

Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 (BUR n. 77/1994)

NORME E PRINCIPI PER IL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 "RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA", COSI' COME MODIFICATO DAL DECRETO LEGISLATIVO 7 DICEMBRE 1993, N. 517. (1) (2) (3)

TITOLO I

Finalità ed oggetto della legge

Art. 1 - Finalità ed oggetto della legge.

1. La Regione del Veneto assicura ai cittadini i migliori livelli uniformi di assistenza sanitaria in ambito territoriale regionale in rapporto alle risorse a disposizione.

2. Per le finalità di cui al comma 1 la Regione riordina il servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, d'ora in poi denominato decreto legislativo di riordino. In particolare:

- a) definisce il quadro istituzionale del Servizio sanitario regionale;
- b) individua, ai sensi dell'articolo 3 comma 1 del decreto legislativo di riordino, le Unità locali socio-sanitarie, definendone gli ambiti territoriali;
- c) individua gli ospedali da costituire in Azienda ospedaliera;
- d) disciplina le principali modalità organizzative e di funzionamento delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere.

TITOLO II

Aspetti istituzionali e di ordinamento

CAPO I

Assetto istituzionale

Art. 2 - Compiti della Regione.

1. La Regione svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento nei confronti delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere.
2. La Regione disciplina le modalità dei rapporti fra Unità locali socio-sanitarie, Aziende ospedaliere, istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata e professionisti convenzionati, attraverso gli strumenti ed i vincoli della programmazione regionale. Tali rapporti sono fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sul sistema di verifica e revisione di qualità.
3. La Giunta regionale vigila sul rispetto delle disposizioni impartite in materia di requisiti minimi e di classificazione delle strutture erogatrici, sul grado di soddisfacimento dei diritti dei cittadini e verifica il raggiungimento dei risultati quantitativi e qualitativi prefissati dal piano socio-sanitario regionale.
4. La Giunta regionale, avvalendosi delle unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, sentiti gli organismi rappresentativi dei comuni, delle comunità montane, delle province, le università, le organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, le sezioni provinciali della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, gli organismi di volontariato, il privato sociale e le associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini, adotta il piano socio sanitario regionale e lo trasmette al Consiglio regionale per l'approvazione.⁽⁴⁾
5. (omissis) ⁽⁵⁾

Art. 3 - Unità locale socio-sanitaria e Azienda ospedaliera.

1. L'Unità locale socio-sanitaria e l'Azienda ospedaliera assicurano ai cittadini le prestazioni previste nei livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano socio-sanitario regionale nel rispetto del piano sanitario nazionale, avvalendosi delle proprie strutture o di quelle previste all'articolo 2 comma 2.
2. L'Unità locale socio-sanitaria e l'Azienda ospedaliera di cui agli articoli 3 e 4 del decreto legislativo di riordino esercitano l'autonomia aziendale nell'ambito della programmazione regionale socio-sanitaria, delle norme della presente legge e della legge regionale di contabilità delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere.
3. L'Unità locale socio-sanitaria e l'Azienda ospedaliera, in attuazione degli indirizzi stabiliti dal piano socio-sanitario regionale e tenuto conto delle linee di indirizzo espresse dalla rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale o dal sindaco qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune, elabora il piano generale attuativo triennale.
4. Il piano generale attuativo triennale dell'Unità locale socio-

sanitaria recepisce il piano di zona di cui all'articolo 8 comma 2.

Art. 4 - Università.

1. Le università contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione del piano socio-sanitario regionale con le modalità di cui all'articolo 2, comma 4, lettera a).

2. La Regione e le università stipulano specifici protocolli d'intesa ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo di riordino:

a) per regolamentare, nel rispetto delle proprie competenze istituzionali, l'apporto delle facoltà di medicina alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale;

b) per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione al fine di soddisfare le specifiche esigenze del servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi per l'accesso ai ruoli dirigenziali del servizio sanitario nazionale;

c) per regolamentare l'espletamento dei corsi di formazione di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341.

3. I protocolli d'intesa di cui al comma 2 lettera a) sono approvati dal Consiglio regionale, quelli di cui alle lettere b) e c) sono approvati dalla Giunta regionale.

3 bis. Ai professori e ricercatori universitari inseriti in assistenza è riconosciuto il trattamento economico previsto dall'articolo 6 del decreto legislativo n. 517/1999. Le concrete modalità di riconoscimento del trattamento economico in parola sono definite nei protocolli di cui al comma 2, lettera a) del presente articolo, avuto riguardo anche alle determinazioni della contrattazione collettiva e ai principi di cui all'articolo 36 della Costituzione. ⁽⁶⁾

3 ter. La Regione, direttamente o per il tramite delle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, può assumere, ai sensi dell'articolo 18, comma 3, della legge 30 dicembre 2010, n. 240, oneri per la chiamata di professori ai sensi dell'articolo 18, comma 1, della predetta legge n. 240 del 2010, limitatamente ai dipendenti delle Aziende ospedaliere di Padova e Verona muniti di abilitazione all'insegnamento universitario. ⁽⁷⁾

Art. 4 bis - Aziende ospedaliero-universitarie integrate. ⁽⁸⁾

1. In attuazione del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina dei rapporti fra servizio sanitario nazionale e università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419" e successive modificazioni possono essere costituite Aziende ospedaliero-universitarie integrate.

2. Le modalità di costituzione, di attivazione, di organizzazione e di funzionamento delle Aziende ospedaliero-universitarie integrate sono disciplinate dai protocolli d'intesa previsti dal decreto legislativo n. 517 del 1999 e successive modificazioni; in particolare, le Aziende ospedaliero-universitarie integrate sono formalmente costituite in seguito alla sottoscrizione dei protocolli attuativi,

stipulati rispettivamente dai direttori generali delle Aziende ospedaliere e dai rettori delle università, nonché alla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione (BUR) del provvedimento della Giunta regionale che dà attuazione ai predetti protocolli. La Giunta regionale adotta e pubblica sul BUR il provvedimento attuativo entro novanta giorni dalla sottoscrizione dei protocolli, decorso inutilmente tale termine le Aziende ospedaliero-universitarie integrate sono automaticamente costituite.

Art. 5 - Comuni. (9)

1. I comuni partecipano, nelle forme previste dalla presente legge, al processo di programmazione socio-sanitaria regionale.
2. Qualora l'ambito territoriale di una Unità locale socio-sanitaria comprenda più comuni o circoscrizioni, si costituisce la conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale.
3. La conferenza di cui al comma 2 adotta apposito regolamento per disciplinare lo svolgimento della propria attività nonché della rappresentanza di cui all'articolo 3 comma 14 del decreto legislativo n. 502/1992 che assume la denominazione di esecutivo, mediante il quale la conferenza stessa esercita le proprie funzioni di indirizzo e valutazione. La Conferenza dei sindaci adegua il proprio regolamento alle disposizioni della presente legge. Il regolamento individua le modalità per la scelta del presidente della conferenza e per la formazione dell'esecutivo. ⁽¹⁰⁾
4. La conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale nel disciplinare la rappresentanza di cui al comma 3 deve tener conto almeno dei seguenti criteri:
 - a) rappresentatività dei comuni per densità demografica;
 - b) collocazione dei comuni all'interno dei distretti socio-sanitari. Di norma nella rappresentanza non può essere presente più di un comune per ogni distretto.
5. Per la prima costituzione della conferenza dei sindaci e della rappresentanza, la Giunta regionale provvede entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge a individuare le modalità di convocazione e di primo funzionamento.
6. Gli oneri per l'esercizio delle funzioni del sindaco, qualora l'ambito territoriale dall'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del Comune, o della rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale, di cui al presente articolo, sono a carico dei comuni interessati.
7. Spetta al sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune, o alla rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale, in ordine alle rispettive Unità locali socio-sanitarie di riferimento:
 - a) formulare le osservazioni sulla proposta di piano socio-sanitario

- regionale con le modalità di cui all'articolo 2 comma 4;
- b) provvedere alla definizione, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività dell'Unità locale socio-sanitaria;
- c) omissis ⁽¹¹⁾;
- d) esaminare il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio;
- e) verificare l'andamento generale dell'attività dell'Unità locale socio-sanitaria e trasmettere le proprie valutazioni e proposte all'Unità locale socio-sanitaria ed alla Regione.
- e bis) nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario regionale, degli indirizzi generali impartiti dalla Giunta regionale e degli indirizzi specifici impartiti dall'esecutivo della stessa conferenza, esprimere parere obbligatorio, entro trenta giorni dalla sua trasmissione, sul piano attuativo locale disposto dai direttori generali;
- e ter) esprimere, attraverso l'esecutivo, per le aziende ULSS, il parere previsto dall'articolo 3 bis, comma 6, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni;
- e quater) limitatamente ai casi previsti dall'articolo 3 bis, comma 7, del decreto legislativo n. 502/1992, chiedere, per le aziende ULSS, alla Regione di revocare il direttore generale o di non disporre la conferma;
- e quinquies) deliberare l'adozione dei provvedimenti in base ai quali le aziende ULSS e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2, comma 1 lettera l) della legge 30 novembre 1998, n. 419 concernente la delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, previo parere favorevole della Giunta regionale che lo esprime in base alla verifica della congruità degli specifici finanziamenti a ciò destinati dagli stessi comuni e della compatibilità con gli obiettivi generali della programmazione regionale. ⁽¹²⁾ ⁽¹³⁾
- 8.** Gli organi dell'Unità locale socio-sanitaria sono tenuti a rendere disponibili al sindaco, qualora l'ambito territoriale della Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune, o alla rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriali i dati informativi necessari allo svolgimento delle funzioni di cui al presente articolo e a rispondere motivatamente alle proposte di cui alla lettera e) del comma 7.
- 8 bis.** La Conferenza dei sindaci si riunisce in sede plenaria almeno in occasione dell'esame degli atti di bilancio, dell'emanazione degli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale e dell'espressione del relativo parere, in occasione della espressione del parere previsto dall'articolo 3 bis, comma 6, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.
- 8 ter.** Il direttore generale assicura i rapporti tra l'azienda ULSS e

la Conferenza dei sindaci. Il direttore generale è tenuto a partecipare alle sedute dell'esecutivo e della conferenza su invito del presidente. **8 quater**. L'azienda ULSS mette a disposizione idonei locali per le conferenze dei sindaci. Le conferenze dei sindaci dispongono in ordine alla propria organizzazione interna. È fatto obbligo al direttore generale, d'intesa con il presidente della Conferenza dei sindaci, di dare attuazione per quanto di competenza a quanto previsto dal presente comma entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge. ⁽¹⁴⁾

CAPO II

Processo di programmazione socio sanitaria

Art. 6 - Strumenti della programmazione socio sanitaria. ⁽¹⁵⁾

1. La programmazione socio-sanitaria regionale si realizza con il piano socio-sanitario regionale approvato dal Consiglio regionale:

1 bis. Il piano socio-sanitario regionale ha durata quinquennale. ⁽¹⁶⁾

2. Il piano socio-sanitario regionale:

a) definisce gli obiettivi del processo di programmazione regionale e gli standards dei servizi garantendo equità di accesso e di trattamento dei cittadini sul territorio regionale;

b) si articola in programmi di intervento di area specifica a tutela della salute ed in piani settoriali che attuano gli obiettivi previsti dal piano socio-sanitario regionale per periodi non superiori al quinquennio. ⁽¹⁷⁾

3. Sono strumenti attuativi della programmazione socio-sanitaria approvati dalle Unità locali socio-sanitarie e dalle aziende ospedaliere e sottoposti a parere di congruità di cui alla legge di contabilità delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere:

a) i piani generali triennali delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, nonché i loro aggiornamenti annuali; ⁽¹⁸⁾

b) i singoli programmi d'intervento e i piani settoriali.

