fondo sanitario regionale, nella misura e con le modalità individuate dalla Giunta regionale tramite la deliberazione di cui all'articolo 26, comma 2;

b) gli eventuali corrispettivi per servizi e prestazioni rese a terzi ovvero alle aziende sanitarie per servizi diversi da quelli di cui all'articolo 101.

Art. 110 - Personale

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

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

Titolo VIII - PATRIMONIO, CONTABILITA' E CONTRATTI

Capo I - Patrimonio

Art. 111 - Trasferimento dei beni

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

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

a) destinazione e scopi esclusivamente sanitari;

b) beni immobili ad utilizzazione promiscua, con destinazione e scopi esclusivamente sanitari per la parte prevalente del bene;

c) individuazione in programmi di investimento finanziati con risorse sanitarie e deliberati dal Consiglio regionale.

3. Sono altresì trasferiti, con le modalità di cui al comma 1, i beni da reddito e i beni mobili

iscritti negli inventari delle aziende sanitarie o risultanti dalla loro contabilità di magazzino alla data del 31 marzo 1996 per i quali non risultano attivate le procedure di trasferimento ai sensi della normativa regionale in vigore alla medesima data, ovvero i beni da reddito e i beni mobili iscritti negli inventari delle aziende sanitarie o risultanti dalla loro contabilità di magazzino alla data di entrata in vigore della presente legge.

4. Ai fini dell'attivazione delle procedure di cui al comma 1 per i beni per i quali dette procedure non risultino ancora iniziate, i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali deliberano un atto ricognitivo dei beni di cui al presente articolo, distintamente indicati per le singole categorie, con la specificazione del valore dei beni stessi e dei riferimenti catastali; tale atto è trasmesso alla Giunta regionale e al sindaco del comune sul cui territorio si trova il bene immobile il quale, sentita la *conferenza aziendale dei sindaci, (200)* esprime il proprio parere alla Giunta regionale stessa nei trenta giorni successivi alla data di ricevimento.

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

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

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

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

d) ai beni su cui deve essere posto un vincolo di destinazione ai sensi del piano integrato sociale.

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

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

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

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

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

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

Art. 112 - Rapporti giuridici attinenti ai beni trasferiti

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

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

Art. 113 - Aziende sanitarie destinatarie dei trasferimenti

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

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

Art. 114 - Acquisizione ed utilizzazione del patrimonio

1. Per i beni immobili sia strumentali che da reddito le aziende sanitarie comunicano alla Giunta regionale le iniziative di trasferimento a terzi di diritti reali che intendono adottare ai sensi dell'articolo 5, comma 2 del decreto delegato, nonché le iniziative di dismissione dalle funzioni istituzionali di beni strumentali; la Giunta regionale, nei quaranta giorni dalla comunicazione, può interdire l'iniziativa motivando in relazione ai previsti risultati di gestione o alle indicazioni del *piano sanitario e sociale integrato regionale; (201)* si prescinde dal procedimento di cui al presente comma qualora la specifica iniziativa sia stata già prevista negli atti di programmazione aziendale o nel bilancio pluriennale dell'azienda.

2. Le aziende sanitarie provvedono allo smobilizzo dei beni da reddito e dei beni immobili dismessi dalle funzioni istituzionali; a tal fine gli atti di programmazione aziendale ed il bilancio pluriennale prevedono l'alienazione di tali beni, quali risultino di proprietà dell'azienda al momento dell'adozione del piano, e, salvo il rispetto degli equilibri di bilancio, dispongono che i relativi proventi siano utilizzati per finanziare il programma degli investimenti; le previsioni di smobilizzo vincolano i successivi piani aziendali e bilanci pluriennali.

3. Le aziende sanitarie possono accettare la donazione di attrezzature complete ovvero di somme di denaro destinate all'acquisto di determinate attrezzature soltanto qualora esista un mercato concorrenziale per l'acquisto dei materiali di consumo connessi alla loro utilizzazione o, comunque, qualora il loro acquisto sia stato previsto nel piano attuativo e nel bilancio pluriennale già adottati.

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

Art. 115 - Procedura di alienazione dei beni immobili

1. Per poter avviare gli adempimenti per l'alienazione dei beni immobili è necessaria l'adozione da parte del direttore generale dell'azienda sanitaria di un provvedimento che, in conformità alle previsioni dei piani attuativi e del bilancio pluriennale, individua i beni da alienare indicando il prezzo di stima e la procedura da adottare.

2. I beni immobili sono alienati con offerta al pubblico; dell'alienazione è dato pubblico

avviso sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana e almeno su due quotidiani nazionali, di cui uno avente particolare diffusione sul territorio regionale; l'azienda sanitaria può attuare ulteriori forme di pubblicità in ordine all'alienazione.

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

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

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

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

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

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

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

10. Le aziende sanitarie possono comunque procedere all'alienazione dell'immobile a trattativa privata, al prezzo di stima, in favore di altro ente pubblico od in favore di organizzazioni di volontariato, che svolgono attività a carattere socio sanitario, iscritte nel registro regionale di cui alla legge 11 agosto 1991, n.266 (legge-quadro sul volontariato) ed alla legge regionale 26 aprile 1993, n. 28 (Norme relative ai rapporti delle organizzazioni di volontariato con la Regione, gli Enti locali e gli altri Enti pubblici - Istituzione del registro regionale delle organizzazioni del volontariato), modificata dalla legge regionale 15 aprile 1996, n. 29 e da ultimo modificata dalla legge regionale 2 aprile 2002, n. 11, nei casi in cui la destinazione a fini pubblici dell'immobile stesso sia prevista negli atti di programmazione regionale, o sia oggetto di specifiche iniziative di programmazione negoziata. (202)

10 bis. Gli immobili alienati alle organizzazioni di volontariato non sono suscettibili di ulteriore alienazione per un periodo di almeno trenta anni dalla data di acquisizione, salvo deroga autorizzata dalla Giunta regionale ove permangono rispetto al nuovo acquirente tutte le condizioni previste dal comma precedente. (203)

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

chiusi).

Art.115 bis - Patrimonio delle aziende ospedaliero-universitarie (244)

1. *Il patrimonio delle aziende ospedaliero-universitarie è costituito:*

a) dai beni trasferiti alle aziende ai sensi dell'articolo 113, comma 2;

b) dai beni demaniali, o comunque in uso gratuito e perpetuo alle università, nonché dai beni immobili e mobili di proprietà delle università, già destinati in modo prevalente ad attività assistenziali, concessi a titolo gratuito alle aziende in conformità di quanto previsto dall'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n.419).

2. *Secondo quanto disposto dall'articolo 8 del d.lgs. 517/1999, le aziende ospedaliero-universitarie assumono a proprio carico gli oneri di manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni di cui al comma 1, lettera b).*

3. *Eventuali interventi di ristrutturazione o di demolizione e conseguente ricostruzione dei beni immobili di cui al comma 1, lettera b), sono effettuati, in coerenza con il programma aziendale di edilizia sanitaria, sulla base di specifiche intese con le università proprietarie dei beni stessi, volte a definire le modalità di realizzazione degli interventi, i relativi oneri economici ed il regime giuridico dei beni stessi a seguito degli interventi edilizi.*

4. *Nell'ambito delle intese di cui al comma 3, le aziende ospedaliero-universitarie possono concordare con le università l'acquisto della proprietà dei beni, qualora ciò risulti opportuno e conveniente per la ottimale gestione economico-finanziaria dell'intervento.*

5. *Nel caso di cui al comma 4, il valore dell'immobile è calcolato al netto del valore degli interventi di manutenzione eventualmente già eseguiti sull'immobile stesso dall'azienda ospedaliero-universitaria con fondi propri, regionali o nazionali.*

Art. 116 - Inventario dei beni immobili e mobili

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

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

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

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

b) le attrezzature, gli apparecchi e gli strumenti sanitari dalle attrezzature, dai macchinari tecnici ed economici, dalle macchine per ufficio e dagli automezzi;

c) i libri, le riviste e le pubblicazioni scientifiche dalle altre variamente attinenti la materia sanitaria, comunque in dotazione a biblioteche delle aziende;

d) le opere d'arte, non facenti parte integrante di immobili, dai beni che rivestono interesse storico, culturale o scientifico.

4. Gli inventari riportano, in ordine rispettivamente ai beni immobili ed a quelli mobili:

- a) numero progressivo e data di carico;
- b) denominazione, descrizione e caratteristiche;
- c) stato di conservazione;
- d) estensione, per i beni immobili, e quantità, per i beni mobili;
- e) ubicazione, titolo di provenienza ed altri dati catastali relativi ai beni immobili;
- f) servitù, pesi ed oneri di cui il bene immobile è gravato;
- g) valore determinato ai sensi dell' articolo 124 , comma 3;
- h) processo produttivo cui il bene è destinato ad articolazione organizzativa che ha preso in carico il bene stesso.

5. I registri inventariali sono oggetto di aggiornamento ogni qual volta si verificano variazioni nei dati concernenti i singoli beni e comunque, per quanto attiene al loro valore, alla chiusura di ciascun esercizio, in riferimento alle risultanze emerse in sede di redazione del bilancio di esercizio.

6. Gli uffici preposti alla tenuta degli inventari provvedono alla cancellazione dei singoli beni sulla base degli atti che ne abbiano accertato la perdita, trasferito la proprietà o dichiarato il fuori uso.

7. Nella procedura di dichiarazione di fuori uso i beni mobili, che rivestono interesse ai fini della documentazione dell'evoluzione storica, culturale o scientifica della sanità pubblica, devono essere scaricati dal relativo inventario e riclassificati, ai fini della inventariazione, secondo i criteri di cui al comma 3; nella procedura di alienazione o di trasferimento di proprietà si tiene conto anche del valore posseduto dai beni in ordine agli aspetti di documentazione storico culturale e scientifica.

8. Le aziende sanitarie per l'accertamento della rilevanza dei beni ai fini della documentazione dell'evoluzione storica, culturale o scientifica della sanità pubblica e per stabilire le modalità per la loro conservazione, tutela e valorizzazione, possono avvalersi di apposite commissioni tecniche, nonché della collaborazione dei competenti organismi dell'amministrazione statale e regionale direttamente preposti alla loro tutela e valorizzazione culturale e scientifica.

Art. 117 - Consegnatari responsabili

1. I beni oggetto di inventariazione, ed i beni comunque utilizzati dall'azienda che sarebbero oggetto di inventariazione se fossero di sua proprietà, sono affidati a consegnatari responsabili mediante apposito verbale di consegna da essi sottoscritto.

