



*Consiglio regionale della Calabria*

## DOSSIER

PL n. 19/11

di iniziativa del Consigliere C. GUCCIONE, D. BEVACQUA, N. IRTO, L.  
NOTARANGELO, L. TASSONE recante:

"Misure di razionalizzazione delle attività delle Aziende del servizio sanitario  
regionale"

relatore: S. ESPOSITO;

### DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	5/6/2020
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	12/06/2020
SEDE	
PARERE PREVISTO	
NUMERO ARTICOLI	

### **Testo del Provvedimento**

P. L. 19/2020 - testo pag. 3  
*Misure di razionalizzazione delle attività delle Aziende del servizio sanitario regionale*

### **Normativa comparata**

L. R. Toscana 16 marzo 2015, n. 28 pag. 9  
*Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale*

L. R. Toscana 27 dicembre 2012, n. 81 pag. 22  
*Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla l.r. 51/2009, alla l.r. 40/2005 e alla l.r. 8/2006.*

R\_CALABR|R\_CALABR|PROT. N. 0013967|05/06/2020



Consiglio regionale della Calabria

## **Proposta di legge: “Misure di razionalizzazione delle attività delle Aziende del servizio sanitario regionale”**

### **RELAZIONE DESCRITTIVA**

La proposta di legge in oggetto si riferisce all’adozione delle misure di razionalizzazione delle attività delle aziende del servizio sanitario regionale calabrese. Il testo normativo si sviluppa in quattro articoli.

**Articolo 1:** I presidi ospedalieri territoriali per acuti (Spoke) vengono scorporati dalle Aziende sanitarie provinciali di Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria e sono attribuiti alle Aziende ospedaliere che operano nel rispettivo territorio.

La razionalizzazione prospettata dalla norma è volta a garantire un’integrazione più efficace dei percorsi e delle reti clinico-assistenziali e a favorire la collaborazione multidisciplinare tra i professionisti finalizzati ad uniformare i comportamenti clinici funzionali e a garantire un miglioramento complessivo in termini di efficienza, continuità assistenziale, sicurezza, qualità e sostenibilità economica dei servizi.

La revisione dell’assetto istituzionale organizzativo proposto, quindi, tende a favorire la nascita di un sistema ospedaliero per acuti caratterizzato da una più efficace integrazione e a una migliore regolazione dell’accesso iniziale del paziente evitando così trasferimenti e spostamenti successivi.

Inoltre, tale assetto favorisce maggiore efficienza nell’approccio sistemico, agendo sull’unificazione organizzativa quale veicolo di trasmissione di informazione che

possono aiutare il MMG, lo specialista o lo stesso paziente a identificare la struttura idonea per lo specifico problema clinico.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie relative ai presidi ospedalieri per acuti sono trasferite alle Aziende ospedaliere che subentrano nei rapporti giuridici attivi e passivi.

I direttori generali delle aziende interessate alla riorganizzazione operano una ricognizione da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale. L'integrazione dei presidi ospedalieri Hub e Spoke dà vita alle Aziende Ospedaliere Provinciali di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria.

Sempre in un'ottica di efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa la proposta di legge all'**Articolo 2** prevede che le procedure concorsuali siano svolte su base regionale, affidando alla Giunta l'individuazione delle Aziende alle quali affidarne la gestione e la concessione di deroghe per la selezione dei profili professionali di particolare specializzazione.

La previsione normativa è volta a garantire la razionalizzazione delle attività concorsuali che, oggi frammentate, sono spesso generatrici di inefficienze e ritardi. Le graduatorie approvate all'esito delle procedure predette saranno utilizzate da tutte le Aziende, fatte salve le graduatorie in corso di validità, come per legge.

Lo svolgimento unitario delle procedure concorsuali si rivela, altresì, quale strumento atto a garantire maggiore trasparenza e uniformità di azione, anche attraverso l'utilizzo degli stessi criteri di valutazione sull'intero territorio regionale, in relazione ai profili professionali richiesti.

La proposta di legge nel suo complesso non implica alcun onere finanziario per l'amministrazione così come previsto dall'**Articolo 3** della proposta di legge. Infine, l'**Articolo 4** della proposta di legge regionale fissa la data di entrata in vigore della stessa.

**Proposta di legge recante: “Misure di razionalizzazione delle attività delle aziende del servizio sanitario regionale”**

**RELAZIONE TECNICO-FINANZIARIA**

**a) Contesto Tecnico/economico cui si riferisce la proposta di legge e gli obiettivi che si intendono realizzare.**

La Proposta di legge in oggetto scaturisce dall'esigenza di apportare modifiche a leggi regionali, al fine di adeguarle alle prescrizioni del governo, in esecuzione degli impegni appositamente assunti nel contesto del principio di leale collaborazione tra Stato e Regione. Si invia alla relazione illustrativa per quando concerne in dettaglio il contenuto dei singoli articoli che compongono il testo normativo

**b) Inquadramento**

Per quanto sopra la proposta legislativa si intende di tipo ordinamentale

**c) Oneri finanziari**

La proposta di legge non comporta alcun onere finanziario per l'amministrazione, stante che è da ritenersi esclusivamente di natura normativa. Tale non incidenza, economica si riferisce a tutto l'articolato

**Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria**

*(allegato a margine della relazione tecnico finanziaria art. 39 Statuto Regione Calabria)*

**Titolo: “Misure di razionalizzazione delle attività delle aziende del servizio sanitario regionale”**

La proposta di legge emarginata nel titolo, come comprovato nella relazione illustrativa e tecnico-finanziaria allegata, ha natura ordinamentale ed è neutrale dal punto di vista finanziario.

**Tab. 1 Oneri finanziari:**

<b>Articolo</b>	<b>Descrizione spese</b>	<b>Tipologia I o C</b>	<b>Carattere Temporale A o P</b>	<b>Importo</b>
1	Razionalizzazione dell'offerta sanitaria per acuti euro 0,00	//	//	//
2	Razionalizzazione delle procedure concorsuali delle aziende del servizio sanitario euro 0,00	//	//	//
3	Reca la clausola di invarianza finanziaria	//	//	//
4	Reca l'entrata in vigore	//	//	//

In merito ai criteri di quantificazione degli oneri finanziari non vanno esplicitati atteso che alla presente proposta non corrisponde spesa.

#### **e) Copertura finanziaria**

Non essendo previsti oneri finanziari non è necessario indicare e prevedere la relativa copertura finanziaria.

#### **f) Aspetti procedurali/organizzativi**

Gli aspetti organizzativi non vengono modificati rispetto a quelli già attuati circa gli aspetti procedurali tecnico/amministrativi nell'attività dei funzionari preposti alla gestione della materia.

**Tab. 2 Copertura finanziaria:**

<b>Programma / capitolo</b>	<b>Anno 2020</b>	<b>Anno 2021</b>	<b>Anno 2022</b>
//	//	//	//
<b>Totale</b>	//	//	//

## **Proposta di legge: “Misure di razionalizzazione delle attività delle Aziende del servizio sanitario regionale”**

### **Articolo 1**

#### **(Razionalizzazione dell’offerta sanitaria per acuti)**

**1** - Al fine di migliorare l’offerta assistenziale, assicurare la razionalizzazione della spesa e l’ottimizzazione delle risorse, a decorrere dal primo luglio 2020, le funzioni relative all’assistenza ospedaliera per acuti erogate dai presidi ospedalieri Spoke siti nelle province di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria sono attribuite alle Aziende ospedaliere che operano nel rispettivo territorio.

**2** - Le risorse umane, strumentali e finanziarie che afferiscono ai presidi ospedalieri di cui al comma uno sono trasferite alle Aziende ospedaliere che succedono nei relativi rapporti giuridici, attivi e passivi. Entro 90 giorni dall’entrata in vigore della presente legge i direttori generali delle aziende interessate operano la ricognizione congiunta dei reciproci rapporti e l’imputazione dei relativi oneri economici che le sottopongono all’approvazione della Giunta. L’integrazione tra le aziende Hub e Spoke dà vita alle Aziende ospedaliere provinciali di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria.

### **Articolo 2**

#### **(Razionalizzazione delle procedure concorsuali nelle Aziende del servizio sanitario)**

**1** - A decorrere dal primo luglio 2020 le procedure concorsuali per le assunzioni del personale delle Aziende del servizio sanitario regionale sono indette ed espletate su base regionale, fatti salvi i profili di particolare specializzazione per i quali la Giunta regionale può concedere apposite deroghe. La Giunta regionale individua le Aziende alle quali affidare l’indizione e l’espletamento delle procedure su base regionale.

**2** – Le Aziende del servizio sanitario regionale sono obbligate ad utilizzare le graduatorie delle procedure concorsuali per l’assunzione svolta su base regionale, fatto salve le graduatorie delle procedure già espletate in corso di validità.