4. omissis ⁽¹⁹⁾

Art. 7 - Azioni strumentali della programmazione.

1. Le azioni strumentali definiscono le condizioni essenziali per l'efficacia e l'efficienza del processo di programmazione socio-sanitaria regionale.

2. Sono azioni strumentali della programmazione:

a) lo sviluppo del sistema informativo e la definizione di un sistema di indicatori finalizzato al controllo di qualità;

b) lo sviluppo dell'osservazione epidemiologica;

c) la conduzione di sperimentazioni gestionali;

3. Il sistema informativo socio-sanitario è l'insieme coordinato di strutture, strumenti e procedure compatibili finalizzate all'acquisizione, elaborazione, produzione e diffusione delle informazioni utili per l'esercizio delle funzioni di programmazione, attuazione e controllo.

4. Il sistema informativo socio-sanitario si articola in due aree:

a) area del sistema informativo di governo finalizzata alla programmazione ed al controllo di gestione;

b) area del sistema informativo di gestione finalizzata all'organizzazione ed allo sviluppo tecnologico del sistema stesso.

5. L'osservatorio epidemiologico regionale ha il compito di organizzare, integrare e completare la rete di osservazione epidemiologica regionale. A tal fine dirige o coordina le unità di rilevazione epidemiologica operanti nelle strutture del servizio sanitario regionale e può attivare forme di collaborazione con enti ed istituti di ricerca.

6. Il controllo di qualità è organizzato a livello regionale, di azienda e di singola unità operativa, al fine di migliorare i servizi resi ai cittadini e l'organizzazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo di riordino. La Giunta regionale adotta con proprio provvedimento un sistema di indicatori di struttura, di procedura e di risultato anche ai fini dell'accreditamento di cui al decreto legislativo di riordino.

7. L'Unità locale socio-sanitaria e l'Azienda ospedaliera forniscono alla Giunta regionale tutti gli indicatori di sintesi funzionali per l'attività di controllo che la Regione svolge ai sensi dell'articolo 2 comma 1 attraverso il sistema informativo.

8. La Giunta regionale ha la facoltà di promuovere o autorizzare sperimentazioni gestionali ed organizzative, per la realizzazione di più efficienti modelli di gestione per l'uso delle risorse finalizzate a raggiungere gli obiettivi prefissati nell'organizzazione dell'assistenza socio-sanitaria.

9. Le azioni strumentali sono realizzate mediante progetti attuativi approvati dalla Giunta regionale.

Art. 7 bis - Organizzazione dei settori strategici. (20)

1. Le unità operative complesse e/o dipartimentali relative a:

a) provveditorato;

b) anatomia patologica;

c) risorse umane;

d) gestione della logistica;

vengono allocate per ambiti territoriali ottimali. La Giunta regionale definisce, con atto programmatico, sul quale esprime parere vincolante la competente commissione consiliare, le modalità attuative della riorganizzazione da attuarsi entro e non oltre il 31 dicembre 2013.

CAPO III

Integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali

Art. 8 - Delega dei servizi socio-assistenziali e piani di zona dei servizi sociali. (21)

1. La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle Unità locali socio-sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal piano regionale socio-sanitario.

2. La Regione persegue altresì l'integrazione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati sia all'interno del comune sia a livello intercomunale in ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le nuove Unità locali socio-sanitarie. Il principale strumento di integrazione, per tale finalità, è rappresentato dai piani di zona dei servizi sociali che vengono elaborati ed approvati dal sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune o dalla conferenza dei sindaci, con le modalità previste dal piano socio-sanitario regionale.

CAPO IV

Ordinamento

Art. 9 - Ambiti territoriali delle Unità locali socio-sanitarie ed individuazione delle Aziende ospedaliere. (22)

1. Ai sensi dell'articolo 3, comma 5 del decreto legislativo di riordino e dell'[articolo 3](#), comma 2 della legge regionale 30 agosto 1993, n. 39, e sulla base dei parametri relativi alla popolazione, al territorio, ai trasporti e comunicazioni viarie e alla mobilità sanitaria, e all'equilibrio tecnico-finanziario, la Regione definisce gli ambiti territoriali delle Unità locali socio-sanitarie così come individuati dall'[allegato A](#)) che costituisce parte integrante della presente legge.
(23)

2. La Regione individua quali ospedali da costituire in azienda gli ospedali di Padova e Verona su cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina, secondo quanto previsto dall'[allegato B](#)) che costituisce parte integrante della presente legge.

3. Le modifiche degli ambiti territoriali delle unità locali socio-sanitarie e l'individuazione delle aziende ospedaliere di cui ai commi 1 e 2 sono effettuate con legge regionale sentiti gli enti locali

interessati. Le modifiche hanno efficacia a partire dal primo gennaio successivo all'entrata in vigore della legge regionale. ⁽²⁴⁾

3 bis. Qualora gli enti locali interessati non esprimano il parere di cui al comma 3 entro il termine di sessanta ⁽²⁵⁾ giorni dal ricevimento della richiesta, si prescinde dallo stesso. ⁽²⁶⁾

3 ter. Qualora in conformità a quanto previsto dall'articolo 4 bis, comma 2, venga costituita l'Azienda ospedaliero-universitaria integrata, l'Azienda ospedaliera cessa di essere tale al fine di assumere la nuova configurazione giuridica di Azienda ospedaliera-universitaria integrata e, di conseguenza, l'allegato B è automaticamente modificato in deroga alle procedure del presente articolo. ⁽²⁷⁾

4. L'azienda ospedaliera si organizza sulla base dei principi stabiliti dalla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39.

Art. 10 - Organi dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera.

1. Sono organi dell'Azienda ULSS e dell'Azienda ospedaliera il Direttore generale, il Collegio di direzione e il Collegio sindacale. ⁽²⁸⁾

2. Il direttore generale è nominato con le modalità di cui all'[articolo 13](#) ed esercita le funzioni ivi previste.

3. Il collegio dei revisori è nominato dal direttore generale. Al collegio si applicano le norme di cui al decreto legislativo di riordino.

4. Spettano al collegio dei revisori le funzioni previste dalla legge regionale di contabilità sanitaria.

5. Per l'esercizio delle funzioni di cui al comma 4, tutti gli atti adottati dal direttore generale sono trasmessi al collegio dei revisori all'atto della loro pubblicazione nell'albo dell'azienda. Entro quindici giorni dal ricevimento dell'atto, il collegio dei revisori trasmette al direttore generale gli eventuali rilievi.

5 bis. La Giunta regionale disciplina la costituzione, la composizione, le competenze e i criteri di funzionamento del Collegio di direzione nonché i rapporti con gli altri organi aziendali. ⁽²⁹⁾

CAPO V

Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Art. 11 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini.

1. La Regione del Veneto assicura e garantisce la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari. I medesimi diritti sono estesi anche ai cittadini iscritti all'Anagrafe degli italiani residenti all'estero (AIRE) che hanno avuto l'ultima residenza italiana in un comune del Veneto e si trovano in

temporaneo soggiorno sul territorio veneto. ⁽³⁰⁾

2. Presso ogni Unità locale socio-sanitaria e ogni Azienda ospedaliera è istituito, ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 3 febbraio 1993 n. 29 e successive modificazioni, l'ufficio per l'informazione e le relazioni con il pubblico con il compito tra l'altro di:

a) fornire le informazioni utili sulle prestazioni e le modalità di accesso ai servizi;

b) raccogliere ed elaborare proposte per migliorare gli aspetti organizzativi e logistici dei servizi.

3. Il direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera, anche sulla base dell'attività svolta dall'ufficio di cui al comma 2 determina, sentiti gli organismi di volontariato e le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini, le modalità ed i tempi di raccolta e valutazione delle loro osservazioni in merito alla gestione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni.

4. Il direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera convoca, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi per verificare l'andamento dei servizi ai sensi dell'articolo 14 del decreto legislativo di riordino.

5. La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, emana direttive per disciplinare le modalità di presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti nonché le modalità di funzionamento della conferenza dei servizi di cui al comma 4.

TITOLO III

Aspetti organizzativi e di funzionamento

CAPO I

Organizzazione generale

Art. 12 - Criteri di organizzazione.

1. L'Unità locale socio-sanitaria e l'Azienda ospedaliera devono essere organizzate sulla base dei seguenti criteri:

a) a ciascuna struttura e unità operativa sono assegnati compiti, obiettivi quantitativi e qualitativi e strumenti coerenti fra loro e rispondenti a logiche di organicità;

b) ciascuna struttura e unità operativa ha un unico responsabile, dal quale dipendono tutti gli operatori ad essa assegnati;

c) ciascuna struttura e unità operativa costituisce un centro di attività e di costo con un proprio budget. Il responsabile della

struttura o unità operativa risponde del raggiungimento degli obiettivi nel rispetto del budget assegnato;

d) ciascuna struttura o unità operativa, benchè autonoma, deve attuare procedure per un'azione coordinata.

Art. 13 - Direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera. ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾

1. Il direttore generale è nominato con decreto del Presidente della Regione. ⁽³³⁾

2. Il direttore generale dell'Azienda ospedaliera nella quale insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia è nominato d'intesa con il rettore della rispettiva università.

3. Al direttore generale spettano tutte le funzioni di gestione complessiva e la rappresentanza generale della stessa. E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnatigli dalla Giunta regionale nonchè della corretta ed economica gestione delle risorse a disposizione dell'azienda. ⁽³⁴⁾

4. Al direttore generale spetta la valorizzazione e la più efficace gestione delle risorse umane. A tal fine promuove le azioni formative più opportune, si dota delle strutture necessarie, nomina e con provvedimento motivato revoca il dirigente del personale.

5. Il direttore generale per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 3 si avvale dell'unità controllo di gestione.

6. Il direttore generale nomina, e con provvedimento motivato può sospendere o dichiarare decaduto, il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale⁽³⁵⁾.

7. Il direttore generale, fatta salva la normativa vigente, affida, e con provvedimento motivato revoca, la direzione delle strutture del distretto, del dipartimento di prevenzione, dell'ospedale nonchè delle unità operative.

8. Il Presidente della Giunta regionale risolve il contratto del direttore generale dichiarandone la decadenza e provvede quindi alla sua sostituzione, nei casi previsti dal decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni e dalle disposizioni contenute nel presente articolo. ⁽³⁶⁾

8 bis. L'età anagrafica del direttore generale non può essere superiore ai sessantacinque anni al momento della nomina. ⁽³⁷⁾

8 ter. omissis ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾

8 quater. Il direttore generale non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda. ⁽⁴⁰⁾

8 quinquies. I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ⁽⁴¹⁾ ed in relazione all'azienda specificamente gestita. ⁽⁴²⁾ ⁽⁴³⁾

8 sexies. La valutazione annuale di cui al comma 8 quinquies fa

riferimento:

a) alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio;

b) al rispetto della programmazione regionale;

c) alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle aziende ULSS. ⁽⁴⁴⁾

8 septies. Con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera a), la valutazione compete alla Giunta regionale; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera b), la valutazione compete alla competente commissione consiliare; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera c), la valutazione compete alle conferenze dei sindaci, qualora costituite ai sensi dell'[articolo 5](#). ⁽⁴⁵⁾

8 octies. La pesatura delle valutazioni viene fissata con provvedimento della Giunta regionale in modo tale che sia garantito un sostanziale equilibrio tra i vari soggetti e comunque non potrà essere inferiore al 20 per cento per singolo soggetto. ⁽⁴⁶⁾

8 nonies. Il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale possono assumere incarichi esterni di rappresentanza, di collaborazione, di consulenza o di gestione, esclusivamente sulla base di una preventiva formale autorizzazione del Presidente della Giunta regionale e purché non siano di rilevanza economica. ⁽⁴⁷⁾

8 decies. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio, in relazione alle risorse assegnate, costituisce causa di risoluzione del contratto del direttore generale; rappresentano, altresì, ulteriori cause di risoluzione il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Giunta regionale e la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale. ⁽⁴⁸⁾

8 undecies. La risoluzione del contratto del direttore generale, ai sensi del comma 8 decies, costituisce causa di risoluzione dei contratti del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale. ⁽⁴⁹⁾

8 duodecies. Il Presidente della Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario con i poteri del direttore generale per la risoluzione di particolari complessità gestionali o per la necessità di sviluppare progettualità programmatiche rilevanti, definendo nell'atto di nomina obiettivi e risorse. La gestione commissariale avrà durata di dodici mesi eventualmente rinnovabili. ⁽⁵⁰⁾

Art. 14 - Direttore sanitario.