2. Con apposito regolamento adottato dal direttore generale, viene stabilita l'individuazione dei consegnatari responsabili, la configurazione di eventuali subconsegnatari in rispondenza alla struttura organizzativa, le loro attribuzioni, i registri che debbono tenere e gli eventuali controlli.

3. I consegnatari o gli eventuali subconsegnatari, sono comunque personalmente responsabili dei beni loro affidati, nonché di qualsiasi danno che possa derivare all'azienda da loro azioni od omissioni; essi devono in ogni caso segnalare tempestivamente qualsiasi esigenza di manutenzione o di ristrutturazione dei beni immobili e devono informare gli uffici competenti di qualsiasi evento che renda necessario intraprendere azioni a difesa della proprietà o del possesso dei beni.

Art. 118 - Beni di consumo e contabilità di magazzino

1. Sono esclusi dalla inventariazione di cui all'articolo 116 i beni di consumo; tali beni costituiscono oggetto di apposita contabilità di magazzino, che pone in evidenza il movimento

di essi mediante scritture funzionali a carico e scarico; la contabilità di magazzino è tenuta al fine di realizzare il controllo dei movimenti di entrata e di uscita, il controllo dei livelli delle scorte e la rilevazione dei consumi delle singole articolazioni organizzative.

2. Il direttore generale dell'azienda sanitaria determina le modalità di tenuta della contabilità di magazzino e stabilisce le relative procedure e competenze, attenendosi alle direttive eventualmente impartite dalla Giunta regionale.

Art. 119 - Beni in visione, prova e comodato

1. Tutti i beni che l'azienda sanitaria ha in visione o in prova, e quelli di cui essa abbia la disponibilità a titolo di comodato, sono rilevati ed annotati in apposito registro a carico e scarico nel quale devono risultare i seguenti dati:

- a) tipo di bene;
- b) proprietario del bene;
- c) titolo di godimento;
- d) data di consegna ed estremi della bolla di accompagnamento;
- e) valore del bene;
- f) struttura aziendale che utilizza il bene e relativo consegnatario;
- g) data di restituzione ed estremi del documento di consegna.

2. Il direttore generale disciplina con apposito regolamento l'utilizzazione dei beni in visione o in prova.

Capo II - Contabilità

Art. 120 - Bilancio pluriennale di previsione

1. *Il bilancio pluriennale è adottato sulla base dello schema approvato dalla Giunta regionale in conformità ai principi stabiliti dalla normativa statale vigente in materia. (317)*

2. Il bilancio pluriennale espone i dati economici previsionali distinti per esercizio derivanti dall'attuazione del piano ed a giustificazione del medesimo; al bilancio pluriennale è allegato il piano degli investimenti, che definisce le iniziative da intraprendere e ne quantifica le spese con l'indicazione delle relative modalità di finanziamento per ciascun esercizio.

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

4. Il bilancio pluriennale è corredato da una nota illustrativa e da una relazione del direttore generale; la nota illustrativa esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione; la relazione del direttore evidenzia i collegamenti con gli obiettivi del piano attuativo.

5. Contestualmente alla adozione del bilancio, le aziende unità sanitarie locali predispongono un documento di riclassificazione delle risorse impiegate per zona-distretto che è approvato dalla *conferenza aziendale dei sindaci (204)* e costituisce, per la parte relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, riferimento per gli strumenti di programmazione locale di cui agli articoli 21 e 22

5 bis. Ove costituite le società della salute, contestualmente all'adozione del bilancio, le aziende unità sanitarie locali presentano alle società della salute il documento che evidenzia le risorse determinate per zona-distretto che costituisce, per la parte relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, riferimento per gli strumenti di programmazione locale di cui agli articoli 21 e 22. (205)

Art. 121 - Bilancio preventivo economico annuale (307)

1. Il bilancio preventivo economico annuale disaggrega la proiezione economica del bilancio pluriennale in relazione alle funzioni ed ai servizi da svolgere, all'articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria o ai progetti indicati dal piano attuativo, in modo da evidenziare gli specifici apporti alla formazione delle singole poste previste dal bilancio pluriennale per il primo esercizio del periodo considerato.

2. Il bilancio preventivo economico annuale mette in separata evidenza i servizi socio-assistenziali ed è predisposto in conformità allo schema previsto dalla normativa statale vigente in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria. La Giunta regionale può integrare lo schema di bilancio preventivo economico annuale impartendo ulteriori e più dettagliate indicazioni.

3. Il bilancio preventivo economico annuale è composto:

- a) dal conto economico preventivo;*
- b) da un piano di flussi di cassa mensilizzati;*
- c) dal piano annuale degli investimenti dettagliato, in coerenza con il piano pluriennale degli investimenti di cui all'articolo 120.*

4. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato:

- a) dal conto economico dettagliato secondo il modello di rilevazione del conto economico delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (modello CE) previsto a livello nazionale;*
- b) da una nota illustrativa che esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione;*
- c) da una relazione del direttore generale che evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali;*
- d) dalla relazione del collegio sindacale.*

5. Le aziende sanitarie possono contrarre obbligazioni giuridiche, nel corso dell'esercizio, nel limite complessivo di tutti i costi relativi alle stesse iscritti nel bilancio preventivo economico annuale.

6. Il superamento del limite di cui al comma 5, può avvenire nel corso dell'esercizio solo nel caso siano preventivamente accertati maggiori ricavi provenienti da risorse nazionali o regionali aggiuntive e comunque nei limiti degli stessi, ovvero a condizione che sussista copertura in maggiori ricavi da iscrivere nel bilancio di esercizio dell'azienda e che sia fornita congrua motivazione in sede di monitoraggio sull'andamento economico della gestione aziendale, di cui all'articolo 121 bis.

7. Il direttore generale può utilizzare risorse correnti per la realizzazione di investimenti nel limite tassativo previsto nel piano annuale degli investimenti di cui al comma 3, lettera c).

8. Il mancato rispetto dei vincoli di cui ai commi 5, 6, e 7, costituisce elemento negativo ai fini della valutazione del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 7 bis, e può costituire grave motivo ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7, del d.lgs. 502/1992, valutabile ai fini della decadenza del direttore stesso.

Art. 121 bis - Monitoraggio sull'andamento economico delle gestioni aziendali (308)

1. Per la salvaguardia dell'equilibrio economico complessivo del sistema sanitario regionale, la Regione effettua trimestralmente, attraverso i modelli CE regolarmente inviati dalle aziende tramite il sistema informativo regionale, il monitoraggio sull'andamento delle gestioni aziendali nel corso dell'esercizio e sul rispetto dei vincoli di cui all'articolo 121,

commi 5, 6 e 7.

Art. 122 - Bilancio di esercizio

1. Il bilancio di esercizio rappresenta la situazione patrimoniale, finanziaria ed economica dell'azienda sanitaria, relativa al periodo considerato.

2. Il bilancio di esercizio si compone dello stato patrimoniale, del conto economico e della nota integrativa, per la cui redazione si applicano gli articoli 2423 e seguenti del codice civile.

3. *La struttura del bilancio di esercizio e dei documenti a suo corredo si conforma agli schemi previsti dalla normativa statale vigente. La Giunta regionale può integrare tali schemi, impartendo ulteriori e più dettagliate indicazioni. (318)*

4. L'eventuale risultato positivo di esercizio è accantonato a riserva; almeno il 20 per cento dell'accantonamento a riserva è reso indisponibile per ripianare eventuali perdite nei successivi esercizi; la restante parte dell'accantonamento a riserva può essere destinata ad investimenti o ad iniziative straordinarie per il funzionamento dell'azienda sanitaria.

5. Il bilancio di esercizio è corredato da una relazione del direttore generale, predisposta secondo le direttive della Giunta regionale, nonché da allegati illustrativi della gestione finanziaria.

6. *La relazione del direttore generale, in particolare, evidenzia:*

a) gli scostamenti dei risultati rispetto ai bilanci preventivi, fornendone le relative spiegazioni;

b) le cause dell'eventuale perdita di esercizio indicandone le modalità di ripiano;

c) i dati analitici relativi al personale, con le variazioni intervenute durante l'anno.

(207)

7. Mediante gli allegati illustrativi della gestione finanziaria sono forniti i dati concernenti:

a) le modalità di utilizzazione delle risorse acquisite attraverso operazioni di indebitamento;

b) i flussi di cassa, aggregati secondo le disposizioni sul consolidamento dei conti del settore pubblico allargato.

Art. 123 - Procedimento di adozione degli atti di bilancio (309)

1. *Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, entro il 15 novembre, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, con allegata relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre alla Giunta regionale ed alla conferenza aziendale dei sindaci; la conferenza aziendale dei sindaci, nei venti giorni successivi, rimette le proprie osservazioni alla Giunta regionale; la Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.*

2. *Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, entro il 15 novembre di ogni anno, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, alla Giunta regionale con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre di ogni anno; la Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.*

3. *Entro il 15 aprile di ogni anno, i direttori generali delle aziende sanitarie adottano il bilancio di esercizio e lo trasmettono, con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 aprile, alla Giunta regionale che lo approva entro il 31 maggio; nel caso delle aziende unità sanitarie locali, il bilancio è trasmesso anche alla conferenza aziendale dei sindaci che rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale.*

4. I bilanci di cui ai commi 1, 2 e 3, sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione entro sessanta giorni dalla data della loro approvazione.

5. La Giunta regionale, in sede di approvazione degli atti di bilancio, qualora riscontri carenze documentali oppure ritenga necessaria la correzione, integrazione o modifica dei dati contenuti, assegna al direttore generale dell'azienda un termine non superiore a quindici giorni per effettuare le integrazioni o modifiche richieste, nonché l'eventuale riadozione del bilancio.