**3** – Nelle Aziende del servizio sanitario regionale sono svolte su base regionale le procedure di acquisizione di beni e servizi sopra la soglia comunitaria che non siano di competenza della Stazione Unica Appaltante regionale. La Giunta regionale individua le aziende alle quali affidare lo svolgimento delle procedure.

**Articolo 3**  
**(Clausola di invarianza finanziaria)**

1 - All'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del Bilancio regionale.

**Articolo 4**  
**(Entrata in vigore)**

1 – La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Calabria

*Reggio Calabria, 05 giugno 2020*

**Consiglieri regionali**

**Carlo Guccione**

**Domenico Bevacqua**

**Nicola Irto**

**Libero Notarangelo**

**Luigi Tassone**



Legge regionale 16 marzo 2015, n. 28

**Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale.**

(Bollettino Ufficiale n. 13, parte prima, del 18.03.2015 )

INDICE

**PREAMBOLO**

**CAPO I - Disposizioni generali**

Art. 1 - Finalità e oggetto

Art. 2 - Principi del riordino

**CAPO II - Linee per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale**

Art. 3 - Linee di indirizzo per l'organizzazione del servizio sanitario regionale

Art. 4 - Programmazione operativa e direttore per la programmazione di area vasta

Art. 5 - Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali

Art. 6 - Dipartimenti interaziendali di area vasta

Art. 7 - Zona-distretto

Art. 8 - Aziende unità sanitarie locali

**CAPO III - Governo istituzionale multilivello**

Art. 9 - Conferenza regionale dei sindaci

Art. 10 - Conferenze aziendali

Art. 11 - Conferenze zonali integrate

**CAPO IV - Norme transitorie e processo di riordino**

Art. 12 - Commissariamento delle aree vaste

Art. 13 - Commissariamento delle aziende unità sanitarie locali

Art. 14 - Funzioni del commissario dell'azienda unità sanitaria locale

Art. 15 - Funzioni dei vicecommissari

Art. 16 - Funzioni del direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria nel processo di riordino

Art. 17 - Ruolo e funzioni degli altri istituti, enti e aziende del servizio sanitario regionale nel processo di riordino

Art. 18 - Processo di riordino del servizio sanitario regionale

**CAPO V - Ulteriori misure di intervento per la razionalizzazione e l'efficienza del servizio sanitario regionale**

Art. 19 - Iniziative in tema di sobrietà, eticità ed appropriatezza delle cure

**CAPO VI - Norme finali**

Art. 20 - Entrata in vigore

**PREAMBOLO**

Il Consiglio regionale

Visto l'articolo 117, terzo comma, della Costituzione;

Visto l'articolo 4, comma 1, lettera c), dello Statuto;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421);

Visto il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419);

Visto il parere istituzionale favorevole della Prima Commissione consiliare espresso nella seduta del 30 gennaio 2015;

Visto il parere favorevole con raccomandazioni del Consiglio delle autonomie locali espresso nella seduta del 20 febbraio 2015;

Considerato quanto segue:

1. Al fine di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e nel contempo assicurare la sostenibilità e il carattere pubblico e universale del sistema sanitario, a fronte del mutato quadro epidemiologico, dei costi crescenti dei processi di diagnosi e cura e della consistente riduzione dei trasferimenti statali in ambito regionale, si rende necessario avviare un processo di riordino complessivo del servizio sanitario regionale, che, partendo da una revisione e da un rilevante rafforzamento della programmazione di area vasta, prevede, altresì, una riduzione delle attuali aziende unità sanitarie locali da dodici a tre, una per area vasta;

2. L'integrazione completa tra aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliero-universitarie in un'unica azienda a livello di area vasta può rappresentare il modello che, opportunamente definito e sviluppato, permette di migliorare ulteriormente la qualità dei servizi, potenziare gli aspetti di didattica e ricerca e il governo complessivo del sistema, ma tale obiettivo è subordinato alla modifica del quadro normativo nazionale, di cui al d.lgs. 502/1992 e al d.lgs. 517/1999;

3. Al fine di garantire un'adeguata programmazione di area vasta e la sua integrazione tra l'azienda ospedaliero-universitaria e l'azienda unità sanitaria locale, evitando duplicazioni, sprechi di risorse, volumi di attività inadeguati, insufficiente utilizzo delle tecnologie è istituito, a regime, il direttore per la programmazione di area vasta, con il compito di elaborare, in attuazione della programmazione regionale, d'intesa con l'azienda ospedaliero-universitaria e l'azienda unità sanitaria locale, la proposta di programmazione di area vasta, previo parere della conferenza dei sindaci di area vasta e del rettore dell'università per quanto di competenza;

4. Si individua il dipartimento interaziendale di area vasta quale strumento di programmazione coordinata, per promuovere la qualità e l'appropriatezza delle cure, l'omogeneità sui territori e l'efficienza delle attività;

5. Si prevede, nella revisione dei modelli organizzativi integrati tra le varie forme di assistenza, il consolidamento del modello zonale-distrettuale dei servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso l'attribuzione di competenze organizzative e gestionali alla zona-distretto o società della salute, in linea con quanto già disposto dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) e della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);

6. Si interviene sul modello di governo istituzionale multilivello e, in particolare, sono stabilite linee di indirizzo finalizzate a ridefinire la composizione e le funzioni della conferenza dei sindaci e delle conferenze zonali;

7. La riforma complessiva del sistema verrà disciplinata con successiva legge regionale, nel rispetto dei principi e delle linee di indirizzo definite dalla presente legge, a conclusione di un articolato processo di analisi organizzativa, informazione, confronto e partecipazione che si svolgerà in tempo utile per l'avvio del nuovo assetto organizzativo con il 1° gennaio 2016;

8. Al fine di avviare il processo di fusione e di elaborare il progetto di riorganizzazione dei servizi sanitari a livello di area vasta, si dispone la decadenza dei direttori generali, dei direttori amministrativi, dei direttori sanitari e dei direttori dei servizi sociali delle aziende unità sanitarie locali dal 1° luglio 2015 e, contestualmente, si prevede la loro sostituzione con un commissario per tutte le aziende unità sanitarie locali afferenti alla stessa area vasta. Si dispone, inoltre, a decorrere dal 1° maggio 2015, la decadenza dei comitati di area vasta di cui all'articolo 9 della l.r. 40/2005 e la nomina di commissari di area vasta;

9. Si rende necessario disciplinare la fase transitoria con il riordino delle funzioni di

programmazione di area vasta, definendo i compiti dei commissari di area vasta e dei commissari delle aziende unità sanitarie locali, dei direttori generali delle aziende ospedaliero-universitarie e dei dipartimenti interaziendali;

10. Allo scopo di garantire le regolari attività aziendali e di assicurare l'erogazione dei servizi sanitari si prevede la nomina da parte del Presidente della Giunta regionale di un vicecommissario presso ciascuna azienda unità sanitaria locale coinvolta nel processo di riordino;

11. Le nuove aziende unità sanitarie locali e i direttori per la programmazione di area vasta sono istituiti a decorrere dal 1° gennaio 2016;

12. Le rappresentanze degli enti locali a livello regionale, di area vasta e aziendale, partecipano al processo di riordino, di cui alla presente legge, secondo il ruolo loro riconosciuto dalla l.r. 40/2005;

13. Le università toscane partecipano al processo di riordino, di cui alla presente legge, secondo il ruolo loro riconosciuto dall'articolo 13 della l.r. 40/2005;

14. La Regione, tramite la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, esercita le funzioni di indirizzo, monitoraggio e controllo del processo di riordino;

15. Le aziende, enti e istituti di livello regionale sono destinatari di specifiche disposizioni che disciplinano la loro partecipazione al processo di riordino;

16. L'attuazione della presente legge determina una minore spesa a carico del bilancio regionale derivante, in questa prima fase, dal venire meno degli organi di vertice delle attuali dodici aziende unità sanitarie locali e dalla loro sostituzione con organi straordinari, incaricati di gestire il processo di fusione e riorganizzazione che porterà a tre aziende unità sanitarie locali di area vasta;

17. Sono altresì introdotte ulteriori misure di intervento per la razionalizzazione e l'efficienza del servizio sanitario regionale;

18. Di accogliere il parere del Consiglio delle autonomie locali, con conseguenti modifiche del testo;

Approva la presente legge:

**CAPO I**  
**Disposizioni generali**

**Art. 1**  
**Finalità e oggetto**

1. La presente legge reca disposizioni urgenti di riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale, finalizzate a garantire l'ulteriore promozione della qualità dei servizi in un quadro di sostenibilità economica del sistema sanitario stesso.