1. Il direttore sanitario è nominato ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo di riordino e risponde al direttore generale del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnati.

2. Il direttore sanitario coadiuva il direttore generale nella gestione

dell'Unità locale socio-sanitaria fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza. Svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria, con riferimento agli aspetti organizzativi e igienico-sanitari e ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute. Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda ed il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate. Garantisce l'integrazione fra le attività ambulatoriali ospedaliere e territoriali.

3. Il direttore sanitario nello svolgimento della funzione di coordinamento delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria e di garanzia dell'integrazione fra le stesse, anche attraverso la predisposizione di appositi protocolli, si avvale dei referenti di cui all'articolo 17. Il direttore sanitario si avvale inoltre delle direzioni aziendali delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche e delle professioni riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione nonché di responsabili per la gestione unitaria dell'attività di medicina territoriale, specialistica e farmaceutica. ⁽⁵¹⁾

3 bis. Il direttore sanitario non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda. ⁽⁵²⁾

3 ter. Laddove i posti letto ospedalieri e degli ospedali di comunità di pertinenza di ogni Azienda ULSS sia in numero superiore a 1.000 ⁽⁵³⁾, il direttore sanitario può essere coadiuvato da un coordinatore sanitario. ⁽⁵⁴⁾

Art. 15 - Direttore amministrativo.

1. Il direttore amministrativo è nominato ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo di riordino e risponde al direttore generale del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnati.

2. Il direttore amministrativo coadiuva il direttore generale nella gestione dell'Unità locale socio-sanitaria, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza. Svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria, con riferimento agli aspetti gestionali amministrativi avvalendosi dei dirigenti di cui all'articolo 21. Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda ed il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.

2 bis. Il direttore amministrativo non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda. ⁽⁵⁵⁾

2 ter. Laddove la popolazione di pertinenza dell'Azienda ULSS sia superiore ai 500.000 abitanti, il direttore amministrativo può essere coadiuvato da un coordinatore amministrativo. ⁽⁵⁶⁾

Art. 16 - Direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale. ⁽⁵⁷⁾

1. Il coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale. ⁽⁵⁸⁾

2. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale è nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, sentito il sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'azienda ULSS coincida con quello del comune o la rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni territoriali di riferimento. Egli è un laureato, preferibilmente nelle professioni sanitarie, mediche e non, socio-sanitarie e sociali che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione con autonoma gestione di budget e di risorse umane. Il rapporto di lavoro è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata triennale. Risponde al direttore generale del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnati. Al direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale si applica, in quanto compatibile, la disciplina prevista dalla presente legge per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo. ⁽⁵⁹⁾

3. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale ⁽⁶⁰⁾ coadiuva il direttore generale nella gestione dell'Unità locale socio-sanitaria, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria, con riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari e dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute avvalendosi dei referenti di cui all'articolo 17. Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda ed il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni.

3 bis. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda. ⁽⁶¹⁾

Art. 17 - Programmi di intervento di area specifica a tutela della salute e piani settoriali.

1. Il direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria, su proposta congiunta del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale ⁽⁶²⁾ nomina, scegliendoli fra il personale dell'Unità locale socio-sanitaria avente qualifica dirigenziale fatte salve le norme sulla mobilità di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modificazioni, i referenti dei seguenti programmi di intervento di area specifica a tutela della salute:

- a) materno-infantile e età evolutiva;
- b) anziani;
- c) tossicodipendenze e alcolismo;

- d) salute mentale;
 - e) handicap.
2. Il direttore generale ha facoltà di nominare, con le modalità di cui al comma 1, i referenti dei piani settoriali che si rendano necessari per l'attuazione di specifici indirizzi della programmazione regionale o su particolari materie che richiedono uno specifico coordinamento delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria regionali.
3. I referenti dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute e dei piani settoriali di cui ai commi 1 e 2 coadiuvano il direttore sanitario e il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale. ⁽⁶³⁾
4. Il direttore generale disciplina le forme e le modalità di coordinamento tra i referenti di cui al presente articolo ed i responsabili dei distretti socio-sanitari.

Art. 18 - Consiglio dei sanitari.

1. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. E' presieduto dal direttore sanitario. Fatto salvo quanto disposto dagli articoli 3 comma 12 e 4 comma 1 del decreto legislativo di riordino, è comunque assicurato un equilibrato rapporto tra le varie componenti professionali dell'Unità locale socio-sanitaria o dell'Azienda ospedaliera.
2. Nella composizione del consiglio dei sanitari dell'Azienda ospedaliera in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.
3. Il consiglio dei sanitari fornisce i pareri di cui all'articolo 3, comma 12, del decreto legislativo di riordino. Il parere deve essere reso nel termine di 20 giorni dal ricevimento della richiesta.

Art. 19 - Consiglio regionale dei sanitari.

1. E' istituito il Consiglio regionale dei sanitari, organismo elettivo composto da un rappresentante per ciascuna delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere, integrato fino ad un massimo di 10 componenti, da una rappresentanza di nomina regionale che garantisca la presenza di tutte le categorie professionali.
2. Il Consiglio regionale dei sanitari è presieduto dall'Assessore regionale alla Sanità o da un suo delegato.
3. Il Consiglio regionale dei sanitari esprime parere sulla proposta di piano socio-sanitario regionale ai sensi dell'[articolo 2](#), comma 4, lettera b). ⁽⁶⁴⁾

Art. 20 - Unità controllo di gestione.

1. L'unità controllo di gestione, nominata dal direttore generale, opera alle dirette dipendenze del direttore generale e svolge la sua

attività con i singoli direttori per le materie di rispettiva competenza.

2. L'unità controllo di gestione applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse e concretizzare il principio di responsabilità economica.

Art. 21 - Servizi amministrativi.

1. Ciascuna Unità locale socio-sanitaria o Azienda ospedaliera definisce l'assetto dei servizi amministrativi nonchè tecnici e professionali cui è demandata, per quanto di propria competenza, l'acquisizione, l'organizzazione e la gestione delle risorse umane, informative, finanziarie, patrimoniali e materiali.

1 bis. Per la conservazione e per la valorizzazione del patrimonio di ciascuna Unità locale socio sanitaria o Azienda ospedaliera, per l'attività di supporto tecnico alle competenti Direzioni regionali e per raggiungere l'obiettivo di ottenere la massima sicurezza degli operatori e degli utenti del Servizio Sanitario Regionale, le Unità locali socio sanitarie e le Aziende ospedaliere attivano un'area tecnica, comprendente le professionalità relative alle attività di edilizia ospedaliera, ingegneria impiantistica, ingegneria clinica. Al personale dell'area tecnica sono assicurate le specifiche forme di incentivazione di cui all'articolo 18 della legge 11 febbraio 1995, n. 109 e successive modifiche e integrazioni e all'articolo 6, comma 3, della legge 15 maggio 1997, n. 127. Per le funzioni multidisciplinari in relazione ad alte tecnologie, ovvero per omogeneizzare gli interventi nel campo della sicurezza, la Giunta regionale può individuare appositi Servizi Multizonali. ⁽⁶⁵⁾

2. A ciascun servizio è preposto un responsabile nominato dal direttore generale su proposta del direttore amministrativo scelto tra il personale dell'azienda avente qualifica dirigenziale a norma di quanto previsto dagli articoli 19 e 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modifiche.

3. Al responsabile di ciascun servizio compete la gestione del budget, nonchè la direzione degli operatori assegnati ai fini del raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi prefissati.

CAPO II

Strutture operative sanitarie e sociali ⁽⁶⁶⁾

Art. 22- Distretto socio- sanitario. ⁽⁶⁷⁾

1. Il distretto è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Unità locale socio-sanitaria assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.

2. Il distretto è centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi dell'Unità locale socio-sanitaria, nonché polo unificante dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali a livello territoriale.

3. Il direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria, sentiti il sindaco, o la conferenza dei sindaci e d'intesa con la Giunta regionale, articola il territorio della propria azienda in distretti, sulla base, di norma, dei seguenti criteri:

a) corrispondenza dell'area distrettuale a una popolazione di almeno cinquantamila abitanti;

b) coincidenza dell'area distrettuale con quella complessiva di una o più circoscrizioni comunali, o uno o più comuni.

4. E' consentito derogare, con espressa motivazione, al numero minimo degli abitanti previsti nel distretto intercomunale per particolari situazioni identificabili con zone montane, rurali o insulari con particolare dispersione della popolazione sul territorio.

5. Il distretto, attraverso anche i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, garantisce la continuità dell'assistenza, indipendentemente dalle diverse sedi di trattamento. Il distretto orienta, in particolare, il ricorso all'assistenza ospedaliera, specialistica, protesica e termale, fungendo da centro di indirizzo per le relative prestazioni erogate dalle proprie unità operative e dalle Aziende ospedaliere nonché dagli istituti ed enti di cui all'[articolo 2](#) comma 2 sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico.

6. Al responsabile di distretto spetta la gestione del budget, nonché la direzione degli operatori assegnatigli dal direttore generale ed il coordinamento delle prestazioni in convenzione, ai fini del raggiungimento dei prefissati obiettivi qualitativi e quantitativi con particolare riferimento alle attività individuate dal piano socio-sanitario regionale.

7. Al distretto è preposto un responsabile, nominato dal direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria con provvedimento motivato, su proposta del direttore sanitario, del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale ⁽⁶⁸⁾ e del direttore amministrativo. Il responsabile di distretto è preferibilmente un dirigente sanitario; può anche essere un dirigente del ruolo amministrativo o sociale scelto fra il personale avente qualifica dirigenziale.

8. Al fine di valorizzare, unificare e coordinare la risposta ai bisogni sanitari della popolazione sul territorio nonché per la migliore integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali è istituito il coordinamento dei responsabili dei distretti che formula sul punto le sue proposte al direttore generale oltre che al direttore sanitario ed al direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale. ⁽⁶⁹⁾

Art. 23 - Dipartimento di prevenzione.

1. Il dipartimento di prevenzione è la struttura tecnico-funzionale dell'Unità locale socio-sanitaria preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione.