Art. 124 - Libri obbligatori

1. Ciascuna azienda sanitaria deve tenere i seguenti libri obbligatori:
 - a) libro giornale;
 - b) libro degli inventari;
 - c) libro dei provvedimenti del direttore generale;
 - d) libro delle adunanze del collegio sindacale.
2. Il libro giornale registra indistintamente, ed in ordine cronologico, tutti i fatti di gestione esterna, che abbiano rilievo sui risultati di esercizio.
3. Il libro degli inventari contiene l'indicazione e la valutazione di tutte le attività e passività relative all'azienda sanitaria, tenendo distinte quelle attinenti all'attività sanitaria da quelle concernenti i servizi socio-assistenziali; all'aggiornamento del libro degli inventari si provvede al termine dell'esercizio e, con riguardo alle scorte ed alle immobilizzazioni materiali, si utilizzano le risultanze della contabilità di magazzino e dell'inventario di cui all'articolo 116 ; alla valutazione degli elementi del patrimonio si provvede in conformità alle direttive emanate dalla Giunta regionale in coerenza con le disposizioni del codice civile.
4. Il libro dei provvedimenti del direttore generale è costituito dalla raccolta degli atti adottati dal direttore nell'esercizio delle sue funzioni di direzione ed organizzazione: di tali atti è data diffusione all'interno dell'azienda mediante idonee forme di pubblicità.
5. Fatti salvi gli adempimenti eventualmente prescritti dalla normativa vigente in materia tributaria e per l'archiviazione ottica dei documenti, i libri obbligatori di cui al comma 1, prima di essere messi in uso, devono essere numerati progressivamente in ogni pagina.

Art. 125 - Contabilità generale

1. La Giunta regionale definisce i principi contabili da adottarsi per la redazione dei bilanci delle aziende sanitarie, nel rispetto dei principi contabili nazionali; definisce altresì il piano dei conti in coerenza con il contenuto del bilancio di esercizio e dei relativi allegati.
2. Le aziende sanitarie, mediante la registrazione dei fatti gestionali nel libro giornale e la loro imputazione ai conti relativi a singole categorie di valori omogenei, provvedono alla rilevazione dei costi e dei ricavi, e delle variazioni negli elementi attivi e passivi del patrimonio, in modo da darne rappresentazione nel bilancio di esercizio e nei relativi allegati.
3. *Abrogato. (319)*
4. Con separate scritturazioni sono inoltre rilevati i crediti insorti a favore dell'azienda e le obbligazioni da essa contratte, con l'indicazione della data in cui presuntivamente risulteranno esigibili; l'annotazione di ciascuna operazione viene successivamente cancellata allorché l'obbligazione attiva o passiva sia stata rilevata ai sensi del comma 1 o sia stata riconosciuta comunque insussistente.

Art. 126 - Sistema budgetario

1. Le aziende sanitarie adottano il sistema budgetario come metodologia per la formazione del loro piano attuativo e come strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative di realizzazione del piano.

2. Il sistema budgetario è costituito da documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio o a periodi più circoscritti, definiscono, per i diversi ambiti di attività e per le specifiche responsabilità gestionali, gli obiettivi da perseguire e le risorse a tal fine disponibili, e ne verificano i risultati raggiunti sulla base di documenti consuntivi.

3. Sulla base dei budget settoriali e parziali, come definiti dal comma 2, è predisposto il budget generale dell'azienda che, con riguardo all'intero esercizio, rappresenta i costi ed i ricavi riferibili alle articolazioni funzionali ed organizzative dell'azienda.

4. Con specifico regolamento e nel rispetto delle direttive eventualmente impartite dalla Giunta regionale, l'azienda sanitaria disciplina le procedure, le competenze ed i criteri per la formazione dei budget, definisce gli strumenti di controllo e verifica sulla loro attuazione.

4 bis. Con riferimento alle attività di assistenza sanitaria territoriale, socio-sanitaria e assistenziale, quando attribuita all'azienda sanitaria, sono definiti specifici budget di ambito territoriale corrispondente alle zone-distretto. (210) .

5. Il budget generale dell'azienda sanitaria è allegato al bilancio annuale di previsione.

6. Il piano sanitario e sociale integrato regionale può prevedere forme di budget la cui redazione è obbligatoria. Il budget di cui al comma 4 bis ha carattere obbligatorio. (211)

Art. 127 - Contabilità analitica

1. Nelle rilevazioni dei fatti gestionali, le aziende sanitarie applicano un sistema di contabilità analitica, al fine di verificare costantemente il livello di attuazione dei budget ed allo scopo di elaborare le informazioni economiche richieste dalla Regione.

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

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

4. Il direttore generale dell'azienda sanitaria assicura che le risultanze delle analisi dei costi e dei rendimenti, nonché i risultati per centri di costo della azienda sanitaria abbiano idonee forme di pubblicità.

Art. 128 - Controllo di gestione

1. Al fine di garantire la realizzazione degli obiettivi programmati e la corretta ed economica utilizzazione delle risorse, le aziende sanitarie attivano il controllo della gestione economica aziendale; l'esercizio della funzione di controllo di gestione è regolamentato, in coerenza con le direttive eventualmente impartite al riguardo dalla Giunta regionale, con apposito provvedimento aziendale che definisce le procedure da attivarsi, le competenze e le responsabilità delle strutture organizzative coinvolte, gli obiettivi da perseguire e i risultati da raggiungere.

2. Con il controllo di gestione è costantemente verificato l'andamento dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività aziendale ed è fatta applicazione di indicatori di efficacia, efficienza ed economicità previamente definiti in coerenza con il piano attuativo e con gli indirizzi di

direzione aziendale; gli scostamenti e le disfunzioni eventualmente riscontrate sono segnalate ai responsabili delle strutture aziendali ed alla direzione aziendale.

3. Il controllo di gestione si avvale dei dati contabili derivanti dalla contabilità generale e analitica e dei dati extracontabili distinti per centri di responsabilità rilevati dai flussi informativi aziendali.

Art. 129 - Responsabilità

1. I direttori generali delle aziende sanitarie sono dichiarati decaduti dal loro incarico qualora dal bilancio di esercizio risulti una rilevante perdita non addebitabile a cause estranee alla loro responsabilità; alla decadenza provvede il Presidente della Giunta regionale con provvedimento motivato da adottare con le procedure di cui all' articolo 39

Art. 130 - Modalità dei pagamenti e servizi di cassa

1. Salvo quanto stabilito dall' articolo 131 , le aziende sanitarie provvedono ai pagamenti attraverso il loro cassiere, al quale devono affluire tutte le somme comunque riscosse per conto dell'azienda.

2. Il servizio di cassa è affidato, mediante contratto, ad un istituto di credito che cura i rapporti con la sezione di tesoreria provinciale dello Stato e che provvede al deposito dei titoli e valori dell'azienda; il contratto disciplina altresì la redazione dei prospetti dei flussi di cassa, previsti dalla normativa vigente, da trasmettere al ministero competente ed i relativi adempimenti a carico dell'azienda e dell'istituto.

3. L'affidamento del servizio di cassa è disposto nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale vigente e secondo le procedure definite nel regolamento di cui all' articolo 133 ; l'offerta economicamente più vantaggiosa viene selezionata sulla base dei seguenti elementi di valutazione:

- a) migliori condizioni in ordine ai tassi di interesse;
- b) condizioni di valuta;
- c) tempi massimi di esecuzione dei pagamenti;
- d) numero e distribuzione territoriale degli sportelli aggiuntivi rispetto alla dotazione minima richiesta nel bando come requisito per l'aggiudicazione;
- e) entità di possibili conferimenti straordinari in conto capitale.

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

5. Qualora il servizio sia affidato ad un gruppo di istituti creditizi, il contratto deve individuare l'istituto capofila in grado di rispondere nei confronti dell'azienda sanitaria e della sezione di tesoreria provinciale dello Stato.

6. Le aziende sanitarie possono ricorrere all'accensione di anticipazioni con il loro cassiere nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore della produzione previsto nel bilancio preventivo economico annuale. (24)

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

Art. 131 - Casse economali

1. Ciascuna azienda sanitaria disciplina con apposito regolamento il servizio di cassa economale, che può articolarsi in una cassa centrale ed in casse periferiche; il servizio di cassa

economale effettua direttamente i pagamenti in contanti e rimborsa, o anticipa, le somme per i pagamenti effettuati o da effettuare, in contanti.

2. Le somme messe a disposizione del servizio di cassa economale non possono eccedere l'ammontare complessivo stabilito dall'apposito regolamento aziendale e sono reintegrabili in corso di esercizio previa rendicontazione delle somme già spese.

3. I cassieri devono annotare su un registro cronologico tutte le operazioni effettuate e non possono eseguire alcun pagamento senza l'autorizzazione dell'ufficio competente.

4. Al termine di ciascun esercizio i responsabili degli uffici di economato rendono il conto della gestione; il conto deve essere inoltre reso allorché siano da integrare le disponibilità o allorquando, per qualsiasi ragione, il responsabile dell'ufficio economato sia cessato dal proprio incarico.

Capo III - Attività contrattuale

Art. 132 - Normativa applicabile

1. *Le aziende sanitarie, gli ESTAV e le società della salute, (212) per quanto di rispettiva competenza ed in conformità della disciplina comunitaria, nazionale e regionale in materia di contratti pubblici e di sicurezza sui luoghi di lavoro, disciplinano l'attività contrattuale attraverso il regolamento di cui all'articolo 133. (59)*

2. L'affidamento dei servizi socio-sanitari ed assistenziali è disciplinato dalla legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali), modificata dalla legge 22 giugno 2000, n. 193 , e dalla legge regionale 24 novembre 1997, n. 87 (Disciplina dei rapporti tra le cooperative sociali e gli enti pubblici che operano nell'ambito regionale), modificata dalla legge regionale 2 aprile 2002, n. 11 .

3. Le aziende unità sanitarie locali, previa intesa con i comuni deleganti, e le Società della salute possono avvalersi degli ESTAV, per lo svolgimento delle selezioni di cui all' articolo 12 della l.r. 87/1997 .

4. Resta salva la possibilità di stipulare convenzioni tra le aziende sanitarie, le Società della salute e le associazioni di volontariato di cui alla r. 28/1993

Art. 133 - Regolamento dell'attività contrattuale (60)

1. *Il regolamento sull'attività contrattuale, adottato dal direttore generale di ciascun ente, disciplina in particolare:*

- a) la programmazione, annuale e pluriennale, dell'attività contrattuale;*
- b) modalità di raccordo per la rilevazione delle esigenze degli enti per i quali l'ESTAV opera per l'approvvigionamento di beni e servizi;*
- c) forme e modalità organizzative interne per la gestione delle procedure di gara e per la gestione della fase di esecuzione dei contratti;*
- d) tenuta ed aggiornamento dell'elenco dei fornitori;*
- e) procedure di affidamento del servizio di cassa;*
- f) affidamenti in economia.*

Art. 134 - Capitolati

1. Il Consiglio regionale delibera il capitolato generale per la fornitura di beni e servizi destinati alle aziende sanitarie; *che è adottato, in quanto compatibile, anche dalle società della salute (213)* il capitolato generale definisce anche con riguardo alle diverse tipologie di rapporti

contrattuali, le condizioni e le clausole da inserire nei relativi contratti.