**Art. 2**  
**Principi del riordino**

1. La revisione dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale è definita nel rispetto dei seguenti principi:

- a) salute, come diritto per il singolo cittadino e dovere della collettività;
- b) cittadini e associazioni dei malati, professionisti e programmazione, come elementi fondanti del sistema sanitario regionale;
- c) uguaglianza, umanizzazione e personalizzazione delle cure anche con riferimento alla medicina complementare e integrata;
- d) valorizzazione delle risorse umane, con attenzione al benessere organizzativo, della professionalità e delle competenze in ogni ruolo e profilo professionale e valorizzazione della medicina generale e

- dei pediatri di libera scelta;
- e) valorizzazione del sistema del volontariato;
- f) appropriatezza ed eticità delle cure;
- g) equità di accesso ai servizi e uniformità nei livelli di assistenza;
- h) integrazione socio-sanitaria;
- i) vicinanza ai territori e attenzione alle zone disagiate;
- l) eticità e sobrietà nell'uso delle risorse;
- m) salvaguardia e valorizzazione delle eccellenze presenti sul territorio;
- n) promozione della ricerca e dell'innovazione in tutti gli ambiti organizzativi e professionali;
- o) valorizzazione dell'organizzazione dell'assistenza per processi e della multidisciplinarietà nelle cure;
- p) valorizzazione ed integrazione degli operatori privati accreditati nelle strategie del sistema sanitario regionale.

## **CAPO II**

### ***Linee per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale***

#### **Art. 3**

##### ***Linee di indirizzo per l'organizzazione del servizio sanitario regionale***

1. Il modello organizzativo di riordino del servizio sanitario regionale si realizza secondo le seguenti linee di indirizzo:

- a) area vasta, quale sede di attuazione della programmazione strategica regionale;
- b) dipartimento interaziendale di area vasta quale strumento di programmazione coordinata;
- c) valorizzazione, attraverso modelli convenzionali tra azienda unità sanitaria locale e azienda ospedaliero-universitaria, della formazione, didattica e ricerca negli ambiti delle attività di prevenzione, territoriali e ospedaliere;
- d) rafforzamento del governo con le comunità e gli enti locali;
- e) consolidamento del modello zonale-distrettuale dei servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso il rafforzamento del ruolo organizzativo e gestionale della zona-distretto o società della salute;
- f) istituzione presso ciascuna azienda unità sanitaria locale del dipartimento della medicina generale e partecipazione della medicina generale nei dipartimenti interaziendali;
- g) sviluppo delle reti e dei percorsi clinico-assistenziali attraverso l'integrazione delle attività tra le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliero-universitarie;
- h) definizione e rispetto di specifici standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale e ospedaliera dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliero-universitaria, con particolare attenzione alle zone disagiate, entro il 31 dicembre 2016;
- i) rafforzamento dell'appropriatezza ed eticità nei percorsi di cura e nell'impiego dei medicinali e dei dispositivi medici;
- l) valorizzazione e partecipazione del ruolo direzionale, della professione infermieristica e tecnico-sanitaria, della medicina generale e dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali;
- m) partecipazione di tutti gli operatori del servizio sanitario regionale al processo di riordino, valorizzazione delle risorse umane e sviluppo delle competenze;
- n) coordinamento e riorganizzazione delle attività di governo clinico regionale, di studio e ricerca in materia di epidemiologia, qualità e sicurezza dei servizi sanitari, formazione sanitaria e consulenza in materia di organizzazione e programmazione sanitaria, anche mediante l'eventuale costituzione di un unico organismo regionale;
- o) riallineamento delle retribuzioni delle figure direzionali del sistema sanitario e socio-sanitario regionale il cui trattamento economico è collegato a quello degli organi di direzione delle aziende sanitarie.

#### **Art. 4**

##### ***Programmazione operativa e direttore per la programmazione di area vasta***

1. La Regione tramite l'area vasta garantisce, e sovrintende, in coerenza con le disposizioni di cui all'articolo 9 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) all'attuazione della programmazione strategica regionale attraverso i piani operativi di area vasta e i piani delle singole aziende sanitarie che ne fanno parte, assicurando omogeneità della metodologia organizzativa anche mediante una eventuale revisione degli ambiti di riferimento territoriale. La Regione assicura, inoltre, l'omogeneità dei modelli organizzativi dipartimentali delle aziende unità sanitarie locali;

2. L'azienda unità sanitaria locale e l'azienda ospedaliero-universitaria operano attraverso i propri dipartimenti aziendali coordinati per la programmazione nei dipartimenti interaziendali di area vasta e

attraverso eventuali modelli convenzionali nei diversi ambiti delle attività delle aziende stesse.

3. Il nuovo modello della programmazione di area vasta è formulato nell'ambito della proposta di legge di cui all'articolo 18, in coerenza con quanto disposto dal Capo II del Titolo III della l.r. 40/2005 e secondo le seguenti linee di indirizzo:

- a) presso ciascuna area vasta è nominato un direttore per la programmazione, che svolge le seguenti funzioni:
  - 1) elaborazione, in attuazione della programmazione regionale, di intesa con l'azienda ospedaliero-universitaria e l'azienda unità sanitaria locale, della proposta di programmazione di area vasta, previo parere della conferenza dei sindaci di area vasta e del rettore dell'università per quanto di competenza;
  - 2) verifica dell'attuazione della programmazione di area vasta nei piani operativi dell'azienda ospedaliero-universitaria e dell'azienda unità sanitaria locale;
  - 3) attività di monitoraggio delle iniziative assunte dalle aziende in attuazione della programmazione di area vasta, nel rispetto, in ogni caso, dell'autonomia gestionale aziendale;
  - 4) predisposizione per la Regione, in rapporto alla programmazione di area vasta e alla valutazione dei relativi piani operativi annuali dell'azienda ospedaliero-universitaria e dell'azienda unità sanitaria locale, di una proposta di attribuzione delle risorse necessarie;
- b) presso ciascuna area vasta è costituito un comitato operativo, composto dai direttori generali delle aziende sanitarie afferenti l'area vasta e dal direttore generale dell'Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale che coadiuva il direttore per la programmazione per quanto attiene la elaborazione della proposta di programmazione di area vasta.

4. Il direttore per la programmazione di area vasta è nominato dal Presidente della Giunta regionale tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 bis, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

5. Il trattamento economico lordo del direttore per la programmazione di area vasta è pari a quello previsto per i direttori generali delle aziende sanitarie.

6. Il direttore per la programmazione di area vasta si avvale di un nucleo tecnico appositamente costituito, senza oneri aggiuntivi, con personale messo a disposizione dalle aziende sanitarie e dal servizio sanitario regionale per le funzioni di supporto alla programmazione, all'attività di verifica e monitoraggio e all'attività tecnico amministrativa.

7. I provvedimenti connessi o conseguenti le attività del direttore per la programmazione di area vasta sono adottati dalla Regione, su proposta del direttore medesimo.

#### *Art. 5*

##### *Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali*

1. Il dipartimento aziendale è confermato quale strumento organizzativo delle aziende unità sanitarie locali, secondo le normative vigenti.

2. Al fine di assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuità dei percorsi assistenziali, nonché garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione fra le prestazioni erogate in regimi diversi, le aziende unità sanitarie locali, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 70 della l.r. 40/2005, costituiscono dipartimenti a carattere gestionale, così come definiti dalla proposta di legge di cui all'articolo 18, in seguito al periodo di sperimentazione.

3. In ogni azienda unità sanitaria locale è costituito il dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetrica e il dipartimento delle professioni tecnico-sanitarie, riabilitative e della prevenzione ed il dipartimento dei servizi sociali, secondo i parametri e i criteri definiti dalla proposta di legge di cui all'articolo 18.

4. Le aziende unità sanitarie locali costituiscono, inoltre, il dipartimento della medicina generale, di cui all'articolo 7, comma 6, composto dai coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali di cui all'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

5. Nel rispetto di quanto stabilito dalla presente legge i dipartimenti aziendali sono individuati dalla proposta di legge di cui all'articolo 18, tenendo conto, in particolare, degli ambiti del territorio, della prevenzione, della salute mentale e delle dipendenze, della riabilitazione, dei servizi sociali e della medicina generale.

#### *Art. 6*

##### *Dipartimenti interaziendali di area vasta*

1. Il dipartimento interaziendale di area vasta è lo strumento organizzativo di riferimento per la programmazione nell'area vasta.