2. I dipartimenti di prevenzione sono organizzati nei seguenti servizi:

- a) servizio di igiene degli alimenti e nutrizione;
- b) servizio di igiene e sanità pubblica;
- c) servizio di prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- d) servizi veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali: sanità animale; igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; ⁽⁷⁰⁾
- e) servizio di medicina legale per un bacino di 1.000.000 di abitanti. ⁽⁷¹⁾

3. Le funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria, già disciplinate dalle leggi regionali [31 maggio 1980, n. 78](#), e [31 maggio 1980, n. 77](#), [30 novembre 1982, n. 54](#) e successive modifiche ed integrazioni, sono trasferite ai servizi del dipartimento di prevenzione.

4. Al dipartimento di prevenzione è preposto un responsabile, nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, su proposta del direttore sanitario e scelto fra il personale dell'Unità locale socio-sanitaria avente qualifica dirigenziale, preferibilmente fra i responsabili dei servizi di cui al comma 2. In quest'ultima ipotesi il responsabile del dipartimento di prevenzione di norma non può conservare la direzione del proprio servizio.

4 bis. Il direttore del dipartimento di prevenzione ha un incarico di durata triennale e non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda ULSS. ⁽⁷²⁾

5. Il responsabile del dipartimento di prevenzione sovrintende all'assetto organizzativo complessivo della struttura, integrando obiettivi, azioni, risorse, professionalità e strategie attuative dei diversi servizi con un'azione di pianificazione, coordinamento e controllo. In particolare al responsabile del dipartimento di prevenzione spetta:

- a) il coordinamento dei progetti finalizzati del dipartimento;
- b) il coordinamento con l'Agenzia regionale per l'ambiente di cui al decreto legge 4 dicembre 1993, n. 496 convertito con modificazioni dalla legge 21 gennaio 1994, n. 61, e le sue articolazioni territoriali;
- c) la gestione del budget e l'assegnazione delle quote ai servizi secondo modalità definite dalle direttive di cui alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 31;
- d) l'attuazione di eventuali misure di riequilibrio in ordine al fabbisogno di risorse umane dei vari servizi e la direzione del personale assegnato agli uffici di staff del dipartimento;
- e) la supervisione sulle attività inerenti i flussi informativi del dipartimento e dei servizi, la diffusione degli standards di qualità dei

servizi e il loro controllo;

6. Il piano socio-sanitario regionale individua i dipartimenti di prevenzione che svolgono funzioni multizonali da attuare attraverso accordi e programmi concordati dai direttori generali delle Unità locali socio-sanitarie interessate.

Art. 24 - Ospedale.

1. L'ospedale è la struttura tecnico funzionale mediante la quale l'Unità locale socio-sanitaria assicura l'assistenza ospedaliera in modo unitario ed integrato sulla base dei principi di programmazione ed organizzazione ospedaliera regionale stabiliti dalla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39. Laddove sussistono più presidi ospedalieri, il direttore generale, definisce le forme di coordinamento o di direzione degli stessi.

2. Ferme restando le competenze singolarmente attribuite al dirigente medico ed al dirigente amministrativo dall'articolo 4, comma 9, del decreto legislativo di riordino, spetta al dirigente medico anche la responsabilità della gestione del budget dell'ospedale o del presidio ospedaliero. Nella gestione del budget il dirigente medico è coadiuvato dal dirigente amministrativo. In via di prima applicazione della presente legge il direttore generale può derogare a suddetta norma.

3. All'ospedale o al presidio ospedaliero è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Unità locale socio-sanitaria e fondata sul principio dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle prestazioni effettuate.

4. Ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, l'ospedale ed il presidio ospedaliero sono organizzati in dipartimenti, ciascuno dei quali è dotato di un budget prefissato e comprende una o più aggregazioni di strutture operative.

5. I dipartimenti possono essere:

a) funzionali per obiettivi, costituiti da divisioni o servizi che concorrono ad obiettivi comuni;

b) strutturali, costituiti da divisioni o servizi omogenei sotto il profilo dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative.

6. In ogni Unità locale socio-sanitaria ed in ogni Azienda ospedaliera è garantita l'attività poliambulatoriale che assicura l'erogazione di prestazioni specialistiche sia in ambito ospedaliero che distrettuale sulla base di programmi definiti dal direttore sanitario dell'Unità locale socio-sanitaria.

CAPO III
Finanziamento del servizio sanitario regionale

Art. 25 - Finanziamento del servizio sanitario regionale.

1. Il finanziamento del servizio sanitario regionale è assicurato mediante:

- a) attribuzione dei contributi per le prestazioni del servizio sanitario nazionale e delle somme ad essi connesse;
- b) rimborsi delle spese per prestazioni erogate a cittadini stranieri;
- c) quota di riparto del fondo sanitario nazionale, tenuto conto della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni per tipologia di prestazioni;
- d) eventuale concorso del bilancio regionale.

Art. 26 - Ripartizione delle risorse regionali.

1. Le risorse regionali di cui all'articolo 25 sono destinate al finanziamento di:

- a) interventi per la realizzazione di obiettivi ed altre attività sanitarie, in nome e per conto delle Unità locali socio-sanitarie, attuati mediante gestione accentrata regionale;
- b) finanziamento delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere;
- c) finanziamento dei programmi di investimento definiti dalla programmazione regionale.

2. L'individuazione delle risorse destinate ai sopraindicati interventi viene determinata con la legge di approvazione del bilancio regionale.

3. La ripartizione della quota del fondo sanitario regionale destinata al finanziamento delle spese necessarie per la gestione delle Unità locali socio-sanitarie avviene, con provvedimento della Giunta regionale, in base a parametri su base capitaria riferiti alla popolazione residente per classi di età, con correttivi che tengono conto di particolari condizioni ambientali ed aspetti organizzativi dovuti a direttive regionali, per il conseguimento dei livelli uniformi di assistenza.

4. In sede di ripartizione della quota destinata al finanziamento delle Unità locali socio-sanitarie viene accantonata una quota di riserva destinata al graduale conseguimento del riequilibrio territoriale da attuarsi con le modalità previste dalla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 e dal piano socio-sanitario regionale.

5. Il costo delle prestazioni sanitarie erogate a favore di cittadini residenti in ambiti territoriali diversi da quelli di competenza sono a carico della Unità locale socio-sanitaria o della Regione di provenienza.

6. La compensazione dei costi delle prestazioni di cui al comma 5 avviene in sede di versamento regionale delle quote di finanziamento ripartite ai sensi del comma 4, sulla base di contabilità per singolo caso e secondo tariffe e procedure definite dalla Giunta regionale.

7. La ripartizione della quota destinata al finanziamento parziale delle spese necessarie per la gestione delle Aziende ospedaliere avviene tenuto conto di una quota a titolo di anticipazione per la copertura parziale delle spese necessarie per la gestione, non superiore al 50 per cento dei costi complessivi delle prestazioni sanitarie che l'Azienda ospedaliera ha erogato nell'ultimo anno di gestione.

8. In sede di versamento regionale delle quote di finanziamento di cui al comma 6, si procede al recupero delle anticipazioni di cui al comma 7.

9. La ripartizione della quota destinata al finanziamento degli investimenti avviene con provvedimento della Giunta regionale che procede alla selezione ed approvazione dei programmi e dei progetti presentati da ciascuna Unità locale socio-sanitaria e dalle Aziende ospedaliere, in relazione alle previsioni della programmazione sanitaria regionale.

9 bis. I programmi e i progetti di cui al comma 9 possono comprendere e riguardare anche beni immobili realizzati e/o da realizzare e mobili durevoli da acquisire mediante locazione finanziaria. In tal caso il finanziamento viene commisurato al valore del bene o alla somma della quota capitale dei canoni di locazione.
(73)

10. I programmi ed i progetti presentati dalle Unità locali socio-sanitarie e dalle Aziende ospedaliere devono essere accompagnati da una dettagliata analisi costi-benefici in conformità al manuale di valutazione degli investimenti predisposto dalla Giunta regionale.

11. La Giunta regionale provvede altresì a definire le quote di finanziamento ammesse per ciascun anno e per ciascun programma approvato.

TITOLO IV

Norme finali e transitorie

CAPO I

Temporalizzazione del processo di riordino del servizio sanitario regionale

Art. 27 - Disposizioni per il primo funzionamento delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere.

1. Il Presidente della Giunta regionale provvede, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, alla nomina dei direttori generali delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere, con le modalità previste dall'articolo 13 comma 1. I direttori generali sono comunque immessi nelle funzioni alla data del 1° gennaio 1995.
2. I commissari straordinari attualmente in carica, esercitano le funzioni di commissari liquidatori delle Unità locali socio-sanitarie di cui alla legge regionale 25 ottobre 1979, n. 78⁽⁷⁴⁾, e successive modificazioni, sino al 31 dicembre 1994.
3. Per l'attuale Unità locale socio-sanitaria n. 21 la definizione dei rapporti tra la costituenda Unità locale socio-sanitaria e la costituenda Azienda ospedaliera deve avvenire sulla base di una corretta ripartizione delle funzioni assistenziali e degli strumenti necessari per il loro svolgimento al fine di garantire l'attuazione della legge regionale 30 agosto 1993, n. 39, ed una adeguata risposta ai bisogni sanitari della popolazione sul territorio. A tal fine è costituita una apposita commissione composta dall'assessore regionale alla sanità o un suo delegato, dal presidente della conferenza dei sindaci o un suo delegato, dal rettore della università di Padova o un suo delegato, dal commissario straordinario della Unità locale socio-sanitaria.
4. Il personale in servizio al momento della costituzione delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere è trasferito alle medesime ed è provvisoriamente utilizzato nell'unità operativa di appartenenza. La nuova assegnazione è disposta dal direttore generale entro sessanta giorni dall'approvazione della nuova dotazione organica.
5. Entro venti giorni dalla data del suo insediamento il direttore generale indice l'elezione del consiglio dei sanitari.

Art. 28 - Disposizioni in materia economico-finanziaria e contabile.

1. Con apposita legge la Regione provvede alla disciplina della gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere.

Art. 29 - Disposizioni in materia di gestione dei servizi socio-assistenziali.

1. Il personale dipendente degli enti locali, messo a disposizione per lo svolgimento di attività sociali nelle preesistenti Unità locali socio-sanitarie, è utilizzato dalle nuove Unità locali socio-sanitarie, fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 3 del decreto legislativo di riordino.

CAPO II

Disposizioni finali

Art. 30 - Autorizzazione all'attivazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali.

1. La Giunta regionale autorizza l'attivazione delle residenze sanitarie assistenziali previa verifica da parte dei competenti dipartimenti della congruenza rispetto agli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale di cui alla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39, al piano socio sanitario regionale e della corrispondenza con gli standards previsti dall'[articolo 4](#) della legge regionale 6 settembre 1991, n. 28 e dalla deliberazione della Giunta regionale 10 maggio 1994, n. 2034, pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione del Veneto n. 55/1994.

Art. 31 - Direttive.

1. Entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale emana direttive per disciplinare la fase di avvio delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere, in particolare per disciplinare:

a) le modalità di composizione, di elezione e di funzionamento del consiglio dei sanitari e del consiglio regionale dei sanitari, di cui agli [articoli 18](#) e [19](#);

b) le modalità di raccordo tra ospedali e distretti, nonché le modalità organizzative dei servizi aventi natura sovradistrettuale necessarie anche al fine di garantire la continuità terapeutica;

c) le modalità di regolamentazione dei rapporti fra le Unità locali socio-sanitarie e le Aziende ospedaliere in relazione alle dotazioni delle risorse di personale e finanziarie anche al fine di garantire una adeguata attuazione della legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 ed una equilibrata erogazione delle prestazioni assistenziali;

d) i criteri per il funzionamento del dipartimento di prevenzione e dei suoi servizi, le modalità di raccordo funzionale tra dipartimento di prevenzione e distretto, tra dipartimenti di prevenzione con funzioni multizonali di cui al comma 6 dell'articolo 23 e Unità locali socio-sanitarie, nonché i rapporti con istituti zooprofilattici, province, comuni, comunità montane e agenzia regionale per l'ambiente di cui al decreto legge 4 dicembre 1993, n. 496 convertito con modificazioni dalla legge 21 gennaio 1994, n. 61.