2. Qualora la procedura adottata per la scelta del contraente richieda la predisposizione di un capitolato speciale che definisca contenuto, termini e condizioni dello specifico contratto da concludere, detto capitolato si conforma alle disposizioni del capitolato generale ed agli eventuali schemi di capitolato speciale approvati dalla Giunta regionale.

Art. 135 - Osservatorio generale dei prezzi

1. La Giunta regionale, avvalendosi dell'osservatorio generale regionale dei prezzi, cura la rilevazione e l'elaborazione dei dati sui prezzi di beni e servizi necessari allo svolgimento delle attività delle aziende sanitarie, con l'obiettivo di consentire acquisizioni al miglior prezzo di mercato.

2. Con deliberazione della Giunta regionale è adottato un disciplinare per l'organizzazione dell'osservatorio che individua le modalità con le quali sono rilevati ed elaborati i dati concernenti le caratteristiche ed i prezzi di beni e servizi utilizzati dalle aziende sanitarie, anche con riferimento alla potenzialità produttiva e competenza dei fornitori ed alla loro efficienza e correttezza nell'esecuzione dei contratti.

Titolo IX - NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 136 - Relazioni sindacali

1. La Giunta regionale, le aziende sanitarie, gli ESTAV, l'ARS e gli altri soggetti del servizio sanitario regionale, *nonché le società della salute (214)* in relazione alle proprie competenze, assicurano l'attuazione della presente legge nel rispetto dei diritti di informazione, consultazione, concertazione e contrattazione sindacale previsti dalle vigenti norme statali e regionali, dai contratti collettivi nazionali e dagli accordi decentrati.

2. I soggetti di cui al comma 1, assicurano la concertazione con le organizzazioni sindacali in merito agli atti di natura programmatica e regolamentare e in particolare agli atti regionali e aziendali di cui agli articoli 34 e 141 .

Art. 137 - Revisione degli statuti aziendali (215)

1. *Le aziende unità sanitarie locali provvedono all'adeguamento dei loro statuti entro il termine di cui all'articolo 142 bis, comma 6.*

2. *Le previsioni di cui all'articolo 40, comma 3, si attivano alla conclusione dei rapporti di lavoro in essere alla data di entrata in vigore della presente legge.*

Art. 138 - Costituzione delle aziende ospedaliero-universitarie

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

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

Art. 139 - Disposizioni relative all'ARS

Abrogato. (51)

Art. 140 - Disposizioni relative alla commissione regionale di bioetica

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

Art. 141 - Disposizioni relative agli ESTAV

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

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

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

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

Art. 142 - Disposizioni diverse

1. *Abrogato. (216)*

2. *Abrogato. (216)*

3. Il Piano sanitario regionale 2005- 2007 è approvato secondo le disposizioni degli articoli 21 e seguenti dal titolo III della r. 22/2000 La validità del Piano sanitario regionale 2005-2007 è prorogata all'anno 2009, fatto salvo il suo aggiornamento alla scadenza del triennio. (217)

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

Art. 142 bis - Norme transitorie (218)

1. *Il piano sanitario regionale e il piano integrato sociale regionale vigenti restano in ogni caso in vigore per un periodo di sei mesi dalla data di approvazione del programma regionale di sviluppo della legislatura successiva alla loro approvazione ai sensi dell'articolo 10 della l.r. 49/1999.*

2. *La Giunta regionale con propria deliberazione provvede annualmente all'attuazione dei piani di cui al comma 1 ai sensi dell'articolo 10 bis della l.r. 49/1999.*

3. *Fino all'individuazione delle zone-distretto con le modalità di cui all'articolo 64, comma 1, le stesse sono determinate dall'allegato A) della presente legge.*

4. *Fino all'approvazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, le società della salute, per la gestione delle attività di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettere c) e d), possono attivare la gestione diretta delle sole attività di assistenza sociale di cui alla lettera d), ed avvalersi dell'azienda unità sanitaria locale, tramite convenzione, per la gestione delle attività*

socio-sanitarie di cui alla lettera c).

5. Fino all'approvazione del piano sanitario e sociale integrato regionale con deliberazione del Consiglio regionale può essere prevista l'assegnazione delle funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettera c), limitatamente a quelle relative alla non autosufficienza e alla disabilità nonché essere individuate le attività di assistenza sociale di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettera d).

6. Le società della salute esistenti sono tenute ad adeguarsi alle disposizioni di cui al capo III bis del titolo V entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge; dopo tale termine, in caso di mancato adeguamento, alle società della salute non viene riconosciuto il contributo di cui all'articolo 143, comma 2 bis.

7. In fase di prima applicazione, le società della salute utilizzano il personale messo a disposizione dagli enti consorziati, salva l'esigenza di particolari professionalità non presenti o non disponibili negli enti stessi. Al personale assegnato si applica il CCNL del comparto di provenienza. Il personale mantiene il proprio rapporto giuridico con l'ente di provenienza e risponde dal punto di vista organizzativo al direttore della società della salute.

8. Le società della salute conformi alle disposizioni di cui al capo III bis del titolo V, previa adozione del regolamento di cui all'articolo 71 quinquies, provvedono all'assunzione del proprio personale ai sensi dell'articolo 71 sexies decies.

9. Le disposizioni di cui all'articolo 40 bis si applicano a decorrere dal centottantesimo giorno dalla data di entrata in vigore della presente legge. Agli effetti di quanto disposto dagli articoli 37, comma 7 ter e 40, comma 12, si tiene conto della durata complessiva dei mandati già svolti nei relativi incarichi anteriormente all'entrata in vigore della presente legge. I contratti dei direttori dei servizi sociali in essere alla data di entrata in vigore della presente legge rimangono comunque validi fino alla scadenza del termine di cui al comma 6.

10. Entro duecentosettanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale adotta, ai sensi dell'articolo 134, comma 2, uno schema di capitolato speciale di riferimento per l'affidamento a soggetti terzi di servizi e prestazioni sociali e socio-sanitarie.

11. Entro novanta giorni dalla conclusione dell'esercizio finanziario 2010 la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione che illustra gli esiti del processo di costituzione delle società della salute, con particolare riferimento a:

- a) la distribuzione geografica ed il grado di copertura del territorio regionale;
- b) l'entità e la distribuzione territoriale dei contributi di cui all'articolo 143, comma 2

bis;

c) le criticità riscontrate in tale processo, con specifico riferimento alle motivazioni degli eventuali casi di mancata o parziale costituzione.

11 bis. In attesa della definizione dei piani annuali attuativi ed operativi locali di cui all'articolo 76 sexies, che sono approvati entro centottanta giorni dall'adozione del regolamento di cui all'articolo 76 undecies, l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza sul territorio regionale è assicurata dalle associazioni di volontariato autorizzate ai sensi della l.r 25/2001 e dai comitati della CRI che già esercitano l'attività alla data di entrata in vigore della presente legge. (261)

Art. 142 ter - Norma di prima applicazione dell'articolo 55 bis (243)

1. Il direttore generale, compatibilmente con le esigenze organizzative aziendali, adotta, nel termine massimo di un anno dall'entrata in vigore del presente articolo, le misure di cui

all'articolo 55 bis, commi 2 e 3, nei confronti del personale che si trova nelle condizioni di cui all'articolo 55 bis, comma 1.

2. Trascorsi novanta giorni dal termine di cui al comma 1, la Giunta regionale invia al Consiglio regionale una relazione nella quale si dà conto:

- a) dei criteri adottati per la concreta individuazione dei casi e delle procedure per la verifica delle dichiarazioni degli interessati;*
- b) del numero dei casi individuati e dei casi in cui si è proceduto all'assegnazione ad altra struttura o alla mobilità interaziendale, evidenziando la motivazione quando ciò non è stato possibile;*
- c) di eventuali criticità incontrate nelle diverse fasi di applicazione della norma.*

Art. 143 - Norma finanziaria

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

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

2 bis. La Regione promuove la diffusione del modello delle società della salute attraverso l'erogazione di un contributo di primo avvio pari a euro 2.000.000,00 per l'anno 2008, euro 3.000.000, 00 per l'anno 2009 e euro 3.000.000,00 per l'anno 2010, cui si fa fronte con le risorse allocate sulla UPB 2.4.3 "Organizzazione del sistema sanitario – Spese correnti" del bilancio di previsione 2008 e del bilancio pluriennale 2008 – 2010. (219)

2 ter. La ripartizione tra le società della salute delle risorse di cui al comma 3 avviene sulla base dei seguenti criteri:

- a) 30 per cento suddiviso in parti uguali tra tutte le società della salute;*
- b) 65 per cento suddiviso in proporzione al numero di abitanti di ciascuna zona;*
- c) 5 per cento suddiviso in proporzione al numero di comuni di ciascuna zona. (219)*

2 quater. Dall'anno 2009 la percentuale di cui alla lettera b) del comma 2 ter è fissata al 30 per cento in proporzione alla diminuzione relativa del tasso di ospedalizzazione per la popolazione della zona. (220)

Art. 143 bis - Nomina del consiglio sanitario regionale, della commissione regionale di bioetica e delle strutture regionali del governo clinico (284)

1. Non si applicano agli organismi di cui agli articoli 43, 51, comma 4, 81, 83 e 95, le seguenti disposizioni della legge regionale 8 febbraio 2008, n. 5 (Norme in materia di nomine e designazioni e di rinnovo degli organi amministrativi di competenza della Regione):

- a) articolo 1, comma 1 bis, lettera b), nella parte in cui sanziona con l'inammissibilità della designazione la mancata indicazione di un numero pari di nominativi di entrambi i generi da parte del soggetto designante;*
- b) articolo 11, comma 1, lettera g bis);*
- c) articolo 13, comma 1, con riferimento a non più di due incarichi, qualora il nominato rinunci espressamente alla retribuzione spettante per uno di essi;*
- d) articolo 13, commi 4 e 5;*
- e) articolo 14, comma 1;*
- f) articolo 19, comma 1.*

Art. 144 - Abrogazioni

1. Sono abrogate le seguenti disposizioni e leggi regionali:
- a) la legge regionale 13 agosto 1992, n. 37 (Istituzione della Commissione regionale di bioetica);
 - b) lettera b), comma 1, dell'articolo 4 della legge regionale 23 giugno 1993, n. 40 (Disciplina degli organi sanitari collegiali)
 - c) la legge regionale 16 giugno 1994, n. 46 (Modifiche alla l.r. 13 agosto 1992, n. 37 "Istituzione della Commissione regionale di bioetica");
 - d) la legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale), fatto salvo quanto disposto all'articolo 142, comma 3; (52)
 - e) la legge regionale 26 febbraio 2003, n. 14 (Modifiche alla legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 "Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale");
 - f) la legge regionale 22 ottobre 2004, n.56 (Modifiche alla legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 "Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale") in materia di svolgimento delle funzioni di direzione delle strutture organizzative.