2. Il dipartimento interaziendale di area vasta è disciplinato in dettaglio nell'ambito della proposta di legge di cui all'articolo 18, secondo le seguenti linee di indirizzo:

- a) il dipartimento interaziendale di area vasta è composto dai dipartimenti aziendali, o loro unità costitutive, della azienda unità sanitaria locale e della azienda ospedaliero-universitaria e da eventuali aree o unità funzionali;
- b) analizza e valuta gli schemi organizzativi in essere, i livelli di attività e i risultati;
- c) formula e propone una programmazione finalizzata a garantire la omogeneità territoriale dei servizi, la qualità e appropriatezza delle cure, l'efficienza organizzativa e il migliore utilizzo delle risorse tecniche unitamente alla valorizzazione e allo sviluppo delle risorse umane e delle competenze, relativamente alla qualità, sicurezza, efficacia ed efficienza della rete della prevenzione, dell'assistenza territoriale e ospedaliera di area vasta;
- d) propone azioni atte a garantire e sviluppare, sulla base di modelli convenzionali, le attività di formazione, didattica e ricerca;
- e) il dipartimento è dotato di un'assemblea e di un coordinatore;
- f) l'assemblea del dipartimento è composta dai responsabili di ciascuna unità operativa, o unità assimilata, da uno o più direttori per ciascuna professione sanitaria del dipartimento, da uno o più rappresentanti della medicina generale, da un responsabile per la didattica;
- g) il direttore per la programmazione di area vasta nomina il coordinatore del dipartimento fra una terna di professionisti, titolari di struttura complessa, designati dall'assemblea. Nell'ambito della terna è garantita almeno la presenza di un professionista dell'azienda ospedaliero-universitaria e di un professionista dell'azienda unità sanitaria locale;
- h) il coordinatore del dipartimento presiede l'assemblea, coordina le attività del dipartimento interaziendale di area vasta, rimane in carica per un anno e l'incarico è rinnovabile fino ad un massimo di tre anni;
- i) il direttore per la programmazione di area vasta costituisce il comitato dei dipartimenti interaziendali composto dai direttori generali dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliero-universitaria e dai coordinatori dei dipartimenti interaziendali. Ai lavori del comitato partecipano:
  - 1) un rappresentante dei responsabili di zona-distretto e dei direttori delle società della salute dell'azienda unità sanitaria locale;
  - 2) un rappresentante, per quanto di competenza, per ogni dipartimento universitario medico, costituito ai sensi della legge 30 dicembre 2010, n. 240 (Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario), dell'università che insiste nell'area vasta;
  - 3) il direttore del dipartimento aziendale della medicina generale;
  - 4) un direttore delle professioni infermieristiche e delle professioni tecnico-sanitarie;
- l) il comitato dei dipartimenti interaziendali contribuisce alla formulazione delle linee di indirizzo per la programmazione annuale di area vasta con particolare riferimento alla integrazione delle attività socio-sanitarie, ospedaliere, formative, di didattica e di ricerca.

3. Nella fase di riordino, al fine di dare immediata operatività alla programmazione di area vasta e di sperimentare modelli innovativi, anche con riferimento a particolari esigenze della programmazione regionale, sono individuati, quale livello minimo, i seguenti dipartimenti interaziendali, ferma restando l'operatività delle reti cliniche, quali la rete materno infantile, delle reti tempo-dipendenti, quali la rete trauma, la rete infarto e la rete ictus, nonché dei coordinamenti tecnico-professionali presenti nelle aree vaste, quali neurologia e anestesia e rianimazione, già esistenti:

- a) dipartimento interaziendale di area vasta di emergenza urgenza;
- b) dipartimento interaziendale di area vasta di chirurgia generale e d'urgenza;
- c) dipartimento interaziendale di area vasta delle specialità chirurgiche;
- d) dipartimento interaziendale di area vasta di medicina diagnostica per immagini;
- e) dipartimento interaziendale di area vasta di medicina diagnostica di laboratorio;
- f) dipartimento interaziendale di area vasta per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari;
- g) dipartimento interaziendale di area vasta delle specialità mediche;
- h) dipartimento interaziendale di area vasta per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie neurologiche;
- i) dipartimento interaziendale di area vasta medico per intensità di cura ospedaliera;
- l) dipartimento interaziendale di area vasta per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie

oncologiche;

m) dipartimento interaziendale di area vasta materno infantile e della salute in età evolutiva.

4. Le funzioni operative e le strutture organizzative professionali relative ai dipartimenti di cui al comma 3 sono quelle individuate nell'allegato A della presente legge.

5. Sulla base dei risultati della sperimentazione di cui al comma 3, la proposta di legge di cui all'articolo 18, procede alla definizione puntuale della tipologia, composizione e del numero dei dipartimenti interaziendali di area vasta e dell'azienda unità sanitaria locale di area vasta, ferma restando l'autonomia organizzativa dell'azienda ospedaliero-universitaria in riferimento ai dipartimenti ad attività integrata. La medesima proposta di legge aggiorna l'elenco delle funzioni operative territoriali e ospedaliere e le relative strutture organizzative professionali, di cui all'allegato A, sulla base della normativa nazionale vigente, della evoluzione scientifica e dell'epidemiologia dei bisogni.

#### Art. 7

##### Zonadistretto

1. La zona-distretto è confermata quale ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

2. Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria è realizzata attraverso le società della salute ai sensi degli articoli 71 bis e seguenti della l.r. 40/2005, ovvero mediante la stipulazione della convenzione socio-sanitaria di cui all'articolo 70 bis della l.r. 40/2005.

3. La zona-distretto o la società della salute costituiscono il livello unitario di organizzazione delle funzioni direzionali, interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

4. Ai fini di cui al comma 3, la zona-distretto e la società della salute, nel rispetto del criterio di attenzione alle zone disagiate, anche in ragione del rapporto fra dimensioni elevate del territorio e scarsa densità abitativa, esercitano le seguenti funzioni di programmazione e gestione inerenti rispettivamente alle proprie competenze di cui agli articoli 64 e 71 bis della l.r. 40/2005:

- a) definizione dei bisogni di salute della popolazione afferente, conseguente allocazione delle risorse e monitoraggio dei risultati operativi;
- b) organizzazione della presa in carico e dei percorsi assistenziali delle cronicità, delle fragilità e delle complessità;
- c) organizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e dell'integrazione socio-sanitaria;
- d) gestione del sistema dei presidi sanitari e socio-sanitari territoriali;
- e) gestione delle attività, dei servizi e degli interventi di sanità territoriale, socio-sanitarie e sociali integrate.
- f) concorso alla programmazione e alla definizione degli obiettivi di budget sia a livello territoriale che ospedaliero nell'ambito della direzione aziendale in area vasta;
- g) concorso alla definizione delle relazioni fra i dipartimenti aziendali e le relative articolazioni zonali.

5. Presso ciascuna zona-distretto o società della salute rispettivamente il responsabile di zona o il direttore provvedono ad attuare le funzioni definite dal comma 4 e a questo scopo:

- a) garantiscono rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'azienda unità sanitaria locale e gli enti locali e svolgono le attività di programmazione sanitaria e di integrazione socio-sanitaria in diretta relazione con la conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);
- b) attuano le attività sanitarie e socio-sanitarie contenute nel piano integrato di salute e negli altri strumenti di programmazione;
- c) coordinano le attività amministrative e tecniche di zona;
- d) gestiscono il budget di zona, definiscono e negoziano i rispettivi budget con i dipartimenti territoriali e con le unità funzionali di zona;
- e) stabiliscono e promuovono le necessarie forme di collaborazione e relazione nei confronti degli ospedali e dei soggetti accreditati;
- f) svolgono attività di monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi territoriali;
- g) garantiscono e promuovono la partecipazione dei cittadini.

6. Le aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 8 sono organizzate per dipartimenti. I dipartimenti sono istituiti con riferimento almeno ai seguenti ambiti di attività:

- a) territorio;
- b) prevenzione;

- c) salute mentale e dipendenze;
- d) riabilitazione;
- e) servizi sociali;
- f) medicina generale.

7. I dipartimenti aziendali svolgono le seguenti attività:

- a) forniscono ai responsabili di zona e ai direttori delle società della salute gli elementi conoscitivi necessari per la programmazione e il controllo delle attività e la valutazione dei risultati;
- b) promuovono la formazione multidisciplinare dei professionisti;
- c) elaborano attività di ricerca e sviluppo anche in collaborazione con università e altre istituzioni interessate.

8. Con la proposta di legge di cui all'articolo 18, sono disciplinati i dipartimenti relativi al territorio secondo le seguenti linee di indirizzo:

- a) il dipartimento svolge funzioni attinenti alle cure primarie e all'integrazione socio-sanitaria e si articola a livello della zona-distretto nelle direzioni sanitarie del territorio;
- b) la zona-distretto, attraverso il dipartimento relativo al territorio, assicura l'organizzazione strutturata, ordinata e completa delle attività residenziali, semiresidenziali e domiciliari, in grado di sostenere la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e di erogare le prestazioni necessarie per rispondere ai bisogni delle cronicità, delle fragilità e delle complessità;
- c) la zona-distretto, attraverso il dipartimento relativo al territorio, assicura la ricomposizione degli assetti assistenziali delle cure primarie e a questo scopo organizza:
  - 1) le forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
  - 2) la formazione dei team multidisciplinari per le cure primarie;
  - 3) il sistema dei presidi territoriali e delle case della salute;
  - 4) le attività della sanità d'iniziativa.