Art. 32 - Norma transitoria per le attuali Unità locali socio-sanitarie n. 16 e n. 36. ⁽⁷⁵⁾

1. La unificazione delle attuali Unità locali socio-sanitarie n. 16 e n. 36 avviene, in relazione all'attuazione della legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 e sentiti i sindaci dei comuni interessati, sulla base di procedure e modalità definite dalla Giunta regionale e, comunque, non oltre il 31 dicembre 1996. Al fine di favorire il processo di unificazione la Giunta regionale, in via transitoria, può nominare lo stesso direttore generale per entrambe le Unità locali socio-sanitarie.

Art. 33- Abrogazioni.

1. Sono abrogate tutte le norme incompatibili con la presente legge ed in particolare sono abrogate le seguenti norme:

a) la legge regionale 13 giugno 1975, n. 83, come modificata dalla legge regionale 5 marzo 1976, n. 10;

b) la legge regionale 2 dicembre 1977, n. 69;

c) la legge regionale 9 dicembre 1977, n. 73;

d) la legge regionale 16 marzo 1979, n. 16;

e) ad eccezione dell'articolo 40 come sostituito dall'articolo 6 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55, la legge regionale 25 ottobre 1979, n. 78 come modificata da:

1) la legge regionale 29 giugno 1981, n. 32;

2) la legge regionale 3 maggio 1983, n. 21;

3) la legge regionale 16 agosto 1984, n. 43;

4) la legge regionale 29 aprile 1985, n. 40;

5) la legge regionale 8 aprile 1986, n. 21;

6) la legge regionale 8 marzo 1988, n. 13;

f) la legge regionale 7 marzo 1980, n. 13, come modificata dalla legge regionale 3 agosto 1982, n. 24;

g) gli articoli 1, 2, 3 comma 2, 4 comma 2, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13 della legge regionale 31 maggio 1980, n. 77;

h) gli articoli 1, 2, 3 comma 2, 4 comma 2, 6, 7 della legge regionale 31 maggio 1980, n. 78;

i) gli articoli 1, 2, 13, 14, 16 e relativo allegato, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24 della legge regionale 30 novembre 1982, n. 54;

l) la legge regionale 14 giugno 1983, n. 33;

m) la legge regionale 3 gennaio 1984, n. 2;

n) la legge regionale 30 marzo 1988, n. 19;

o) la legge regionale 10 agosto 1989, n. 30.

2. L'abrogazione delle disposizioni di cui alle lettere da a) ad o) del comma 1, salvo quanto previsto dal comma 3 hanno efficacia dalla data di entrata in vigore della legge regionale di approvazione del piano socio-sanitario sostitutivo del piano approvato con la legge regionale 20 luglio 1989, n. 21 e comunque non oltre il 30 aprile 1995.

3. L'abrogazione delle disposizioni degli articoli da 16 a 24 della

legge regionale 30 novembre 1982, n. 54, hanno efficacia dalla data di entrata in vigore della legge regionale attuativa del decreto legge 4 dicembre 1993, n. 496 convertito con modificazioni dalla legge 21 gennaio 1994, n. 61. ⁽⁷⁶⁾

Art. 34 - Dichiarazione d'urgenza.

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'[articolo 44](#) dello Statuto ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

ALLEGATO ALLA LEGGE REGIONALE 14 SETTEMBRE 1994, N. 56 RELATIVA A:

NORME E PRINCIPI PER IL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 "RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA", COSI' COME MODIFICATO DAL DECRETO LEGISLATIVO 7 DICEMBRE 1993, N. 517

ALLEGATO A) DI CUI ALL' [ARTICOLO 9](#) COMMA 1

**AMBITI TERRITORIALI DELLE UNITA' LOCALI SOCIO-SANITARIE
(FINO AL 31.12.2016)**

Unità locale socio- sanitaria n. 1

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 1:

Agordo
Alleghe
Auronzo di Cadore
Belluno
Borca di Cadore
Calalzo di Cadore
Canale d'Agordo
Castellavazzo
Cencenighe Agordino
Chies d'Alpago
Cibiana di Cadore
Colle Santa Lucia
Comelico Superiore
Cortina d'Ampezzo
Danta di Cadore
Domegge di Cadore
Falcade
Farra d'Alpago
Forno di Zoldo
Gosaldo
La Valle Agordina
Limana
Livinallongo del Col di Lana
Longarone

Lorenzago di Cadore
Lozzo di Cadore
Ospitale di Cadore
Perarolo di Cadore
Pieve d'Alpago
Pieve di Cadore
Ponte nelle Alpi
Puos d'Alpago
Rivamonte Agordino
Rocca Pietore
S.Nicolò di Comelico
San Pietro di Cadore
San Tomaso Agordino
San Vito di Cadore
Santo Stefano di Cadore
Sappada
Selva di Cadore
Soverzene
Taibon Agordino
Tambre
Vallada Agordina
Valle di Cadore
Vigo di Cadore
Vodo di Cadore
Voltago Agordino
Zoldo Alto
Zoppè di Cadore

Unità locale socio- sanitaria n. 2

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 2:

Alano di Piave

Arsiè

Cesio Maggiore

Feltre

Fonzaso

Lamon

Lentiai

Mel

Pedavena

Quero

San Gregorio nelle Alpi

Santa Giustina

Sedico

Seren del Grappa

Sospirolo

Sovramonte

Trichiana

Vas

Unità locale socio- sanitaria n. 3

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 3:

Asiago
Bassano del Grappa
Campolongo sul Brenta
Cartigliano
Cassola
Cismon del Grappa
Conco
Enego
Foza
Gallio
Lusiana
Marostica
Mason Vicentino
Molvena
Mussolente
Nove
Pianezze
Pove del Grappa
Roana
Romano d'Ezzelino
Rosà
Rossano Veneto
Rotzo
San Nazario
Schiavon
Solagna
Tezze sul Brenta
Valstagna

Unità locale socio- sanitaria n. 4

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 4:

Arsiero

Breganze

Caltrano

Calvene

Carrè

Chiuppano

Cogollo del Cengio

Fara Vicentino

Laghi

Lastebasse

Lugo di Vicenza

Malo

Marano Vicentino

Monte di Malo

Montecchio Precalcino

Pedemonte

Piovene Rocchette

Posina

Salcedo

San Vito di Leguzzano

Santorso

Sarcedo

Schio

Thiene

Tonezza del Cimone

Torrebelvicino

Valdastico

Valli del Pasubio

Velo d'Astico

Villaverla

Zanè

Zugliano

Unità locale socio- sanitaria n. 5

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 5:

Alonte

Altissimo

Arzignano

Brendola

Brogliano

Castelgomberto

Chiampo

Cornedo Vicentino

Crespadoro

Gambellara

Grancona

Lonigo

Montebello Vicentino

Montecchio Maggiore

Montorso Vicentino

Nogarole Vicentino

Recoaro Terme

San Pietro Mussolino

Sarego

Trissino

Valdagno

Zermeghedo

Unità locale socio- sanitaria n. 6

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 6:

Agugliaro

Albettone

Altavilla Vicentina

Arcugnano

Asigliano Veneto

Barbarano Vicentino

Bolzano Vicentino

Bressanvido

Caldogno

Camisano Vicentino

Campiglia dei Berici

Castegnero

Costabissara

Creazzo

Dueville

Gambugliano

Grisignano di Zocco

Grumolo delle Abbadesse

Isola Vicentina

Longare

Montegalda

Montegaldella

Monteviale

Monticello Conte Otto

Mossano

Nanto

Noventa Vicentina

Orgiano

Poiana Maggiore

Pozzoleone

Quinto Vicentino

San Germano dei Berici

Sandrigo

Sossano

Sovizzo

Torri di Quartesolo

Vicenza

Villaga

Zovencedo

Unità locale socio- sanitaria n. 7

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 7:

Cappella Maggiore

Cison di Valmarino

Codognè

Colle Umberto

Conegliano

Cordignano

Farra di Soligo

Follina

Fregona

Gaiarine

Godega di Sant'Urbano

Mareno di Piave

Miane

Moriago della Battaglia

Orsago

Pieve di Soligo

Refrontolo

Revine Lago

San Fior

San Pietro di Feletto

San Vendemiano

Santa Lucia di Piave

Sarmede

Sernaglia della Battaglia

Susegana

Tarzo

Vazzola

Vittorio Veneto

Unità locale socio- sanitaria n. 8

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 8:

Altivole

Asolo

Borso del Grappa

Caerano di San Marco

Castelcuoco

Castelfranco Veneto

Castello di Godego

Cavaso del Tomba

Cornuda

Crespano del Grappa

Crocetta del Montello

Fonte

Giavera del Montello

Loria

Maser

Monfumo

Montebelluna

Nervesa della Battaglia

Paderno del Grappa

Pederobba

Possagno

Resana

Riese Pio X

San Zenone degli Ezzelini

Segusino

Trevignano

Valdobbiadene

Vedelago

Vidor

Volpago del Montello

Unità locale socio- sanitaria n. 9

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 9:

Arcade
Breda di Piave
Carbonera
Casale sul Sile
Casier
Cessalto
Chiarano
Cimadolmo
Fontanelle
Gorgo al Monticano
Istrana
Mansuè
Maserada sul Piave
Meduna di Livenza
Mogliano Veneto
Monastier di Treviso
Morgano
Motta di Livenza
Oderzo
Ormelle
Paese
Ponte di Piave
Ponzano Veneto
Portobuffolè
Povegliano
Preganziol
Quinto di Treviso
Roncade
Salgareda
San Biagio di Callalta
San Polo di Piave
Silea
Spresiano
Treviso
Villorba
Zenson di Piave
Zero Branco

Unità locale socio- sanitaria n. 10

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 10:

Annone Veneto

Caorle

Ceggia

Cinto Caomaggiore

Concordia Sagittaria

Eraclea

Fossalta di Piave

Fossalta di Portogruaro

Gruaro

Jesolo

Meolo

Musile di Piave

Noventa di Piave

Portogruaro

Pramaggiore

San Donà di Piave

San Michele al Tagliamento

Santo Stino di Livenza

Teglio Veneto

Torre di Mosto

Errore: sorgente del riferimento non trovata

Unità locale socio- sanitaria n. 11
(omissis) ⁽⁷⁷⁾

Unità locale socio- sanitaria n. 12 (78)

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 12:

Cavallino - Treporti (79)

Marcon

Quarto d'Altino

Venezia

Unità locale socio- sanitaria n. 13

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 13:

Campagna Lupia

Campolongo Maggiore

Camponogara

Dolo

Fiesso d'Artico

Fossò

Martellago

Mira

Mirano

Noale

Pianiga

Salzano

Santa Maria di Sala

Scorzè

Spinea

Stra

Vigonovo

Unità locale socio- sanitaria n. 14 ⁽⁸⁰⁾

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 14:

Cavarzere

Chioggia

Cona

Unità locale socio- sanitaria n. 15

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 15:

Borgoricco
Campo San Martino
Campodarsego
Campodoro
Camposampiero
Carmignano di Brenta
Cittadella
Curtarolo
Fontaniva
Galliera Veneta
Gazzo
Grantorto
Loreggia
Massanzago
Piazzola sul Brenta
Piombino Dese
San Giorgio delle Pertiche
San Giorgio in Bosco
San Martino di Lupari
San Pietro di Gù
Santa Giustina in Colle
Tombolo
Trebaseleghe
Vigodarzere
Vigonza
Villa del Conte
Villafranca Padovana
Villanova di Camposampiero