Art. 144 bis - Sostituzione dell'allegato A della l.r. 40/2005 (221)

1. L'allegato A della l.r. 40/2005 è sostituito dall'allegato A della presente legge.

Note

- 1.** Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 1.
- 2.** Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 2.
- 3.** Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 3.
- 4.** Nota soppressa.
- 5.** Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 4.
- 6.** Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 5.
- 7.** Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 5.
- 8.** Per l'interpretazione autentica di questo articolo vedi l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 6. La Corte si è pronunciata, nuovamente sull'articolo 59 come interpretato, in via incidentale con sentenza n. 86 del 4 aprile 2008 dichiarando infondate le questioni sollevate. La Corte costituzionale con sentenza 181 del 5 maggio 2006 ha dichiarato infondata la questione sollevata nei confronti dell'articolo.
- 9.** Nota soppressa.
- 10.** Comma inserito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 8.
- 11.** Lettera aggiunta con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 9.
- 12.** Comma abrogato con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 9.
- 13.** Nota soppressa
- 14.** Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 10.
- 15.** Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 10.
- 16.** Comma inserito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 11.
- 17.** Comma abrogato con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 12.
- 18.** Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 13.
- 19.** Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 14.
- 20.** Articolo inserito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 15.
- 21.** Comma prima inserito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 16, ed ora così sostituito con l.r. 27 luglio 2007, n. 40, art. 17.
- 22.** Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 16.
- 23.** Nota soppressa.
- 24.** Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67 , art. 18.

25. Articolo prima inserito con l.r. 27 dicembre 2005, n. 70 , art. 13, ed ora così sostituito con l.r. 27 luglio 2007, n. 40, art. 13.
26. Nota soppressa.
27. Lettera prima aggiunta con l.r. 28 dicembre 2005 , n. 72, art. 1, ed ora abrogata con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 7.
28. Comma inserito con l.r. 28 dicembre 2005, n. 72 , art. 1.
29. Nota soppressa.
30. Articolo così sostituito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 1.
31. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 2.
32. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 3.
33. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 4, ed ora così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 49.
34. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 5.
35. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 6, ed ora così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 51.
36. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 7, ed ora abrogato con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 52.
37. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 8.
38. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 9, ed ora così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 54.
39. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 10.
40. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 11.
41. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 12.
42. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 13, ed ora così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 57.
43. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 14, ed ora abrogato con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 58.
44. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 15, ed ora abrogato con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 58.
45. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 16.
46. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 17, ed ora così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 60.
47. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 18.
48. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 19.
49. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 20, ed ora abrogato con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 61.
50. Nota soppressa.
51. Articolo abrogato con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 22. Precedentemente all'abrogazione, la Corte costituzionale si era pronunciata, con sentenza n. 181 del 5 maggio 2006, dichiarando l'illegittimità costituzionale dell'articolo.
52. Frase abrogata con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 22.
53. Nota soppressa.
54. Parole così sostituite con l.r. 22 dicembre 2006, n. 64 , art. 8.
55. Nota soppressa.
56. Nota soppressa.
57. Articolo inserito con l.r. 27 luglio 2007, n. 40, art. 16, ed ora così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 89.
58. Comma inserito con l.r. 13 luglio 2007, n. 38, art. 62.
59. Comma così sostituito con l.r. 13 luglio 2007, n. 38, art. 63..
60. Articolo così sostituito con l.r. 13 luglio 2007, n. 38, art. 64.

61. Lettera aggiunta con l.r. 27 dicembre 2007, n. 69, art. 22.
62. Comma inserito con l.r. 24 ottobre 2008, n. 56, art. 29.
63. Comma sostituito con l.r. 24 ottobre 2008, n. 56, art. 30, ed ora così sostituito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 13
64. Parole così sostituite con l.r. 24 ottobre 2008, n. 56, art. 31.
65. Comma così sostituito con l.r. 24 ottobre 2008, n. 56, art. 32.
66. Nota soppressa.
67. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 1.
68. Lettera inserita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 1.
69. Lettera aggiunta con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 1.
70. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 2.
71. Lettera inserita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 2.
72. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 3.
73. Lettera inserita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 3.
74. Lettera aggiunta con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 3.
75. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 4.
76. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 4.
77. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 5.
78. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 6.
79. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 7.
80. Rubrica così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 8.
81. Rubrica così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 9.
82. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 10.
83. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 11.
84. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 12.
85. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 13.
86. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 13.
87. Lettera abrogata con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 13.
88. Lettera inserita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 13.
89. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 13.
90. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 14.
91. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 15.
92. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 16.
93. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 17.
94. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 18.
95. Comma abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 18.
96. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 19.
97. Parole aggiunte con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 19.
98. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 19.
99. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 19.
100. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 20.
101. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 21.
102. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 22.
103. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 23.
104. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 24.
105. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 25.
106. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 26.
107. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 27.
108. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 27.
109. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 28.

- 110.* Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 28.
111. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 29.
112. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 29.
113. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 30.
114. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 30.
115. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 31.
116. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 31, ed ora così sostituito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65, art. 4
117. Comma abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 31.
118. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 32.
119. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 33.
120. Parole inserite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 33.
121. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 34.
122. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 35.
123. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 36.
124. Lettera aggiunta con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 36.
125. Comma aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 36.
126. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 37.
127. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 37.
128. Comma aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 37.
129. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 38.
130. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 38.
131. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 38.
132. Comma aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 38.
133. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 39.
134. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 40.
135. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 41.
136. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 42.
137. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 43.
138. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 43.
139. Articolo abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 44.
140. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 45.
141. Rubrica così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 46.
142. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 46.
143. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 46.
144. Comma abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 46.
145. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 47.
146. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 48.
147. Articolo prima inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 49, ed ora così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 65.
148. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 50.
149. Parola così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 50.
150. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 51.
151. Punto così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 52.
152. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 53.
153. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 54.
154. Articolo abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 55.
155. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 56.
156. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 56.
157. Comma aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 56.

- 158.* Nota soppressa.
- 159.* Nota soppressa.
- 160.* Nota soppressa.
- 161.* Nota soppressa.
- 162.* Nota soppressa.
- 163.* Nota soppressa.
- 164.* Alinea così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 58.
- 165.* Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 58.
- 166.* Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 58.
- 167.* Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 59.
- 168.* Capo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 60.
- 169.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 61.
- 170.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 62.
- 171.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 63.
- 172.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 64.
- 173.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 65.
- 174.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 66.
- 175.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 67.
- 176.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 68.
- 177.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 69.
- 178.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 70.
- 179.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 71.
- 180.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 72.
- 181.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 73.
- 182.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 74.
- 183.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 75.
- 184.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 76.
- 185.* Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 77.
- 186.* Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 78.
- 187.* Rubrica così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 79.
- 188.* Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 80.
- 189.* Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 81.
- 190.* Parole inserite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 82.
- 191.* Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 83.
- 192.* Parole aggiunte con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 84.
- 193.* Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 85.
- 194.* Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 86.
- 195.* Parole soppresse con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 86.
- 196.* Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 87.
- 197.* Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 88.
- 198.* Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 90.
- 199.* Parola così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 90.
- 200.* Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 91.
- 201.* Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 92.
- 202.* Capoverso soppresso con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 93.
- 203.* Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 93.
- 204.* Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 94.
- 205.* Comma aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 94.
- 206.* Nota soppressa.
- 207.* Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 96.

208. Nota soppressa.
209. Nota soppressa.
210. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 98.
211. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 98.
212. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 99.
213. Parole inserite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 100.
214. Parole inserite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 101.
215. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 102.
216. Comma abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 103.
217. Parole soppresse con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 103.
218. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 104.
219. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 105.
220. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 105.
221. Articolo aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 106.
222. L'allegato A è stato così sostituito dall'art. 144bis, inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 106.
223. Periodo aggiunto con l.r. 2 aprile 2009, n. 16, art. 18.
224. Comma così sostituito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 1.
225. Parole aggiunte con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 2.
226. Lettera così sostituita con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 3.
227. Parole inserite con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 5.
228. Lettera così sostituita con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 6.
229. Articolo inserito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 7.
230. Comma così sostituito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 8.
231. Comma così sostituito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 9.
232. Lettera così sostituita con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 9.
233. Parole soppresse con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 9.
234. Parole così sostituite con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 9.
235. Parole così sostituite con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 10.
236. Comma inserito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 11.
237. Articolo inserito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 12.
238. Lettera così sostituita con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 14.
239. Parole aggiunte con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 15.
240. Comma così sostituito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 15.
241. Comma prima sostituito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 16, ed ora così sostituito con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 7.
242. Nota soppressa.
243. Articolo inserito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 18.
244. Articolo inserito con l.r. 23 dicembre 2009, n.77, art. 15.
245. Lettera inserita con l.r. 14 dicembre 2009,n. 75, art. 79.
246. Lettera prima aggiunta con l.r. 14 dicembre 2009,n. 75, art. 80, ed ora abrogata con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 7.
247. Nota soppressa.
248. L'allegato A è stato prima modificato con del.c.r. 10 febbraio 2010, n. 18, ed ora così sostituito con del. c.r. 28 settembre 2010, n. 69.
249. Comma inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 67 , art. 1.
250. Comma così sostituito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 1.
251. Capo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 2.
252. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 3.
253. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 4.

254. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 5.
255. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 6.
256. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 7.
257. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 8.
258. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 9.
259. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 10.
260. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 11.
261. Comma aggiunto con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 12.
262. Lettera aggiunta con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 17.
263. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 48.
264. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 50.
265. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 50.
266. Parola così sostituita con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 50.
267. Parole soppresse con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 53.
268. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 53.
269. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 55.
270. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 56.
271. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 59.
272. Comma inserito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 123.
273. Comma prima sostituito con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 1, ed ora così sostituito con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 129.
274. Lettera prima sostituita con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 14, ed ora così sostituita con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 2.
275. Lettera così sostituita con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 3.
276. Parole così sostituite con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 3.
277. Comma abrogato con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 3.
278. Lettera così sostituita con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 4.
279. Articolo così sostituito con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 5.
280. Comma così sostituito con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 6.
281. Parole aggiunte con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 7.
282. Lettera così sostituita con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 7.
283. Parola così sostituita con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 7.
284. Articolo inserito con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 8.
285. Parole aggiunte con l.r. 11 maggio 2011, n. 19, art. 7.
286. Regolamento regionale 18 febbraio 2008, n. 7/R.
287. In relazione agli organi sanitari si veda quanto disposto dall'articolo 3 della l.r. 30 ottobre 2010, n. 55.
288. Si veda l'articolo 4 della l.r. 30 ottobre 2010, n. 55.
289. Comma inserito con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 117.
290. Parole così sostituite con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 117.
291. Parole inserite con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 118.
292. Parole inserite con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 119.
293. Parola così sostituita con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 128.
294. Parole così sostituite con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 130.
295. Comma così sostituito con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 131.
296. Si veda l'art. 132 della l.r. 27 dicembre 2011, n. 66.
297. Parole inserite con l.r. 2 marzo 2012, n. 7, art. 19.
298. Comma così sostituito con l.r. 20 luglio 2012, n. 39, art. 12.
299. Comma aggiunto con l.r. 20 luglio 2012, n. 39, art. 12.
300. Comma aggiunto con l.r. 20 luglio 2012, n. 39, art. 12.

- 301.** Comma aggiunto con l.r. 20 luglio 2012, n. 39, art. 12.
302. Comma aggiunto con l.r. 20 luglio 2012, n. 39, art. 12.
303. Regolamento regionale 4 gennaio 2012, n. 1/R.
304. Regolamento regionale 9 ottobre 2012, n. 55/R.
305. Articolo così sostituito con l.r. 27 dicembre 2012, n. 81, art. 10.
306. Comma inserito con l.r. 27 dicembre 2012, n. 81, art. 11.
307. Articolo così sostituito con l.r. 27 dicembre 2012, n. 81, art. 12.
308. Articolo inserito con l.r. 27 dicembre 2012, n. 81, art. 13.
309. Articolo così sostituito con l.r. 27 dicembre 2012, n. 81, art. 14.
310. Comma così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 62.
311. Articolo così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 63.
312. Comma inserito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 64.
313. Comma così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 64.
314. Comma prima sostituito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 15, ed ora così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 66.
315. Parole aggiunte con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 67.
316. Articolo così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 68.
317. Comma così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 69.
318. Comma così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 70.
319. Comma abrogato con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 71.
-

Allegati

All1 - Allegato A

DECRETO LEGISLATIVO 23 giugno 2011, n. 118
Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42. (11G0160)

Vigente al: 12-12-2013

Omissis

Per l'utilità di conoscenza di questa specifica materia si ritiene utile di riportare esclusivamente la parte che attiene al settore sanitario rappresentata dal Titolo II: "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario" (articoli dal 19 al numero 35).

Titolo II

Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario

Art. 19

Oggetto e ambito di applicazione

1. Le disposizioni del presente titolo, che costituiscono principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, comma 3, della Costituzione e sono finalizzate alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana, ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci, sono dirette a disciplinare le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci da parte dei predetti enti, nonché a dettare i principi contabili cui devono attenersi gli stessi per l'attuazione delle disposizioni ivi contenute.

2. Gli enti destinatari delle disposizioni del presente titolo sono:

- a) le regioni, per la parte del bilancio regionale che riguarda il finanziamento e la spesa del relativo servizio sanitario, rilevata attraverso scritture di contabilità finanziaria;
- b) le regioni:
 - i) per la parte del finanziamento del servizio sanitario, regionale direttamente gestito, rilevata attraverso scritture di contabilità economico-patrimoniale, qualora le singole regioni esercitino la scelta di gestire direttamente presso la regione una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario, d'ora in poi denominata gestione sanitaria accentrata presso la regione;
 - ii) per il consolidamento dei conti degli enti sanitari di cui alla lettera c) e, ove presente ai sensi del punto i), della gestione sanitaria accentrata presso la regione;
- c) aziende sanitarie locali; aziende ospedaliere; istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale;
- d) istituti zooprofilattici di cui al decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270.

Art. 20

Trasparenza dei conti sanitari e finalizzazione delle risorse al finanziamento dei singoli servizi sanitari regionali

1. Nell'ambito del bilancio regionale le regioni garantiscono un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale, al fine

di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso. A tal fine le regioni adottano un'articolazione in capitoli tale da garantire, sia nella sezione dell'entrata che nella sezione della spesa, ivi compresa l'eventuale movimentazione di partite di giro, separata evidenza delle seguenti grandezze:

A) Entrate:

a) finanziamento sanitario ordinario corrente quale derivante dalle fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle relative fonti di finanziamento intercettate dall'ente regionale, ivi compresa la mobilità attiva programmata per l'esercizio;

b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente, quale derivante dagli eventuali atti regionali di incremento di aliquote fiscali per il finanziamento della sanità regionale, dagli automatismi fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione in materia di copertura dei disavanzi sanitari, da altri atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli di erogazione dei livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA, da pay back e da iscrizione volontaria al Servizio sanitario nazionale;

c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso;

d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario, con separata evidenza degli interventi per l'edilizia sanitaria finanziati ai sensi dell'articolo 20, della legge n. 67 del 1988;

B) Spesa:

a) spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio e il pay back;

b) spesa sanitaria aggiuntiva per il finanziamento di livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA;

c) spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso;

d) spesa per investimenti in ambito sanitario, con separata evidenza degli interventi per l'edilizia sanitaria finanziati ai sensi dell'articolo 20, della legge n. 67 del 1988.

2. Per garantire l'effettività al finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria, le regioni:

a) accertano ed impegnano nel corso dell'esercizio l'intero importo corrispondente al finanziamento sanitario corrente, ivi compresa la quota premiale condizionata alla verifica degli adempimenti regionali, le quote di finanziamento sanitario vincolate o finalizzate, nonché gli importi delle manovre fiscali regionali destinate, nell'esercizio di competenza, al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard, come stimati dal competente Dipartimento delle finanze. Ove si verificano la perdita definitiva di quote di finanziamento condizionate alla verifica di adempimenti regionali, ai sensi della legislazione vigente, ovvero un minore importo effettivo delle risorse derivanti dalla manovra fiscale regionale che finanzia l'esercizio, detti eventi sono registrati come cancellazione dei residui attivi nell'esercizio nel quale la perdita si determina definitivamente;

b) accertano ed impegnano nel corso dell'esercizio l'intero importo corrispondente al finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso;

3. Per la parte in conto capitale riferita all'edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, le regioni accertano e impegnano nel corso dell'esercizio l'importo corrispondente a quello indicato nel decreto di ammissione al finanziamento. In caso di revoca dell'ammissione a finanziamento ai sensi dell'articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, le regioni registrano detto evento nell'esercizio nel quale la revoca è disposta.

Art. 21

Accensione di conti di tesoreria intestati alla sanità

1. Per garantire trasparenza e confrontabilità dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard:

a) le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard che affluiscono nei conti di tesoreria unica intestati alle singole regioni e a titolo di trasferimento dal Bilancio dello Stato e di anticipazione mensile di tesoreria sono versate in conti di tesoreria unica appositamente istituiti per il finanziamento del servizio sanitario nazionale e funzionanti secondo le modalità di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279;

b) le ulteriori risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale sono versate in appositi conti correnti intestati alla sanità presso i tesorieri delle regioni secondo le modalità previste dall'articolo 77-quater, comma 2, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

2. Ai fini della rilevazione SIOPE le regioni sono identificate da distinti codici-ente, riguardanti la gestione non sanitaria e la gestione sanitaria.

Art. 22

Individuazione delle responsabilità all'interno delle regioni nel caso di sussistenza della gestione sanitaria accentrata presso la regione

1. Le regioni che esercitano la scelta di gestire direttamente presso la regione una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), individuano nella propria struttura organizzativa uno specifico centro di responsabilità, d'ora in poi denominato gestione sanitaria accentrata presso la regione, deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali.

2. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione registra i fatti gestionali nel libro giornale e li imputa ai conti relativi a singole categorie di valori omogenei, provvedendo alla rilevazione dei costi, dei ricavi e delle variazioni negli elementi attivi e passivi del patrimonio, in modo da dare rappresentazione nel bilancio di esercizio.

3. Le regioni individuano il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione che è tenuto:

a) all'elaborazione e all'adozione del bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata presso la regione;

b) alla coerente compilazione, con il bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata presso la regione, dei modelli ministeriali CE e SP di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni, e relativi all'ente ivi identificato con il codice "000";

c) alla redazione del bilancio sanitario consolidato mediante il consolidamento dei conti della gestione accentrata stessa e dei conti degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), secondo le modalità definite nell'articolo 32. In sede di consolidamento, il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione garantisce la coerenza del bilancio sanitario consolidato con le risultanze dei modelli ministeriali CE e SP di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e s.m.i. e relative all'ente ivi identificato con il codice "999". In sede di consolidamento, il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione ed il responsabile della predisposizione del bilancio regionale, assicurano l'integrale raccordo e riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico-patrimoniale e quelle iscritte

in termini di contabilità finanziaria. Tale riconciliazione è obbligatoriamente riportata nella nota integrativa di cui all'articolo 32;

d) Le regioni individuano un responsabile regionale che certifichi, con riferimento alla gestione sanitaria accertata presso la regione:

i. in sede di rendicontazione trimestrale, la regolare tenuta dei libri contabili e della contabilità, la riconciliazione dei dati della gestione accentrata con le risultanze del bilancio finanziario, la riconciliazione dei dati di cassa, la coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali di rilevazione dei conti con le risultanze della contabilità;

ii. in sede di rendicontazione annuale, quando indicato al punto i), nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze della contabilità.