#### *Art. 8*

##### *Aziende unità sanitarie locali*

1. A far data dal 1° gennaio 2016 sono istituite le seguenti aziende unità sanitarie locali:

- a) Azienda unità sanitaria locale Toscana centro, istituita mediante la fusione delle Aziende unità sanitarie locali 10 di Firenze, 4 di Prato, 3 di Pistoia e 11 di Empoli;
- b) Azienda unità sanitaria locale Toscana nord-ovest, istituita mediante la fusione delle Aziende unità sanitarie locali 2 di Lucca, 1 di Massa e Carrara, 12 di Viareggio, 5 di Pisa e 6 di Livorno;
- c) Azienda unità sanitaria locale Toscana sud-est, istituita mediante la fusione delle Aziende unità sanitarie locali 7 di Siena, 8 di Arezzo e 9 di Grosseto.

2. Le aziende di cui al comma 1 sono enti del servizio sanitario regionale, dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

#### **CAPO III**

##### ***Governo istituzionale multilivello***

#### *Art. 9*

##### *Conferenza regionale dei sindaci*

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

2. La composizione e le funzioni della conferenza regionale dei sindaci sono disciplinate dall'articolo 11 della l.r. 40/2005.

3. Nel periodo di commissariamento, la conferenza regionale dei sindaci partecipa al processo di riordino del servizio sanitario regionale di cui all'articolo 18, con la presenza di tre sindaci per ciascuna area vasta e di un rappresentante dell'Anci Toscana, designati dalla conferenza medesima.

#### *Art. 10*

##### *Conferenze aziendali*

1. Con la proposta di legge di cui all'articolo 18, si procede a ridefinire la composizione e le funzioni della conferenza aziendale dei sindaci di cui all'articolo 12 della l.r. 40/2005 secondo le seguenti linee di indirizzo:

- a) la conferenza aziendale è composta dai presidenti delle conferenze zonali, ovvero delle società della salute, afferenti alla stessa azienda unità sanitaria locale, dal direttore generale della azienda



- unità sanitaria locale e dal direttore per la programmazione di area vasta, o loro delegati. La conferenza è presieduta da un presidente scelto fra i presidenti delle conferenze zonali. Alle sedute della conferenza aziendale possono partecipare altri due amministratori per ciascun ambito zonale senza diritto di voto;
- b) i componenti della conferenza aziendale intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione così determinate:
- 1) il 66 per cento del totale è assegnato ai rappresentanti delle conferenze zonali, ovvero delle società della salute, che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente;
  - 2) il 34 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria locale di riferimento;
- c) la conferenza aziendale assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione, ad eccezione dei pareri di cui alla lettera d), numeri 3) e 5), che sono deliberati a maggioranza dai soli componenti degli enti locali;
- d) la conferenza aziendale esercita le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all'articolo 3, comma 14, del d.lgs 502/1992, assume la funzione di raccordo tra la dimensione aziendale e la dimensione locale delle zone-distretto e in particolare:
- 1) emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale;
  - 2) approva il piano attuativo locale;
  - 3) esprime le proprie valutazioni in merito alla nomina del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 2, lettera a) della l.r. 40/2005;
  - 4) esamina ed esprime parere sugli atti di bilancio dell'azienda unità sanitaria locale;
  - 5) propone al Presidente della Giunta regionale, in seduta riservata alle sole componenti comunali, la revoca del direttore generale ai sensi dell'articolo 39, comma 8, della l.r. 40/2005;
  - 6) approva il piano integrato di salute;
- e) il funzionamento della conferenza aziendale è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente e la costituzione di un esecutivo della conferenza.

#### *Art. 11*

#### *Conferenze zonali integrate*

1. Con la proposta di legge di cui all'articolo 18 si procede a ridefinire la composizione e le funzioni della conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005, secondo le seguenti linee di indirizzo:
- a) la conferenza zonale integrata è composta da tutti i sindaci dei comuni afferenti allo stesso ambito zonale, ovvero dai presidenti delle unioni comunali, e dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o loro delegati;
- b) i componenti della conferenza zonale integrata intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione così determinate:
- 1) il 66 per cento del totale è assegnato ai rappresentanti delle amministrazioni locali, che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente;
  - 2) il 34 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria locale di riferimento;
- c) la conferenza zonale integrata assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione, ad eccezione dell'intesa di cui alla lettera d), numero 1);
- d) la conferenza zonale integrata esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale in accordo con la programmazione aziendale di area vasta, ed in particolare:
- 1) esprime l'intesa necessaria per la nomina del direttore di zona;
  - 2) elabora gli atti di programmazione per la salute di livello locale e, a questo scopo, coordina gli strumenti della programmazione operativa di livello zonale;
  - 3) attiva gli strumenti per il governo amministrativo, professionale e gestionale dell'integrazione socio-sanitaria secondo le disposizioni di legge;
- e) il funzionamento della conferenza zonale integrata è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente e la costituzione di un esecutivo della conferenza.

#### *CAPO IV*

#### *Norme transitorie e processo di riordino*

*Art. 12**Commissariamento delle aree vaste*

1. Il 1° maggio 2015 decadono i comitati di area vasta di cui all'articolo 9, della l.r. 40/2005, e le relative funzioni sono assunte, in ciascuna area vasta, da un commissario di seguito denominato "commissario di area vasta".

2. Il commissario di area vasta, nel rispetto di quanto disposto dagli articoli 3, 4 e 5, ed in attuazione della programmazione regionale, elabora un piano annuale di area vasta, istituisce in via sperimentale i dipartimenti interaziendali di cui all'articolo 6, comma 3, ne nomina i coordinatori sentiti il commissario dell'azienda unità sanitaria locale, di cui all'articolo 13, e il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, e definisce il riassetto delle funzioni e delle attività di area vasta.

3. Il commissario di area vasta è nominato dal Presidente della Giunta regionale, tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 bis, comma 3, del d.lgs. n. 502/1992, ed entra in carica il 1° maggio 2015.

4. Al commissario di area vasta si applicano i commi 4, 5, 6, 7 e 12 dell'articolo 13; i relativi oneri sono posti a carico del fondo sanitario regionale.

5. Il commissario di area vasta si avvale di un nucleo tecnico appositamente costituito, senza oneri aggiuntivi, con personale o attività messi a disposizione dal servizio sanitario regionale.

6. I provvedimenti connessi o conseguenti alle attività del commissario di area vasta sono adottati dalla Regione, su proposta del commissario medesimo.

*Art. 13**Commissariamento delle aziende unità sanitarie locali*

1. Il 1° luglio 2015 decadono i direttori generali, i direttori amministrativi, i direttori sanitari, i direttori dei servizi sociali delle aziende unità sanitarie locali incluse in ciascun ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 1. Restano in carica gli altri organi aziendali e i titolari degli ulteriori incarichi di carattere gestionale la cui durata è connessa all'incarico del direttore generale.

2. Le aziende unità sanitarie locali incluse in ciascun ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 1 sono rette da un unico commissario, di seguito denominato "commissario dell'azienda unità sanitaria locale".

3. I commissari delle aziende unità sanitarie locali sono nominati dal Presidente della Giunta regionale tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 bis, comma 3, del d.lgs. n. 502/1992, sentite le conferenze dei sindaci di area vasta ed entrano in carica il 1° luglio 2015.

4. Gli oneri derivanti dall'attività commissariale, compresi quelli derivanti da contenzioso a qualsiasi titolo insorgente, sono a carico delle aziende cui il commissario è preposto. L'atto di nomina individua l'azienda che provvede direttamente alle spese, compresi l'indennità e i rimborsi spettanti al commissario, e definisce i criteri di ripartizione delle stesse tra le aziende cui il commissario è preposto.

5. L'incarico di commissario dell'azienda unità sanitaria locale comporta l'esercizio delle pubbliche funzioni previste dalla presente legge. Al commissario spetta un'indennità forfetaria, unica per il complesso delle funzioni commissariali che è tenuto a esercitare verso le aziende sanitarie cui è preposto, stabilita nell'atto di nomina. L'indennità non può superare il trattamento economico lordo previsto per un direttore generale di azienda sanitaria, commisurato al periodo di svolgimento dell'incarico, ed è erogata per mensilità. Al commissario spetta altresì il rimborso delle spese sostenute, nella misura prevista per il direttore generale di azienda sanitaria.

6. La nomina a commissario dell'azienda unità sanitaria locale dei dipendenti della Regione, di un ente o di un'azienda regionale, ovvero di un'azienda sanitaria con sede nel territorio regionale, determina il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza, nonché dell'anzianità di servizio, ed i relativi oneri contributivi, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito, sono ripartiti tra le aziende secondo quanto previsto al comma 4. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta.