Unità locale socio- sanitaria n. 16 ⁽⁸¹⁾

Comuni appartenenti all'Unità locale socio sanitaria n. 16:

Abano Terme

Albignasego

Arzergrande

Brugine

Cadoneghe

Casalserugo

Cervarese Santa Croce

Codevigo

Correzzola

Legnaro

Limena

Maserà di Padova ⁽⁸²⁾

Mestrino

Montegrotto Terme

Noventa Padovana

Padova

Piove di Sacco

Polverara

Pontelongo

Ponte San Nicolò

Rovolon

Rubano

Saccolongo

Saonara

S. Angelo di Piove di Sacco

Selvazzano Dentro

Teolo

Torreglia

Veggiano

Unità locale socio- sanitaria n. 17

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 17:

Agna
Anguillara Veneta
Arquà Petrarca
Arre
Bagnoli di Sopra
Baone
Barbona
Battaglia Terme
Bovolenta
Candiana
Carceri
Carrara San Giorgio (Due Carrare) ⁽⁸³⁾
Carrara Santo Stefano (Due Carrare) ⁽⁸⁴⁾
Cartura
Casale di Scodosia
Castel Baldo
Cinto Euganeo
Conselve
Este
Galzignano Terme
Granze
Lozzo Atestino
Masi
Megliadino San Fidenzio
Megliadino San Vitale
Merlara
Monselice
Montagnana
Ospedaletto Euganeo
Pernumia
Piacenza d'Adige
Ponso
Pozzonovo
Saletto
San Pietro Viminario
Sant'Elena
Sant'Urbano
Santa Margherita d'Adige
Solesino
Stanghella
Terrassa Padovana
Tribano
Urbana
Vescovana

Vighizzolo d'Este
Villa Estense
Vò

Unità locale socio- sanitaria n. 18

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 18:

Arquà Polesine
Badia Polesine
Bagnolo di Pò
Bergantino
Boara Pisani
Bosaro
Calto
Canaro
Canda
Castelguglielmo
Castelmassa
Castelnovo Bariano
Ceneselli
Ceregnano
Costa di Rovigo
Crespino
Ficarolo
Fiesso Umbertiano
Frassinelle Polesine
Fratta Polesine
Gaiba
Gavello
Giacciano con Baruchella
Guarda Veneta
Lendinara
Lusia
Melara
Occhiobello
Pincara
Polesella
Pontecchio Polesine
Rovigo
Salara
San Bellino
San Martino di Venezze
Stienta
Trecenta
Villadose
Villamarzana
Villanova del Ghebbo
Villanova Marchesana

Unità locale socio- sanitaria n. 19

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 19:

Adria

Ariano nel Polesine

Contarina (Porto Viro) ⁽⁸⁵⁾

Corbola

Donada (Porto Viro) ⁽⁸⁶⁾

Loreo

Papozze

Pettorazza Grimani

Porto Tolle

Rosolina

Taglio di Pò

Unità locale socio- sanitaria n. 20 ⁽⁸⁷⁾

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 20:

Albaredo
Arcole
Badia Calavena
Belfiore
Bosco Chiesanuova
Buttapietra
Caldiero
Castel d'Azzano
Cazzano di Tramigna
Cerro Veronese
Cologna Veneta
Cognola ai Colli
Erbezzo
Grezzana
Illasi
Lavagno
Mezzane di Sotto
Montecchia di Crosara
Monteforte d'Alpone
Pressana
Roncà
Roverè Veronese
Roveredo di Guà
San Bonifacio
San Giovanni Ilarione
San Giovanni Lupatoto
San Martino Buon Albergo
San Mauro di Saline
Selva di Progno
Soave
Tregnago
Velo Veronese
Verona
Veronella
Vestenanova
Zimella

Unità locale socio- sanitaria n. 21 (⁸⁸)

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 21:

Angiari

Bevilacqua

Bonavigo

Boschi Sant'Anna

Bovolone

Casaleone

Castagnaro

Cerea

Concamarise

Gazzo Veronese

Isola Rizza

Legnago

Minerbe

Nogara

Oppeano

Palù

Ronco all'Adige

Roverchiara

Salizzole

San Pietro di Morubio

Sanguinetto

Sorgà

Terrazzo

Villa Bartolomea

Zevio

Unità locale socio- sanitaria n. 22

Comuni appartenenti all'Unità locale socio- sanitaria n. 22:

Affi

Bardolino

Brentino Belluno

Brenzona

Bussolengo

Caprino Veronese

Castelnuovo del Garda

Cavaion Veronese

Costermano

Dolcè

Erbè

Ferrara di Monte Baldo

Fumane

Garda

Isola della Scala

Lazise

Malcesine

Marano di Valpolicella

Mozzecane

Negrar

Nogarole Rocca

Pastrengo

Pescantina

Peschiera del Garda

Povegliano Veronese

Rivoli Veronese

San Pietro in Cariano

San Zeno di Montagna

Sant'Ambrogio di Valpolicella

Sant'Anna d'Alfaedo

Sommacampagna

Sona

Torri del Benaco

Trevenzuolo

Valeggio sul Mincio

Vigasio

Villafranca di Verona

ALLEGATO B) DI CUI ALL' ARTICOLO 9 COMMA 2

AZIENDE OSPEDALIERE :

PADOVA: Complesso ospedaliero di Via
Giustiniani
con l'esclusione dell'ex ospedale Busonera

VERONA: Ospedale di Borgo Roma
Ospedale di Borgo Trento

**ARTICOLO 14 DELLA LEGGE REGIONALE 25 OTTOBRE 2016,
N. 19 E RELATIVO ALLEGATO A) ASSETTO ORGANIZZATIVO
AZIENDE ULSS (CON DECORRENZA 01.01.2017)**

AMBITI TERRITORIALI DELLE AZIENDE ULSS

a) **Azienda ULSS n. 1 – Dolomiti** (già ULSS n. 1 Belluno – ULSS n. 2 Feltre) con estensione territoriale corrispondente a quella della Circoscrizione della Provincia di Belluno;

b) **Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana** (già ULSS n. 9 Treviso – ULSS n. 7 Pieve di Soligo – ULSS n. 8 Asolo) con estensione territoriale corrispondente a quella della Circoscrizione della Provincia di Treviso;

c) **Azienda ULSS n. 3 Serenissima** (già ULSS n. 12 – ULSS n. 13 Mirano – ULSS n. 14 Chioggia)

Comuni (n. 23) della Provincia di Venezia appartenenti all'Azienda ULSS n. 3 “Serenissima”

- 1) Campagna Lupia
- 2) Campolongo Maggiore
- 3) Camponogara
- 4) Cavarzere
- 5) Chioggia
- 6) Cona
- 7) Dolo
- 8) Fiesso d'Artico
- 9) Fossò
- 10) Marcon
- 11) Martellago
- 12) Mira
- 13) Mirano
- 14) Noale

- 15) Pianiga
- 16) Quarto d'Altino
- 17) Salzano
- 18) Santa Maria di Sala
- 19) Scorzè
- 20) Spinea
- 21) Stra
- 22) Venezia
- 23) Vigonovo

d) Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale (già ULSS n. 10 Veneto Orientale)

Comuni (n. 21) della Provincia di Venezia appartenenti all'Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale"

- 1) Annone Veneto
- 2) Caorle
- 3) Cavallino Treporti
- 4) Ceggia
- 5) Cinto Caomaggiore
- 6) Concordia Sagittaria
- 7) Eraclea
- 8) Fossalta di Piave
- 9) Fossalta di Portogruaro
- 10) Gruaro
- 11) Jesolo
- 12) Meolo
- 13) Musile di Piave
- 14) Noventa di Piave
- 15) Portogruaro
- 16) Pramaggiore
- 17) San Donà di Piave
- 18) San Michele al Tagliamento
- 19) Santo Stino di Livenza

20) Teglio Veneto

21) Torre di Mosto

e) **Azienda ULSS n. 5 Polesana** (già ULSS n. 18 Rovigo – ULSS n. 19 Adria) con estensione territoriale corrispondente a quella della Circoscrizione della Provincia di Rovigo;

f) **Azienda ULSS n. 6 Euganea** (già ULSS n. 16 Padova – ULSS n. 15 Alta Padovana – ULSS n. 17 Este) con estensione territoriale corrispondente a quella della Circoscrizione della Provincia di Padova;

g) **Azienda ULSS n. 7 Pedemontana** (già ULSS n. 3 Bassano del Grappa – ULSS n. 4 Alto Vicentino)

Comuni (n. 60) della Provincia di Vicenza appartenenti all'Azienda ULSS n. 7 “Pedemontana”

- 1) Arsiero
- 2) Asiago
- 3) Bassano del Grappa
- 4) Breganze
- 5) Caltrano
- 6) Calvene
- 7) Campolongo sul Brenta
- 8) Carrè
- 9) Cartigliano
- 10) Cassola
- 11) Chiuppano
- 12) Cisono del Grappa
- 13) Cogollo del Cengio
- 14) Conco
- 15) Enego
- 16) Fara Vicentino
- 17) Foza
- 18) Gallio
- 19) Laghi
- 20) Lastevasse

- 21) Lugo di Vicenza
- 22) Lusiana
- 23) Malo
- 24) Marano Vicentino
- 25) Marostica
- 26) Mason Vicentino
- 27) Molvena
- 28) Monte di Malo
- 29) Montecchio Precalcino
- 30) Mussolente
- 31) Nove
- 32) Pedemonte
- 33) Pianezze
- 34) Piovene Rocchette
- 35) Posina
- 36) Pove del Grappa
- 37) Roana
- 38) Romano d'Ezzelino
- 39) Rosà
- 40) Rossano Veneto
- 41) Rotzo
- 42) Salcedo
- 43) San Nazario
- 44) San Vito di Leguzzano
- 45) Santorso
- 46) Sarcedo
- 47) Schiavon
- 48) Schio
- 49) Solagna
- 50) Tezze sul Brenta
- 51) Thiene
- 52) Tonezza del Cimone
- 53) Torrebelvicino

- 54) Valdastico
- 55) Valli del Pasubio
- 56) Valstagna
- 57) Velo d'Astico
- 58) Villaverla
- 59) Zanè
- 60) Zugliano

h) **Azienda ULSS n. 8 Berica** (già ULSS n. 6 Vicenza – ULSS n. 5 Ovest Vicentino)

Comuni (n. 61) della Provincia di Vicenza appartenenti all'Azienda ULSS n. 8 “Berica”

- 1) Agugliaro
- 2) Albettonne
- 3) Alonte
- 4) Altavilla Vicentina
- 5) Altissimo
- 6) Arcugnano
- 7) Arzignano
- 8) Asigliano Veneto
- 9) Barbarano Vicentino
- 10) Bolzano Vicentino
- 11) Brendola
- 12) Bressanvido
- 13) Brogliano
- 14) Caldogno
- 15) Camisano Vicentino
- 16) Campiglia dei Berici
- 17) Castegnero
- 18) Castelgomberto
- 19) Chiampo
- 20) Cornedo Vicentino
- 21) Costabissara

- 22) Creazzo
- 23) Crespadoro
- 24) Dueville
- 25) Gambellara
- 26) Gambugliano
- 27) Grancona
- 28) Grisignano di Zocco
- 29) Grumolo delle Abbadesse
- 30) Isola Vicentina
- 31) Longare
- 32) Lonigo
- 33) Montebello Vicentino
- 34) Montecchio Maggiore
- 35) Montegalda
- 36) Montegaldella
- 37) Monteviale
- 38) Monticello Conte Otto
- 39) Montorso Vicentino
- 40) Mossano
- 41) Nanto
- 42) Nogarole Vicentino
- 43) Noventa Vicentina
- 44) Orgiano
- 45) Poiana Maggiore
- 46) Pozzoleone
- 47) Quinto Vicentino
- 48) Recoaro Terme
- 49) San Germano dei Berici
- 50) San Pietro Mussolino
- 51) Sandrigo
- 52) Sarego
- 53) Sossano
- 54) Sovizzo

55) Torri di Quartesolo

56) Trissino

57) Valdagno

58) Vicenza

59) Villaga

60) Zermeghedo

61) Zovencedo

i) **Azienda ULSS n. 9 Scaligera** (già ULSS n. 20 Verona – ULSS n. 21 Legnago – ULSS n. 22 Bussolengo) con estensione territoriale corrispondente a quella della Circoscrizione della Provincia di Verona.