Art. 23

regionale presso gli enti di cui del servizio sanitario regionale

1. Le regioni che non esercitano la scelta di gestire direttamente presso la regione una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i):

a) ne danno preventivamente comunicazione ai Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute;

b) trattano presso la regione le sole operazioni di consolidamento dei conti sanitari degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), come disciplinato dall'articolo 22, comma 3, lettera c). A tal fine è comunque formalmente individuato un responsabile presso la regione, al quale si applicano le disposizioni recate dall'articolo 32;

c) non possono effettuare, a valere sui capitoli di spesa del servizio sanitario regionale, operazioni di gestione diverse dal mero trasferimento delle somme agli enti del servizio sanitario regionale di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c). A tal fine le regioni destinano in ciascun esercizio agli enti del servizio sanitario regionale l'intero importo del finanziamento previsto nell'esercizio di riferimento.

Art. 24

Libri obbligatori della gestione sanitaria accentrata presso la regione

1. Nelle regioni che esercitano la scelta di gestire direttamente presso la regione una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), i libri contabili obbligatori della gestione sanitaria accentrata presso la regione sono il libro giornale ed il libro degli inventari. Il libro giornale registra indistintamente, in ordine cronologico, tutti i fatti di gestione che abbiano rilievo sui risultati d'esercizio. Il libro degli inventari contiene l'indicazione e la valutazione di tutte le attività e le passività relative alla gestione sanitaria accentrata presso la regione. All'aggiornamento del libro degli inventari si provvede al termine dell'esercizio.

Art. 25

Bilancio preventivo economico annuale

1. Gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, e lettera c) predispongono un bilancio preventivo economico annuale, in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria della regione.

2. Il bilancio preventivo economico annuale include un conto economico preventivo e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti dall'articolo 26. Al conto economico preventivo è allegato il conto

economico dettagliato, secondo lo schema CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni.

3. Il bilancio preventivo economico annuale e' corredato da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale per gli enti di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 19 e dal responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione per gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), ove ricorrono le condizioni ivi previste. La nota illustrativa esplicita i criteri impiegati nell'elaborazione del bilancio preventivo economico annuale; la relazione del direttore generale o del responsabile della gestione sanitaria accentrata evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali; il piano degli investimenti definisce gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalita' di finanziamento. Il bilancio preventivo economico annuale degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrono le condizioni ivi previste, deve essere corredato dalla relazione del collegio sindacale.

4. Gli enti di cui alla lettera d), del comma 2 dell'articolo 19 predispongono un bilancio preventivo economico annuale, corredato da una nota illustrativa che espliciti i criteri impiegati nell'elaborazione dello stesso, nonche' da un piano degli investimenti che definisca gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalita' di finanziamento. Il bilancio preventivo economico annuale deve essere corredato dalla relazione del collegio dei revisori. Con delibera del direttore generale, il bilancio preventivo economico annuale, corredato dalla nota illustrativa, dal piano triennale degli investimenti e dalla relazione del collegio dei revisori, viene sottoposto al Consiglio di amministrazione dell'ente per l'approvazione.

Art. 26

Bilancio di esercizio e schemi di bilancio degli enti del SSN

1. Il bilancio d'esercizio e' redatto con riferimento all'anno solare. Si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed e' corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal direttore generale, per gli enti di cui alle lettere c) e d) del comma 2 dell'articolo 19, e dal responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione, per gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), ove ricorrono le condizioni ivi previste.

2. Il bilancio di esercizio predisposto dagli enti di cui alla lettera d), comma 2, dell'articolo 19 viene sottoposto al Consiglio di amministrazione dell'ente per l'approvazione.

3. Per conferire struttura uniforme alle voci del bilancio preventivo economico annuale e del bilancio d'esercizio, nonche' omogeneita' ai valori inseriti in tali voci, gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrono le condizioni ivi previste redigono il bilancio di esercizio secondo gli appositi schemi di cui all'allegato n. 2, che costituiscono parte integrante del presente decreto legislativo. Gli enti di cui alla lettera d), comma 2, dell'articolo 19 adottano i medesimi schemi di bilancio, adattando la nota integrativa e la relazione sulla gestione alle specificita' del proprio ambito operativo.

4. Per gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrono le condizioni ivi previste, la nota integrativa deve contenere anche i modelli CE ed SP per l'esercizio in chiusura e per l'esercizio precedente e la relazione sulla gestione deve contenere anche il modello di rilevazione LA, di cui al decreto ministeriale 18 giugno 2004 e successive modificazioni ed integrazioni, per l'esercizio in chiusura e per l'esercizio precedente, nonche' un'analisi dei costi sostenuti per l'erogazione dei servizi sanitari, distinti per ciascun livello essenziale di assistenza.

Art. 27

Piano dei conti

1. Al fine di soddisfare le esigenze di standardizzazione delle procedure contabili e dei debiti informativi previsti dalla normativa vigente, ciascuna voce del piano dei conti degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, deve essere univocamente riconducibile ad una sola voce dei modelli di rilevazione SP o CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Gli enti di cui al comma 1 possono dettagliare il proprio piano dei conti inserendo ulteriori sottovoci, rispetto a quelle di cui ai modelli di rilevazione SP e CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni, secondo le proprie esigenze informative.

Art. 28

Norme generali di riferimento

1. Per la redazione del bilancio d'esercizio gli enti di cui alle lettere b), punto i), c) e d) del comma 2 dell'articolo 19 applicano gli articoli da 2423 a 2428 del codice civile, fatto salvo quanto diversamente disposto nel presente titolo.

Art. 29

Principi di valutazione specifici del settore sanitario

1. Al fine di soddisfare il principio generale di chiarezza e di rappresentazione veritiera e corretta, nonché di garantire l'omogeneità, la confrontabilità ed il consolidamento dei bilanci dei servizi sanitari regionali, sono individuate le modalità di rappresentazione, da parte degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, delle seguenti fattispecie:

a) il costo delle rimanenze di beni fungibili e' calcolato con il metodo della media ponderata;

((b) a partire dall'esercizio 2016 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione; per gli esercizi dal 2012 al 2015 i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati applicando le seguenti percentuali per esercizio di acquisizione:

1) esercizio di acquisizione 2012: per il 20% del loro valore nel 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016;

2) esercizio di acquisizione 2013: per il 40% del loro valore nel 2013, 2014; per il 20% nel 2015;

3) esercizio di acquisizione 2014: per il 60% del loro valore nel 2014; per il 40% nel 2015;

4) esercizio di acquisizione 2015: per l'80% del loro valore nel 2015; per il 20% nel 2016)).

c) i contributi in conto capitale da regione sono rilevati sulla base del provvedimento di assegnazione. I contributi sono iscritti in un'apposita voce di patrimonio netto, con contestuale rilevazione di un credito verso regione. Laddove siano impiegati per l'acquisizione di cespiti ammortizzabili, i contributi vengono successivamente stornati a proventi con un criterio sistematico, commisurato all'ammortamento dei cespiti cui si riferiscono, producendo la sterilizzazione dell'ammortamento stesso. Nel caso di cessione di beni acquisiti tramite contributi in conto capitale con generazione di minusvalenza, viene stornata a provento una quota di contributo commisurata alla minusvalenza. La quota di contributo residua resta iscritta nell'apposita voce di patrimonio netto ed e' utilizzata per sterilizzare l'ammortamento dei beni acquisiti con le disponibilità generate dalla dismissione. Nel caso di cessione di beni acquisiti tramite contributi in conto capitale con generazione di plusvalenza, la plusvalenza viene direttamente iscritta in una riserva del patrimonio netto, senza influenzare il risultato

economico dell'esercizio. La quota di contributo residua resta iscritta nell'apposita voce di patrimonio netto ed è utilizzata, unitamente alla riserva derivante dalla plusvalenza, per sterilizzare l'ammortamento dei beni acquisiti con le disponibilità generate dalla dismissione. Le presenti disposizioni si applicano anche ai contributi in conto capitale dallo Stato e da altri enti pubblici, a lasciti e donazioni vincolati all'acquisto di immobilizzazioni, nonché a conferimenti, lasciti e donazioni di immobilizzazioni da parte dello Stato, della regione, di altri soggetti pubblici o privati;

d) i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce «utili e perdite portati a nuovo»;

e) le quote di contributi di parte corrente finanziati con somme relative al fabbisogno sanitario regionale standard, vincolate ai sensi della normativa nazionale vigente e non utilizzate nel corso dell'esercizio, sono accantonate nel medesimo esercizio in apposito fondo spese per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo;

f) le plusvalenze, le minusvalenze, le donazioni che non consistano in immobilizzazioni, né siano vincolate all'acquisto di immobilizzazioni, nonché le sopravvenienze e le insussistenze, sono iscritte fra i proventi e gli oneri straordinari;

g) lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo;

h) le somme di parte corrente assegnate alle regioni, a titolo di finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, tramite atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento, sono iscritte, ove sussista la gestione di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), dal responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione nella propria contabilità generale, come credito e contestualmente come passività per finanziamenti da allocare. Ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento;

i) ove sussista la gestione di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), per la parte di finanziamento assegnata dalla regione agli enti di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 19, mensilmente il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione storna la passività per finanziamenti da allocare in ragione di un dodicesimo dell'intero importo, iscrivendo parimenti debiti verso le singole aziende in dodicesimi. Gli enti di cui alla predetta lettera c) del comma 2 dell'articolo 19 contestualmente rilevano un credito verso la regione e un ricavo sempre in ragione di un dodicesimo. Per la parte di finanziamento assegnata agli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), limitatamente alla quota riferita alla spesa sanitaria direttamente gestita, dal momento dell'assegnazione il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione storna la passività per finanziamenti da allocare, iscrivendo proventi in ragione di un dodicesimo per ogni mese. Al termine dell'esercizio, eventuali quote non assegnate né agli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), né agli enti di cui alla predetta lettera c) si intendono attribuite alla gestione sanitaria accentrata presso la regione e, conseguentemente, stornate da passività per finanziamenti da allocare a proventi della stessa gestione sanitaria accentrata. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione impartisce disposizioni agli enti di cui alla predetta lettera c) sulla rilevazione dei proventi e dei costi per mobilità extraregionale, al fine di garantire la corrispondenza dei dati aziendali con

quanto disposto nell'ultimo periodo della lettera h);
j) con modalita' analoghe a quelle previste per le somme di parte corrente, di cui al primo periodo della lettera h), ove sussista la gestione di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione iscrive nella propria contabilita' generale le altre entrate regionali per l'assistenza sanitaria e ne definisce l'assegnazione alle aziende sanitarie. Tali assegnazioni sono rilevate dalle aziende con le modalita' stabilite alla lettera i) se destinate al finanziamento di parte corrente; sono invece rilevate con le modalita' stabilite alle lettere c) e d) se destinate rispettivamente al finanziamento degli investimenti o al ripiano delle perdite. In tutti i casi va garantita la corrispondenza tra i crediti verso regione iscritti nei bilanci degli enti di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 19 del presente titolo e i debiti verso aziende iscritti nel bilancio della gestione sanitaria accentrata presso la regione;
k) alle disposizioni recate dalle lettere h), i) e j), qualora le singole regioni non esercitino la scelta di gestire direttamente presso la regione o la provincia autonoma una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario, provvedono le singole aziende di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), per quanto di loro competenza, sulla base delle assegnazioni del finanziamento del servizio sanitario regionale effettuate dalla regione in loro favore a seguito di atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento. In tutti i casi va garantita la corrispondenza fra il finanziamento complessivo del servizio sanitario regionale e la somma dei finanziamenti registrati dalle aziende di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c). (1)

AGGIORNAMENTO (1)

La Corte Costituzionale, con sentenza 2 - 11 luglio 2012, n. 178 (in G.U. 1a s.s. 18/7/2012, n. 29) ha dichiarato "l'illegittimita' costituzionale dell'alinea e della lettera k) del comma 1 dell'art. 29 del d.lgs. n. 118 del 2011, nella parte in cui si applicano direttamente alle Regioni autonome ed alle Province autonome".