7. Il commissario dell'azienda unità sanitaria locale è revocato qualora sia accertato il venir meno dei requisiti e delle condizioni per la nomina. Può essere altresì revocato in ogni tempo dall'incarico per inadempienze o gravi irregolarità nell'attuazione del mandato commissariale, e comunque in tutti i casi in cui è prevista la revoca del direttore generale di azienda sanitaria. Il provvedimento di revoca è disposto con decreto del Presidente della Giunta regionale.

8. Il Presidente della Giunta regionale nomina presso ogni azienda unità sanitaria locale un vicecommissario, in possesso dei requisiti per la nomina a direttore generale, direttore amministrativo o direttore sanitario, di cui agli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992. La nomina del vicecommissario è effettuata previo confronto con la conferenza aziendale dei sindaci.

9. Il trattamento economico del vicecommissario è posto a carico del bilancio aziendale, è determinato

nell'atto di nomina e non può superare la misura dell'80 per cento di quello previsto per i direttori generali delle aziende sanitarie.

10. La nomina a vicecommissario dei dipendenti della Regione, di un ente o di un'azienda regionale, ovvero di un'azienda sanitaria con sede nel territorio regionale, determina il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza, nonché dell'anzianità di servizio, ed i relativi oneri contributivi, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito, sono posti a carico del bilancio aziendale. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta.

11. Il vicecommissario, per l'espletamento delle sue funzioni, nomina uno staff composto da professionisti del servizio sanitario regionale e, qualora se ne dimostri la necessità e qualora non si individuino analoghe professionalità all'interno dell'area vasta di riferimento, da non più di un soggetto esterno di comprovata esperienza nell'area interessata, iscritto negli elenchi degli aspiranti al ruolo di direttore sanitario o direttore amministrativo.

12. All'attività commissariale disciplinata dalla presente legge non si applicano le disposizioni della legge regionale 31 ottobre 2001, n. 53 (Disciplina dei commissari nominati dalla Regione).

#### *Art. 14*

##### *Funzioni del commissario dell'azienda unità sanitaria locale*

1. Il commissario esercita per ciascuna azienda unità sanitaria locale cui è preposto, le funzioni attribuite al direttore generale ai sensi della l.r. 40/2005 e della normativa nazionale vigente in materia.

2. In attuazione dei principi e delle linee di indirizzo di cui agli articoli 2, 3, 4 e 5, ed in coerenza con gli atti del commissario di area vasta, il commissario dell'azienda unità sanitaria locale cura il processo di fusione aziendale e il progetto di riorganizzazione dei servizi sanitari, propedeutico alla nascita della nuova azienda, promuovendo interventi di semplificazione dei processi, razionalizzazione delle risorse e riassetto dell'organizzazione del personale.

3. A fini di cui al comma 2, il commissario dell'azienda unità sanitaria locale, nel rispetto delle direttive regionali, impartisce direttive ai vicecommissari per l'espletamento delle analisi organizzative in ciascuna azienda sanitaria, finalizzate all'unitarietà del sistema aziendale. In tale ambito può fare ricorso alle procedure di cui all'articolo 2, commi 11 e seguenti, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nei casi di dichiarazione di eccedenza di personale.

4. Per le attività connesse con gli interventi di revisione della spesa già avviati ed in fase di avvio, il commissario dell'azienda unità sanitaria locale opera in attuazione degli specifici indirizzi regionali, dirigendo e coordinando le attività poste in essere dai vicecommissari per il raggiungimento degli obiettivi prefissati attraverso i bilanci di previsione e gli altri atti di indirizzo regionali adottati a tale fine.

5. Il commissario dell'azienda unità sanitaria locale si avvale di un nucleo tecnico appositamente costituito, senza oneri aggiuntivi, con personale o attività messi a disposizione dal servizio sanitario regionale.

#### *Art. 15*

##### *Funzioni dei vicecommissari*

1. I vicecommissari esercitano le funzioni di gestione ordinaria delle aziende unità sanitarie locali nei limiti della delega loro conferita dal commissario dell'azienda unità sanitaria locale, sulla base degli indirizzi definiti con deliberazione della Giunta regionale. Gli atti di gestione straordinaria possono essere adottati dai vicecommissari se autorizzati dal commissario. L'atto si intende autorizzato se, trascorsi quindici giorni dalla sua comunicazione, il commissario non si esprime negativamente. I vicecommissari attuano gli interventi di revisione della spesa per quanto di competenza.

2. I vicecommissari, sulla base delle direttive del commissario, realizzano un'analisi organizzativa per il conseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 14, commi 2 e 3.

3. I vicecommissari effettuano la ricognizione dei rapporti giuridici attivi e passivi, della consistenza del patrimonio immobiliare e mobiliare e dei rapporti di lavoro in essere. L'atto di ricognizione è sottoposto al parere del collegio sindacale e trasmesso al commissario entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

#### *Art. 16*

##### *Funzioni del direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria nel processo di riordino*

1. In attuazione dei principi e delle linee di indirizzo, di cui agli articoli 2, 3, 4 e 5 ed in coerenza con la programmazione regionale e con gli atti del commissario di area vasta, il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, ferme restando le prerogative dell'azienda medesima, cura l'elaborazione del processo di riorganizzazione aziendale al fine di renderlo coerente con l'organizzazione e la programmazione di area vasta, in particolare in merito all'istituzione dei dipartimenti interaziendali di

area vasta e ai modelli convenzionali che favoriscono l'integrazione tra assistenza, ricerca e didattica.

2. Per le finalità di cui al comma 1 il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria promuove interventi di semplificazione dei processi, razionalizzazione delle risorse e riassetto dell'organizzazione del personale.

3. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria realizza un'analisi organizzativa per il conseguimento degli obiettivi di semplificazione dei processi, razionalizzazione delle risorse e riassetto dell'organizzazione del personale. In tale ambito può fare ricorso alle procedure di cui all'articolo 2, commi 11 e seguenti, del d.l. 95/2012 convertito dalla l. 135/2012, nei casi di dichiarazione di eccedenza di personale.

4. Per le attività connesse con gli interventi di revisione della spesa già avviati ed in fase di avvio, il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria opera in attuazione degli specifici indirizzi regionali per il raggiungimento degli obiettivi prefissati attraverso i bilanci di previsione e gli altri atti di indirizzo regionali adottati a tale fine.

#### *Art. 17*

##### *Ruolo e funzioni degli altri istituti, enti e aziende del servizio sanitario regionale nel processo di riordino*

1. L'azienda ospedaliero-universitaria Meyer partecipa, per quanto di competenza, alle attività dei commissari di area vasta, con la finalità di elaborare una proposta di riorganizzazione nel settore pediatrico ospedaliero a livello regionale.

2. La Fondazione Toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica partecipa, per quanto di competenza, alle attività del commissario dell'area vasta nord-ovest e ai dipartimenti interaziendali della medesima area vasta; per le funzioni di valenza regionale partecipa alle attività dei commissari delle tre aree vaste.

3. Gli istituti, enti ed aziende del servizio sanitario regionale realizzano un'analisi organizzativa per il conseguimento degli obiettivi di semplificazione dei processi, razionalizzazione delle risorse e riassetto dell'organizzazione del personale. In tale ambito possono fare ricorso alle procedure di cui all'articolo 2, commi 11 e seguenti, del d.l. 95/2012, convertito dalla l. 135/2012, nei casi di dichiarazione di eccedenza di personale.

#### *Art. 18*

##### *Processo di riordino del servizio sanitario regionale*

1. La Giunta regionale adotta con deliberazione, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, previa informativa al Consiglio regionale, criteri, direttive e determinazioni per l'attuazione della legge stessa, prevedendo, altresì, tempistica e modalità di partecipazione e concertazione del processo di riordino.

2. La Giunta regionale, entro il 30 settembre 2015, presenta al Consiglio regionale una proposta di legge che disciplina compiutamente il nuovo assetto istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario regionale, con riferimento a tutti gli istituti, enti e aziende del servizio sanitario regionale, nonché agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e alla direzione regionale competente in materia di diritto alla salute.

3. Al fine di garantire la continuità delle attività di governo clinico e nelle more della riorganizzazione complessiva dei relativi organismi, i componenti degli organi del Consiglio sanitario regionale restano in carica sino al novantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore della legge di cui al comma 2.

### **CAPO V**

#### ***Ulteriori misure di intervento per la razionalizzazione e l'efficienza del servizio sanitario regionale***

#### *Art. 19*

##### *Iniziative in tema di sobrietà, eticità ed appropriatezza delle cure*

1. Al fine di promuovere ulteriori processi di efficientamento e razionalizzazione delle risorse, la Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, adotta iniziative volte a garantire sobrietà nei comportamenti prescrittivi, appropriatezza nelle attività di diagnostica e terapia, eticità nelle cure erogate, con particolare riferimento alle cure di fine vita, nonché una sostenibile innovazione tecnologica nell'ambito del servizio sanitario regionale.