1 () Vedi per il mero assetto organizzativo delle Aziende ULSS quanto disposto con decorrenza 1 gennaio 2017 dalla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.

2 () Gli articoli del capo II del Titolo IV della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 dettano nuove disposizioni in materia di tutela della salute, servizi sociali e integrazione socio sanitaria, in particolare l'art. 113 ha istituito: "1. la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria che, nello svolgimento delle attività, si raccorda con la Conferenza permanente Regione-Autonomie locali, prevista dall'articolo 9 della legge regionale 3 giugno 1997, n. 20.

2. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria esprime parere:

- a) sulla proposta di piano socio sanitario regionale;
- b) sulle proposte di atti di rilievo regionale riguardanti l'alta integrazione socio sanitaria;
- c) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis comma 7 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ULSS;
- d) sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale;
- e) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ospedaliere.

3. Nell'esposizione del parere di cui al comma 2, lettera a), la Conferenza esprime in particolare parere sui seguenti aspetti:

- a) gli standard qualitativi delle prestazioni sociali e sanitarie;
- b) i servizi essenziali da garantire alle persone;
- c) la pari opportunità di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza per tutte le persone residenti nel suo territorio;
- d) la definizione, per territori alpini o disagiati, di parametri speciali necessari a compensare condizioni di disagio oggettive;
- e) la determinazione delle risorse da impegnare per garantire quanto stabilito nella programmazione;
- f) la periodica azione di monitoraggio e di controllo sul raggiungimento degli obiettivi programmati.

4. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria propone annualmente documenti di valutazione sullo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi, sulla base delle informazioni contenute nella relazione sanitaria regionale che la Giunta regionale provvede a trasmettere entro il 30 giugno di ogni anno ai sensi dell'articolo 115. Copia dei documenti di valutazione è trasmessa al Consiglio regionale.

5. Limitatamente a quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 7, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e

socio sanitaria può chiedere alla Regione di revocare i direttori generali delle aziende ospedaliere o di non disporre la conferma.

6. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria elegge al suo interno il proprio Presidente. Essa ha la seguente composizione:

- a) i presidenti delle Conferenze dei sindaci;
- b) tre rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI) sezione regionale;
- c) un rappresentante dell'Unione regionale delle province del Veneto (URPV);
- d) un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani (UNCHEM).

7. Per la trattazione di argomenti che si riferiscono a funzioni e competenze delle amministrazioni provinciali, la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria è integrata dai Presidenti delle province.

8. I componenti di cui alle lettere b), c) e d) del comma 6 sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale su designazione delle rispettive associazioni.

9. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria provvede alla designazione del componente del collegio sindacale spettante all'organismo di rappresentanza dei comuni nelle aziende ospedaliere.

10. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria si insedia entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge e, organizza i propri lavori nel rispetto delle finalità e dei compiti previsti dal presente articolo." e gli articoli 122 e 123 hanno delegato ai comuni ed alle ULSS funzioni amministrative.

- 3 () Con ricorso n. 13/2013 (G.U. 1ª serie speciale n. 9/2013) è stata impugnata dal Governo innanzi alla Corte costituzionale la legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46 "Modifiche di disposizioni regionali in materia di programmazione ed organizzazione socio-sanitaria e di tutela della salute" con riferimento all'articolo 7, il quale modifica il comma 8 ter dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56. Secondo il Governo, la disposizione censurata, nella misura in cui disponeva che l'incarico di direttore generale ha durata pari a quella della legislatura regionale e che il relativo mandato sarebbe scaduto decorsi 180 giorni dall'insediamento della nuova legislatura, appariva in contrasto sia con l'articolo 3-bis, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante principi fondamentali in materia di tutela della salute, il quale stabilisce che l'incarico di direttore generale ha durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, che con il principio di imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione di cui all'articolo 97 della Costituzione. Con ordinanza n.240/2013 (G.U. 1ª serie speciale n. 42/2013) la Corte ha dichiarato estinto il processo a seguito della rinuncia da parte del Presidente del Consiglio dei ministri al ricorso, e della relativa accettazione da parte

della Regione del Veneto, in considerazione delle modifiche introdotte dalla legge della Regione Veneto 19 marzo 2013, n. 2 , ed in particolare dall'articolo 10 che ha abrogato la disposizione censurata ed ha disposto, in riferimento ai contratti nel settore socio-sanitario, la durata massima pari a sessanta mesi in conformità a quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

- 4 () Comma sostituito da art. 30 legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5
- 5 () Comma abrogato da art. 30 legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5
- 6 () Comma sostituito da comma 1 art. 37 legge regionale 29 dicembre 2017, n. 45. In precedenza aggiunto da comma 1 art. 30 della legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30.
- 7 () Comma aggiunto da comma 1 art. 30 della legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30.
- 8 () Articolo introdotto da art. 13 bis della legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 come inserito dall'art. 3 della legge regionale 7 agosto 2009, n. 18. Il comma 2 dell'art. 3 della medesima legge regionale 7 agosto 2009, n. 18 detta una norma di prima applicazione che recita: "qualora siano stati già sottoscritti i protocolli attuativi di cui all'art. 4 bis della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 introdotto dalla presente legge, i novanta giorni per l'adozione e pubblicazione nel BUR del provvedimento della Giunta regionale decorrono dall'entrata in vigore della presente legge."
- 9 () L'art. 118 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 detta disposizioni integrative sul ruolo dei comuni nella programmazione socio-sanitaria regionale e locale.
- 10 () Comma sostituito da comma 1 art. 119 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.
- 11 () Lettera abrogata da comma 11 art. 26 legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.
- 12 () Lettere e bis), e ter), e quater), e quinquies) aggiunte da comma 2 art. 119 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.
- 13 () Art. 121 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 stabilisce che la Giunta regionale nell'approvare i criteri ed i principi per l'adozione da parte delle ULSS dell'atto aziendale determini anche le modalità di partecipazione dei comuni alla programmazione locale socio-sanitaria.
- 14 () Commi 8 bis, 8 ter e 8 quater aggiunti da comma 3 art. 119 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.
- 15 () Vedi per il parere della Conferenza regionale l'art. 113 comma 2 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.
- 16 () Comma inserito da comma 1 dell'art. 1 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 17 () Lettera modificata da comma 2 art. 1 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 sostituendo la parola "triennio" con la parola "quinquennio".
- 18 () Art. 114 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 stabilisce che il piano generale triennale previsto dalla presente lettera costituisce il piano

attuativo locale, proposto dal direttore generale che previo parere della Conferenza dei Sindaci e approvato dalla Regione.

- 19 () Comma abrogato da comma 2 art. 12 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 20 () Articolo inserito da comma 1 art. 7 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23. Il comma 2 dell'art. 7 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 prevede che "2. Con riferimento alle unità operative complesse e/o dipartimentali inerenti il sistema informativo e l'Health Technology Assessment, l'ambito territoriale ottimale coincide con il livello regionale. La Giunta regionale definisce con proprio provvedimento, sul quale esprime parere vincolante la competente commissione consiliare, la tempistica per la relativa attuazione."
- 21 () Art. 128 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 stabilisce che il piano di zona di cui al presente articolo e all'art. 4 legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 è lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria.
- 22 () Vedi la ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS come disposto a decorrere dal 1° gennaio 2017 dall'articolo 14 della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 e relativo allegato (riportato in calce alla presente legge); vedi altresì quanto previsto dall'articolo 16 della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 in ordine alla verifica dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS nella articolazione così come definita dall'articolo 16.
- 23 () L'allegato è stato modificato per le Ulss 17 e 16, collocando il Comune di Maserà di Padova dalla Ulss n. 17 alla Ulss 16, dall'art. 31 comma 2 della legge regionale 29 gennaio 1996, n. 3, come modificato per ambito Ulss 14 da comma 1, art. 1 della legge regionale 5 dicembre 2008, n. 22, per ambito Ulss 16 da comma 2, art. 1 della legge regionale 5 dicembre 2008, n. 22. L'art. 3 comma 1 L.R. 22/2008 condiziona l'efficacia della modifica all'approvazione secondo normativa vigente della scheda di dotazione ospedaliera relativa agli ospedali di Chioggia e Piove di Sacco; il comma 2 dell'art. 3 prevede che in ogni caso l'efficacia decorra al sessantesimo giorno dall'adozione delle schede da parte della Giunta regionale.
- 24 () Comma sostituito da art. 31 legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5
- 25 () Comma modificato da comma 1 art. 18 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 sostituendo il termine "novanta" con il termine "sessanta".
- 26 () Comma aggiunto da comma 1 art. 1 legge regionale 16 agosto 2001, n. 23.
- 27 () Comma aggiunto da comma 2 dell'art. 13 bis della legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 come inserito dall'art. 3 della legge regionale 7 agosto 2009, n. 18.
- 28 () Comma sostituito da comma 1 art. 31 legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.
- 29 () Comma aggiunto da comma 2 art. 31 legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.

30 () Comma così sostituito da comma 1 art. 43 legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1.

31() Vedi art. 113 comma 5 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 in materia di revoca dei direttori generali delle aziende ospedaliere.

32() Vedi l'articolo 10 della legge regionale 19 marzo 2013, n. 2 in materia di durata di contratti dei direttori generali delle aziende ULSS e delle aziende ospedaliere e ospedaliere integrata, e l'articolo 11 della medesima legge regionale che detta disposizioni transitorie in materia di rinegoziazione di tali contratti.

33() Comma così sostituito da comma 1 art. 44 della legge regionale 12 settembre 1997, n. 37 in precedenza sostituito da art. 32 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 e da art. 29 legge regionale 29 gennaio 1996, n. 3.

34() Vedi articolo 117 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 in materia di esercizio dei poteri sostitutivi da parte della Regione.

35() Il comma 2 art. 5 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 ha previsto la sostituzione dell'espressione "direttore dei servizi sociali" con l'espressione "direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale" in tutta la legislazione regionale.

36 () Comma sostituito da comma 1 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.

37 () Comma inserito da comma 2 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.

38() Comma abrogato da comma 2 dell'articolo 10 della legge regionale 19 marzo 2013, n. 2 ; il comma 1 del medesimo articolo dispone in riferimento ai contratti nel settore socio-sanitario, la durata massima pari a sessanta mesi in conformità a quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni., vedi anche l'articolo 11 della medesima legge regionale che detta disposizioni transitorie in materia di rinegoziazione di tale contratto. In precedenza comma modificato da comma 1 art. 7 legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46 che ha sostituito le parole "ha una durata di tre anni" con le parole "di norma ha una durata pari a quella della legislatura regionale. Il mandato del direttore generale scade centottanta giorni dopo l'insediamento della nuova legislatura."; in precedenza comma inserito da comma 2 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.