Art. 30

Destinazione del risultato d'esercizio degli enti del SSN

1. L'eventuale risultato positivo di esercizio degli enti di cui alle lettere b), punto i), c) e d) del comma 2 dell'articolo 19 e' portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza e' accantonata a riserva ovvero, limitatamente agli enti di cui alle lettere b) punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19, e' reso disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale. Resta fermo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2013, sancita nella riunione della conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009.

Art. 31

Adozione del bilancio d'esercizio

1. Il bilancio di esercizio e' adottato entro il 30 aprile dell' anno successivo a quello di riferimento dal direttore generale per gli enti di cui alla lettera c) del comma 2 dell' articolo 19, e dal responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione per gli enti di cui alla lettera b), punto i), del comma 2 dell' articolo 19, ed e' corredato dalla relazione del collegio sindacale. Gli enti di cui alla lettera c) del comma 2 dell' articolo 19 provvedono, altresì, a trasmettere al responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione il bilancio di esercizio e la relazione del collegio sindacale ai fini della: predisposizione delle necessarie operazioni di consolidamento, di cui all' articolo 32.
2. Entro la medesima data del 30 aprile dell' anno successivo a quello di riferimento, gli enti di cui alla lettera d) del comma 2 dell' articolo 19 devono trasmettere al Ministero della Salute il bilancio di esercizio corredato dalla relazione del collegio dei revisori.

Art. 32

Bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale

1. La gestione sanitaria accentrata presso la regione predispone e sottopone all' approvazione della giunta regionale sia il bilancio preventivo economico annuale consolidato del Servizio Sanitario Regionale, di cui al comma 5, sia il bilancio d'esercizio consolidato del Servizio Sanitario Regionale, di cui al comma 7.
2. Per la redazione dei bilanci consolidati di cui al comma 1 si applicano le disposizioni del Decreto legislativo n. 127 del 1991, fatto salvo quanto disposto dal presente titolo.
3. L' area di consolidamento comprende tutti gli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell' articolo 19 ed esclude soggetti eventualmente partecipati da questi ultimi. Il patrimonio netto consolidato e' determinato dalla somma dei valori di patrimonio netto degli enti consolidati. Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all' articolo 36, comma 2, sono definite le modalita' di sperimentazione riguardanti la previsione di un ulteriore bilancio consolidato che comprenda i soggetti controllati dagli enti di cui all' articolo 19, comma 2, lettere b), punto i), e c).
4. Il bilancio preventivo economico annuale consolidato si compone ed e' corredato dagli stessi documenti che compongono e corredano il bilancio preventivo economico annuale dei singoli enti di cui all' articolo 25. La relazione del direttore generale e' sostituita da una relazione del responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione. Salvi gli adeguamenti necessari, la struttura e il contenuto dei documenti che compongono e corredano il bilancio preventivo economico annuale consolidato sono quelli prescritti per il bilancio preventivo economico annuale dei singoli enti di cui all' articolo 19, comma 2, lettere b), punto i), e c) del presente titolo.
5. La giunta regionale approva i bilanci preventivi economici annuali degli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell' articolo 19 e il bilancio preventivo economico annuale consolidato di cui al comma 4 entro il 31 dicembre dell' anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione.
6. Il bilancio d'esercizio consolidato si compone ed e' corredato dagli stessi documenti che compongono e corredano il bilancio d'esercizio dei singoli enti di cui all' articolo 26. La relazione del direttore generale e' sostituita da una relazione del responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione. Salvi gli adeguamenti necessari, la struttura e il contenuto dei documenti che compongono e corredano il bilancio d'esercizio consolidato sono quelli prescritti per il bilancio d'esercizio dei singoli enti di cui all' articolo 19, comma 2, lettere b),

punto i), e c). I modelli SP e CE di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni, da inserire nella nota integrativa del bilancio d'esercizio consolidato, ed il modello LA di cui al decreto ministeriale 18 giugno 2004 e successive modificazioni ed integrazioni, da inserire nella relazione sulla gestione, sono quelli relativi al codice 999. La nota integrativa al bilancio consolidato deve in ogni caso contenere: (a) il prospetto di cui all'articolo 22, comma 3, lettera c), che illustri l'integrale raccordo tra le poste iscritte nel bilancio d'esercizio consolidato e quelle iscritte nel rendiconto di contabilità finanziaria; (b) un prospetto che, per ogni eventuale partecipazione detenuta dalle aziende di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 19 presso altri soggetti, indichi denominazione, sede, importo totale dell'attivo, importo del patrimonio netto, utile o perdita dell'ultimo esercizio, quota posseduta da ciascuna azienda del servizio sanitario regionale ed eventualmente dalla regione, valore attribuito nel bilancio consolidato e criterio di valutazione adottato; (c) un prospetto che, per ogni altra società partecipata o ente dipendente della regione che riceva a qualsiasi titolo una quota delle risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard o delle ulteriori risorse destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale, indichi denominazione, sede, importo totale dell'attivo, importo del patrimonio netto, utile o perdita dell'ultimo esercizio, quota posseduta dalla regione.

7. La giunta regionale approva i bilanci d'esercizio degli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 entro il termine del 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento e il bilancio consolidato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione.

8. Per favorire la compatibilità e l'uniformità dei bilanci da consolidare, il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione può stabilire specifici obblighi informativi a carico degli enti di cui alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 19 e prescrivere trattamenti contabili omogenei, nei limiti di quanto stabilito dagli articoli 28 e 29.

Art. 33

Tassonomia per gli enti in contabilità civilista

1. Al fine di consentire l'elaborazione dei conti di cassa consolidati delle amministrazioni pubbliche, la riclassificazione dei dati contabili degli enti di cui all'articolo 19, lettere c) e d), e' operata attraverso la rilevazione SIOPE di cui all'articolo 14, comma 6, della legge 31 dicembre 2009, n. 196.

2. Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all'articolo 36, comma 2, e' definito lo schema di transcodifica delle voci dei modelli LA, CE ed SP di cui rispettivamente al decreto ministeriale 18 giugno 2004 e successive modificazioni ed integrazioni e al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni necessarie per la predisposizione dell'articolazione della spesa per missioni e programmi, accompagnata dalla corrispondente classificazione secondo la nomenclatura COFOG di secondo livello, di cui all'articolo 17, comma 3. Nel caso di corrispondenza non univoca tra programma e funzioni COFOG di secondo livello, vanno individuate due o piu' funzioni COFOG con l'indicazione delle percentuali di attribuzione della spesa del programma a ciascuna di esse.

Art. 34

Aggiornamento schemi tecnici

1. In funzione di eventuali emergenti fabbisogni informativi, anche in conseguenza dell'attività di monitoraggio dei conti sanitari e dell'erogazione dei livelli di assistenza, ovvero di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, nonche' della definizione del livello minimo

di articolazione del piano dei conti integrato di cui all'articolo 36, comma 2, i relativi necessari aggiornamenti degli schemi allegati al presente decreto legislativo, di cui agli articoli 26 e 32 nonché la tabella di cui all'articolo 29, comma 1, lettera b) sono effettuati con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 35
Sistemi informativi e statistici della Sanita'

1. Al fine di migliorare i sistemi informativi e statistici della sanita' e per il loro migliore utilizzo in termini di monitoraggio dell'organizzazione dei livelli di assistenza, con procedure analoghe a quanto previsto dall'articolo 34, con decreto del Ministro della salute vengono stabilite le procedure di anonimizzazione dei dati individuali presenti nei flussi informativi, gia' oggi acquisiti in modo univoco sulla base del codice fiscale dell'assistito, con la trasformazione del codice fiscale, ai fini di ricerca per scopi di statistica sanitaria, in codice anonimo, mediante apposito algoritmo biunivoco, in modo da tutelare l'identita' dell'assistito nel procedimento di elaborazione dei dati. I dati cosi' anonimizzati sono utilizzati per migliorare il monitoraggio e la valutazione della qualita' e dell'efficacia dei percorsi di cura, con un pieno utilizzo degli archivi informatici dell'assistenza ospedaliera, specialistica, farmaceutica.

Appendice fotografica









Una selezione dei volumi della collana
delle *Edizioni dell'Assemblea* è scaricabile dal sito

www.consiglio.regione.toscana.it/edizioni

Ultimi volumi pubblicati:

Angela Maria Fruzzetti

I giovani raccontano

Gabriella Nocentini

Perché il silenzio non sia più silenzio

Mariagrazia Orlandi

Sicurezza e mass media

Stefano Possanzini O. Carm.

Padre Angiolo Paoli.

Carmelitano Apostolo dei poveri e dei malati

Don Angelo Mencarelli

Ricerche storiche su Marciano della Chiana.

Dalla sua origine a i tempi nostri

Umberto Ragazzino

Lettere familiari di Ubaldino Peruzzi

ed Emilia Toscanelli Peruzzi ed altri documentii

Sergio Cerri Vestri

Come eravamo - Interviste in Valdambra