2. Le iniziative di cui al comma 1 sono assunte anche attraverso processi di coordinamento degli organismi già deputati a garantire la sicurezza, l'appropriatezza e l'economicità delle cure erogate.

3. La Giunta regionale individua, con deliberazione da adottarsi entro il termine di cui al comma 1, fra i dispositivi medici di fabbricazione continua o di serie finiti, di cui all'elenco n. 1 dell'allegato 1 al

Tutela della salute

l.r. 28/2015

13

---

regolamento emanato con decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332 (Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe), quelli che devono essere acquisiti con procedure pubbliche di acquisto e distribuiti direttamente agli assistiti dalle aziende sanitarie, fatti salvi specifici accordi di livello regionale con la filiera distributiva.

**CAPO VI**  
**Norme finali**

*Art. 20*

*Entrata in vigore*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana.

---

***Allegati***

All1 – Allegato A

Tutela della salute

l.r. 81/2012

1

Legge regionale 27 dicembre 2012, n. 81

**Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla l.r. 51/2009, alla l.r. 40/2005 e alla l.r. 8/2006.**

(Bollettino Ufficiale n. 8, parte prima, del 27.12.2012 )

## PREAMBOLO

Il Consiglio regionale

Visto l'articolo 117, comma terzo, della Costituzione;

Visto l'articolo 4, comma 1, lettera c), dello Statuto;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421);

Visto la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale);

Visto la legge regionale 9 marzo 2006, n. 8 (Norme in materia di requisiti igienico-sanitari delle piscine ad uso natatorio);

Vista la legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento);

Vista la legge regionale 29 dicembre 2010, n. 65 (Legge finanziaria per l'anno 2011);

Vista la legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l'anno 2012);

Visto il parere istituzionale della Prima commissione consiliare espresso nella seduta del 27 novembre 2012;

Visto il parere espresso dal Consiglio delle autonomie locali nella seduta del 4 dicembre 2012;

Considerato quanto segue:

1. Si introducono alcune misure di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria in attuazione di quanto previsto dal d.l. 95/2012;
2. In particolare, si prevede una riduzione dell'importo dei contratti ed accordi che le aziende sanitarie hanno stipulato con i soggetti accreditati all'assistenza sanitaria ospedaliera e all'assistenza specialistica ambulatoriale;
3. Si prevede, inoltre, che lo standard dei posti letto ospedalieri (comprensivo della riabilitazione e della lungodegenza) a carico del servizio sanitario regionale sia di 3,15 posti letto per ogni mille abitanti, assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione tendenziale pari a centoventi ricoveri annui per ogni mille abitanti;
4. Al fine di affinare il processo di razionalizzazione e semplificazione organizzativa del sistema sanitario regionale, avviato con le precedenti leggi finanziarie degli anni 2011 e 2012, è prevista la riorganizzazione complessiva del sistema di emergenza urgenza territoriale ed il

---

riordino dell'assetto complessivo dei dipartimenti di prevenzione;

5. Al fine di assicurare uniformità nelle procedure di riscossione coattiva delle quote di compartecipazione non pagate o corrisposte in misura inferiore al dovuto, sono quantificate le spese amministrative a carico del debitore ed è attribuita alle aziende sanitarie la competenza ad irrogare la sanzione amministrativa prevista dall'articolo 316 ter del codice penale;

6. Si provvede a dare fondamento normativo all'obbligo, già previsto con atto amministrativo, di disdire la prenotazione di una prestazione specialistica o diagnostica-strumentale almeno quarantotto ore prima della data fissata nel caso in cui l'assistito non voglia o non possa presentarsi all'appuntamento. La mancata comunicazione della disdetta nei termini comporta, anche per gli assistiti esenti, l'applicazione di una sanzione pecuniaria pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo della prestazione stabilita per la prestazione sanitaria prenotata e non usufruita;

7. Il regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE), contiene un'articolata disciplina delle funzioni degli organi del procedimento di gara, nonché la previsione, nel caso in cui operino centrali di committenza, della figura del responsabile del procedimento dell'esecuzione dei contratti e del direttore dell'esecuzione. Al fine di armonizzare tale dettato normativo con l'ordinamento del servizio sanitario regionale, che ha attribuito agli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV) funzioni di centrali di committenza ed anche funzioni di supporto tecnico amministrativo, si prevede l'adozione di un regolamento che disciplini l'attività contrattuale degli ESTAV, con particolare riferimento alle figure del responsabile del procedimento e del direttore dell'esecuzione nelle varie fasi degli appalti;

8. Si rende necessario effettuare un primo adeguamento delle previsioni della l.r. 40/2005 in materia di patrimonio e contabilità degli enti del servizio sanitario regionale ai principi contenuti nel titolo II "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario" del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42);

9. In particolare, si rende necessario modificare alcune disposizioni della l.r. 40/2005, introducendo termini certi per l'approvazione dei bilanci aziendali da parte della Giunta regionale e l'obbligo della loro pubblicazione integrale sul sito internet della Regione;

10. Si rende inoltre necessario integrare le disposizioni della l.r. 40/2005 per prevedere un rafforzamento della responsabilità del direttore generale ai fini della salvaguardia dell'equilibrio economico-finanziario dell'azienda sanitaria;

11. Si rende infine necessario disporre una proroga dei termini per l'adeguamento delle piscine ad uso natatorio ai requisiti previsti dalla l.r. 8/2006 e del relativo regolamento di attuazione;

12. Di accogliere le osservazioni contenute nel parere istituzionale della Prima Commissione consiliare;

13. Di non accogliere le condizioni espresse nel parere del Consiglio delle autonomie locali, sia in quanto non rispondenti alle finalità della disposizione relativa alla disdetta della prenotazione, sia in quanto si prevede che la Regione promuova un'adeguata informativa in materia.

Approva la presente legge

### **CAPO I**

#### ***Misure per il contenimento e la razionalizzazione della spesa sanitaria***

---

*Art. 1**Misure di contenimento della spesa per il personale delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale*

1. Gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale adottano misure di riduzione delle spese, in linea con le previsioni già contenute nella legge regionale 29 dicembre 2010, n. 65 (Legge finanziaria per l'anno 2011) e, in particolare, procedono all'adozione di misure per il contenimento della spesa per il personale che, in conformità a quanto sancito dall'articolo 2, comma 71, della legge 3 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2010"), nonché dall'articolo 17, comma 3, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 (Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e fermo restando quanto disposto dall'articolo 2, comma 73, della l. 191/2009, siano idonee a garantire che la spesa stessa non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento.

2. Al fine di cui al comma 1, si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

3. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al comma 2, le spese per il personale sono considerate al netto:

- a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;
- b) per l'anno 2013, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004.

4. Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse, sia per l'anno 2004, sia per l'anno 2013, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

*Art. 2**Misure di contenimento della spesa inerente i contratti ed accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie dai soggetti accreditati*

1. Fermo restando quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nonché dalle disposizioni di cui all'articolo 122, comma 3, della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l'anno 2012), le aziende sanitarie procedono alla rinegoziazione dei contratti e dei singoli accordi, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti accreditati per l'assistenza ospedaliera, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, al fine di pervenire ad una ulteriore riduzione dell'importo fino al 7 per cento.

2. Fermo restando quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 15, comma 14, del d.l. 95/2012, convertito dalla l. 135/2012, le aziende sanitarie procedono alla rinegoziazione dei contratti e dei singoli accordi, per l'acquisto di prestazioni sanitarie dai soggetti accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, al fine di pervenire ad una ulteriore riduzione dell'importo fino al 9 per cento.

3. Per quanto attiene ai contratti e agli accordi di cui al comma 2, la Giunta regionale formula, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, indirizzi alle aziende sanitarie per la definizione di un nuovo rapporto di collaborazione con i soggetti privati accreditati, al fine di garantire una maggiore appropriatezza, accessibilità e sostenibilità economica dei servizi.

*Art. 3**Budget economici per la farmaceutica e i dispositivi medici*

1. Fermi restando i principi di cui all'articolo 14 della l.r. 65/2010 e all'articolo 124 della l.r. 66/2011, tenuto conto delle ulteriori misure adottate di razionalizzazione del settore sia a livello locale che nazionale, e nel rispetto di quanto previsto dalla normativa statale, la Giunta regionale definisce, entro sessanta giorni dall'approvazione della presente legge, l'obiettivo di contenimento della spesa per l'anno 2013 per i farmaci e i dispositivi medici.

*Art. 4**Misure di razionalizzazione della rete ospedaliera*

1. Lo standard dei posti letto ospedalieri per acuti a carico del servizio sanitario regionale, comprensivo della riabilitazione e della lungodegenza, è determinato nella misura di 3,15 posti letto per mille abitanti, assumendo come obiettivo di riferimento un tasso di ospedalizzazione tendenziale pari a centoventi



ricoveri annui per mille abitanti.