39 () Con ricorso n. 13/2013 (G.U. 1ª serie speciale n. 9/2013) è stata impugnata dal Governo innanzi alla Corte costituzionale la legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46 "Modifiche di disposizioni regionali in materia di programmazione ed organizzazione socio-sanitaria e di tutela della salute" con riferimento all'articolo 7, il quale modifica il comma 8 ter dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56. Secondo il Governo, la disposizione censurata, nella misura in cui disponeva che l'incarico di direttore generale ha durata pari a quella della legislatura regionale e che il relativo mandato sarebbe scaduto decorsi 180 giorni dall'insediamento della nuova legislatura, appariva in contrasto sia con l'articolo 3-bis, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante principi fondamentali in materia di tutela della salute, il quale stabilisce che l'incarico di direttore generale ha

durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, che con il principio di imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione di cui all'articolo 97 della Costituzione. Con ordinanza n.240/2013 (G.U. 1^a serie speciale n. 42/2013) la Corte ha dichiarato estinto il processo a seguito della rinuncia da parte del Presidente del Consiglio dei ministri al ricorso, e della relativa accettazione da parte della Regione del Veneto, in considerazione delle modifiche introdotte dalla legge della Regione Veneto 19 marzo 2013, n. 2 , ed in particolare dall'articolo 10 che ha abrogato la disposizione censurata ed ha disposto, in riferimento ai contratti nel settore socio-sanitario, la durata massima pari a sessanta mesi in conformità a quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

- 40 () Comma inserito da comma 2 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 41 () Ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lett. c) della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 la Giunta regionale può attribuire all'Azienda Zero il compito di supportare la Giunta regionale nella determinazione degli obiettivi dei direttori delle Aziende ULSS.
- 42 () Comma inserito da comma 2 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 43 () Vedi altresì quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 23 della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 ai sensi del quale la mancata copertura del fabbisogno di personale medico ospedaliero come previsto dallo stesso articolo 23 costituisce elemento funzionale alla valutazione annuale di competenza della Giunta regionale e della Commissione consiliare.
- 44 () Comma inserito da comma 2 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 45 () Comma inserito da comma 2 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 46 () Comma così modificato da comma 1 art. 17 legge regionale ottobre 2016, n. 19 che ha aggiunto dopo le parole "tra i vari soggetti" le parole "e comunque non potrà essere inferiore al 20 per cento per singolo soggetto"; in precedenza comma inserito da comma 2 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 47 () Comma inserito da comma 2 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 48 () Comma inserito da comma 2 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 49 () Comma inserito da comma 2 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 50 () Comma inserito da comma 2 art. 4 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 51 () Comma modificato da articolo 6, comma 1, della legge regionale 4 marzo 2010, n. 17 che ha sostituito le parole "di responsabili per la gestione unitaria del servizio infermieristico, eventualmente articolato

nelle strutture operative, e dell'attività di medicina territoriale, specialistica e farmaceutica.” con le parole “delle direzioni aziendali delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche e delle professioni riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione nonché di responsabili per la gestione unitaria dell'attività di medicina territoriale, specialistica e farmaceutica.”.

- 52 () Comma inserito da comma 1 art. 18 legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.
- 53 () Comma modificato da comma 1 art. 45 della legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30 che ha sostituito il numero “3.000” introdotto dall'articolo 19 della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 con il numero “1.000”.
- 54 () Comma inserito da comma 1 art. 19 legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.
- 55 () Comma inserito da comma 1 art. 20 legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.
- 56 () Comma inserito da comma 1 art. 21 legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.
- 57 () Il comma 9 dell'articolo 26 della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 ha ora previsto che il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale assume la denominazione di direttore dei servizi socio-sanitari e conserva le funzioni previste dalla legislazione regionale vigente alla data di entrata in vigore della legge. In precedenza il comma 2 art. 5 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 ha previsto la sostituzione dell'espressione “direttore dei servizi sociali” con l'espressione “direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale” in tutta la legislazione regionale.
- 58 () Comma inserito da comma 1 art. 5 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 59 () Comma inserito da comma 1 art. 5 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 60 () Il comma 2 art. 5 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 ha previsto la sostituzione dell'espressione “direttore dei servizi sociali” con l'espressione “direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale” in tutta la legislazione regionale.
- 61 () Comma inserito da comma 1 art. 22 legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.
- 62 () Il comma 2 art. 5 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 ha previsto la sostituzione dell'espressione “direttore dei servizi sociali” con l'espressione “direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale” in tutta la legislazione regionale.
- 63 () Il comma 2 art. 5 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 ha previsto la sostituzione dell'espressione “direttore dei servizi sociali” con l'espressione “direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale” in tutta la legislazione regionale.
- 64 () Il riferimento corretto è all'art. 2 comma 4, poichè a seguito della

modifica apportata dall'art. 30 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 nel comma 4 dell'art. 2 non vi è più la suddivisione in lettera a) e lettera b).

- 65 () Comma inserito da comma 1 art. 57 legge regionale 3 febbraio 1998, n. 3
- 66 () L'articolo 11 della legge regionale 3 agosto 2001, n. 16 istituisce in attuazione dell'art. 7 comma 2 legge regionale 16 dicembre 1998, n. 31 presso ogni azienda ULSS il servizio di integrazione lavorativa (SIL) e l'articolo 12 legge 216/2001 ne attribuisce al direttore l'articolazione e la dotazione organica.
- 67 () Art. 120 comma 1 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 istituisce in ogni distretto socio-sanitario di cui al presente articolo il Comitato dei sindaci di distretto, composto dai sindaci dei comuni il cui territorio rientra nell'area del distretto sociosanitario che svolge le funzioni previste dal medesimo articolo 120..
- 68 () Il comma 2 art. 5 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 ha previsto la sostituzione dell'espressione "direttore dei servizi sociali" con l'espressione "direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale" in tutta la legislazione regionale.
- 69 () Il comma 2 art. 5 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 ha previsto la sostituzione dell'espressione "direttore dei servizi sociali" con l'espressione "direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale" in tutta la legislazione regionale.
- 70 () Lettera così sostituita da comma 1 art. 9 legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46.
- 71 () Comma sostituito da comma 1 art. 6 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 72 () Comma inserito da comma 2 art. 6 legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.
- 73 () Comma aggiunto da comma 1 art. 37 legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1.
- 74 () Legge abrogata per effetto delle abrogazioni disposte dall'art. 33, comma 1 legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e art. 5 legge regionale 29 gennaio 1996, n. 3
- 75 () Con Delibera della Giunta regionale del 23 dicembre 1996, n. 6368 (BUR n. 23 del 18 marzo 1997) le Unità Locali Socio Sanitarie n. 11 e n. 12 (ex n. 16 e n. 36) sono state unificate a far data dal 31 dicembre 1996 mediante fusione per incorporazione della ULSS n. 11 di Venezia nella ULSS n. 12 di Mestre.
- 76 () Comma modificato da art. 32 legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 che dispone che l'abrogazione degli artt. da 16 a 24 della legge regionale 30 novembre 1982, n. 54 ha efficacia dal momento della costituzione dell'Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale. Sino alla costituzione dell'ARPAV gli attuali presidi multizonali di prevenzione continuano a svolgere l'attività prestata al momento dell'entrata in vigore della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32, istitutiva dell'Agenzia

regionale per la prevenzione e protezione ambientale.

- 77 () Con Delibera della Giunta regionale del 23 dicembre 1996, n. 6368 (BUR n. 23 del 18 marzo 1997) le Unità Locali Socio Sanitarie n. 11 e n. 12 sono state unificate a far data dal 31 dicembre 1996 mediante fusione per incorporazione della ULSS n. 11 di Venezia nella ULSS n. 12 di Mestre.
- 78 () Ambito così modificato in seguito all'unificazione delle ULSS n. 11 e n. 12 avvenuto, a far data del 31 dicembre 1996, con Delibera della Giunta regionale del 23 dicembre 1996, n. 6368 (BUR n. 23 del 18 marzo 1997).
- 79 () La legge regionale 29 marzo 1999, n. 11 ha istituito il comune di Cavallino-Treporti; il territorio del predetto comune facendo precedentemente parte del Comune di Venezia rientrava nella ULSS n. 12. Non essendo intervenuta successivamente alcuna modifica dell'ambito territoriale dell'ULSS n. 12, tale comune continua a rientrare nella medesima ULSS n. 12.
- 80 () Ambito così modificato dall'art. 1 comma 1 della legge regionale 5 dicembre 2008, n. 22 che ha tolto da questo ambito trasferendoli nell'ambito territoriale dell'ULSS n. 16 i comuni di Arzergrande, Brugine, Codevigo, Correzzola, Legnaro, Piove di Sacco, Polverara, Pontelongo, Sant'Angelo di Piove di Sacco. L'art. 3 comma 1 della legge regionale 5 dicembre 2008, n. 22 condiziona l'efficacia della modifica alla approvazione delle schede secondo la normativa vigente relative agli ospedali di Chioggia e Piove di Sacco; il comma 2 dell'art. 3 prevede che in ogni caso l'efficacia decorra al sessantesimo giorno dall'adozione delle schede da parte della Giunta regionale.
- 81 () Ambito così modificato dall'art. 2 della legge regionale 5 dicembre 2008, n. 22 che ha collocato in questo ambito i comuni di Arzergrande, Brugine, Codevigo, Correzzola, Legnaro, Piove di Sacco, Polverara, Pontelongo, Sant'Angelo di Piove di Sacco, originariamente appartenenti all'ULSS n. 14. L'art. 3 comma 1 della legge regionale 5 dicembre 2008, n. 22 condiziona l'efficacia della modifica alla approvazione delle schede secondo la normativa vigente relative agli ospedali di Chioggia e Piove di Sacco; il comma 2 dell'art. 3 prevede che in ogni caso l'efficacia decorra al sessantesimo giorno dall'adozione delle schede da parte della Giunta regionale.
- 82 () Il Comune di Maserà di Padova già collocato nell'ambito territoriale della ULSS 17 è stato collocato nell'ULSS 16 dal comma 2 dell'art. 31 della legge regionale 29 gennaio 1996, n. 3
- 83 () Con legge regionale 21 marzo 1995, n. 14 è stato istituito il comune di Due Carrare mediante fusione dei comuni di Carrara S. Giorgio e Carrara Santo Stefano della provincia di Padova.
- 84 () Con legge regionale 21 marzo 1995, n. 14 è stato istituito il comune di Due Carrare mediante fusione dei comuni di Carrara S. Giorgio e Carrara Santo Stefano della provincia di Padova.
- 85 () Con legge regionale 14 settembre 1994, n. 49 è stato istituito il comune di Porto Viro mediante fusione dei comuni di Contarina e Donada

della provincia di Rovigo.

- 86 () Con legge regionale 14 settembre 1994, n. 49 è stato istituito il comune di Porto Viro mediante fusione dei comuni di Contarina e Donada della provincia di Rovigo.
- 87 () Ambito territoriale ULSS n. 20 modificato da comma 1 art. 1 legge regionale 16 agosto 2001, n. 22 inserendo il Comune di San Giovanni Lupatoto.
- 88 () Ambito territoriale ULSS n. 21 modificato da comma 1 art. 2 legge regionale 16 agosto 2001, n. 22 escludendo il Comune di San Giovanni Lupatoto.