2. Per le finalità di cui al comma 1, si procede a una contestuale riorganizzazione dell'offerta dei servizi territoriali alternativi al ricovero ospedaliero.

3. Il piano sanitario e sociale integrato regionale assume come obiettivo per la razionalizzazione della rete ospedaliera lo standard di cui al comma 1, e formula indirizzi alle aziende sanitarie per la pianificazione aziendale attuativa, in conformità a quanto previsto al comma 2, ponendo particolare attenzione ai presidi ospedalieri insulari, montani e a quelli con particolari caratteristiche geografiche e demografiche.

#### Art. 5

##### *Misure di razionalizzazione del sistema di emergenza urgenza territoriale*

1. Le centrali operative territoriali, di cui all'articolo 76 ter, comma 2, della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale), sono organizzate a livello di area vasta.

2. Per le finalità di cui al comma 1, entro l'anno 2013, le aziende sanitarie locali, tramite accordi di area vasta, procedono al superamento dei bacini di utenza delle attuali centrali operative 118 di livello aziendale, individuando, in ciascuna area vasta, la centrale operativa unica 118 fra quelle esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Nell'ambito degli accordi di area vasta previsti al comma 2, si procede alla rivisitazione del sistema territoriale di emergenza urgenza, privilegiando una maggiore flessibilità organizzativa ed operativa del servizio, mediante l'utilizzo di mezzi di soccorso diversificati ed integrabili.

4. La riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza di cui al comma 3, prevede, in particolare, i seguenti interventi:

- a) razionalizzazione della rete dei punti di emergenza sanitaria territoriale presidiati da personale medico ed utilizzo di tale personale nell'ambito del dipartimento di emergenza urgenza;
- b) implementazione delle automediche, quali risposte territoriali in grado di sostituire più postazioni di emergenza sanitaria territoriale medicalizzate;
- c) implementazione della rete delle ambulanze infermieristiche sul territorio;
- d) implementazione della rete di ambulanze abilitate alla defibrillazione precoce sul territorio;
- e) avvio del processo di riassetto dei punti di emergenza sanitaria territoriale;
- f) attivazione di un sistema regionale di monitoraggio dell'attività, senza costi aggiuntivi, in termini di sicurezza, di appropriatezza, di volumi di attività e di efficacia.

5. Gli interventi di cui al comma 4, tengono conto della popolazione residente, delle caratteristiche territoriali, con indici di correzione per le aree montane ed insulari, della distanza chilometrica dai presidi ospedalieri, della viabilità e dei tempi di percorrenza a prescindere dai confini provinciali e regionali.

#### Art. 6

##### *Quote di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie. Attività di controllo e recupero in caso di omesso pagamento*

1. Le aziende sanitarie effettuano i controlli sul corretto pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie e procedono al recupero delle somme indebitamente non corrisposte secondo modalità e procedure uniformi, definite con deliberazione della Giunta regionale.

1 bis. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione rende disponibili alle aziende ed agli enti del servizio sanitario regionale i dati contenuti nel sistema informativo tributario di cui all'articolo 22 della legge regionale 18 febbraio 2005, n. 31 (Norme generali in materia di tributi regionali), nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), e secondo modalità definite con deliberazione della Giunta regionale. (1)

2. Le spese amministrative del procedimento di riscossione, determinate nella misura fissa di euro 5,00, sono poste a carico del debitore.

3. Le aziende sanitarie, nell'ambito della propria competenza, applicano la sanzione amministrativa pecuniaria prevista dall'articolo 316 ter, comma 2, del codice penale, osservando le disposizioni della legge regionale 28 dicembre 2000, n. 81 (Disposizioni in materia di sanzioni amministrative).

#### Art. 7

##### *Prestazioni sanitarie specialistiche e diagnosticostrumentali. Disdetta della prenotazione*

1. Al fine di consentire una più efficiente gestione delle liste di attesa da parte delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale, l'assistito che ha prenotato una prestazione specialistica o diagnosticostrumentale e, non possa o non intenda presentarsi nel giorno e nell'ora fissati, è tenuto a disdire la prenotazione almeno quarantotto ore prima della data fissata.

2. L'assistito, anche se esente, che non si presenta alla data ed all'ora prenotata ed omette di effettuare la disdetta nei termini indicati al comma 1, è tenuto al pagamento di una sanzione amministrativa, pari alla

quota ordinaria di partecipazione al costo della prestazione stabilita per la prestazione sanitaria prenotata e non usufruita. Non è ammesso il pagamento in misura ridotta.

3. La sanzione amministrativa di cui al comma 2, è applicata ai sensi della l.r. 81/2000.

4. La Regione promuove un'adeguata informazione sulle disposizioni previste dal presente articolo.

#### **CAPO II**

#### **Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento)**

##### **Art. 8**

##### **Modifiche all'articolo 42 della l.r. 51/2009**

1. Dopo il comma 3 dell'articolo 42 della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento), è inserito il seguente:

*“3 bis. L'indennità di carica di cui al comma 3, non è dovuta ai membri del gruppo di valutazione che siano dipendenti della Regione, degli enti del servizio sanitario regionale e dei dipendenti delle università che svolgono funzione assistenziale nel servizio sanitario regionale.”.*

2. Dopo il comma 8 dell'articolo 42 della l.r. 51/2009 è inserito il seguente:

*“8 bis. L'indennità di presenza di cui al comma 8, non è dovuta ai membri del gruppo di valutazione che sono dipendenti della Regione, degli enti del servizio sanitario regionale e dei dipendenti delle università che svolgono funzione assistenziale nel servizio sanitario regionale.”.*

##### **Art. 9**

##### **Modifiche all'articolo 50 della l.r. 51/2009**

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 50 della l.r. 51/2009 è inserito il seguente:

*“2 bis. Per le unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti, nelle more dell'approvazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, la Giunta regionale provvede a definire le modalità della verifica di compatibilità di cui all'articolo 2, applicando il criterio della distanza minima da qualsiasi struttura di medicina trasfusionale non inferiore a dieci chilometri.”.*

#### **CAPO III**

#### **Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale)**

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

##### **Sostituzione dell'articolo 67 della l.r. 40/2005**

1. L'articolo 67 della l.r. 40/2005 è così sostituito:

*“Art. 67 - Dipartimento della prevenzione*

*1. In ciascuna azienda unità sanitaria locale il dipartimento della prevenzione è la struttura preposta alla tutela della salute collettiva; il dipartimento, mediante azioni volte ad individuare e prevenire i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, anche attraverso attività di sorveglianza epidemiologica, persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità degli stili di vita.*

*2. Il dipartimento della prevenzione si articola nelle seguenti unità funzionali, a valenza aziendale:*

- a) igiene pubblica e della nutrizione;*
- b) sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;*
- c) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;*
- d) medicina dello sport.*

*3. Il direttore del dipartimento della prevenzione è nominato dal direttore generale su proposta del direttore sanitario. Il direttore del dipartimento negozia con la direzione aziendale il budget complessivo del dipartimento della prevenzione e coadiuva la direzione aziendale nella programmazione delle attività per quanto di propria competenza, svolgendo in particolare i seguenti compiti:*

- a) promuove lo sviluppo di progetti di collaborazione in ambito regionale con i dipartimenti delle altre aziende, con la finalità di creare una rete regionale delle attività di prevenzione;*
- b) promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori e quelli di comunicazione istituzionale;*
- c) concorre per quanto di competenza alla definizione dei programmi di educazione alla salute;*

d) individua strumenti specifici per il controllo di gestione e per la verifica della qualità delle prestazioni in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale;

e) coordina le attività al fine di assicurare che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio dell'azienda;

f) assicura l'attuazione uniforme sul territorio aziendale degli indirizzi contenuti nella programmazione regionale;

g) garantisce forme coordinate di raccordo con le strutture territoriali dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (ARPAT) e con le strutture territoriali dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana.

4. Il responsabile di unità funzionale partecipa al comitato direttivo di cui al comma 5, coadiuvando, per quanto di propria competenza, il direttore di dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni; assicura l'attuazione degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale per l'ambito di competenza, è responsabile dell'applicazione delle prescrizioni normative di livello regionale, nazionale e internazionale; assicura altresì l'omogeneità sul territorio aziendale delle attività di propria competenza, attraverso la predisposizione di appositi protocolli operativi.

5. Presso il centro direzionale è costituito un comitato direttivo del dipartimento che assiste la direzione aziendale nella funzione di pianificazione strategica; il comitato direttivo è presieduto dal direttore del dipartimento ed è costituito dai responsabili delle unità funzionali; allo scopo di garantire il contributo delle varie professionalità presenti nel dipartimento il direttore generale, su proposta del direttore del dipartimento, individua ulteriori componenti del comitato direttivo di dipartimento. Nelle aziende unità sanitarie locali ove è presente un centro regionale specialistico di laboratorio appartenente alla struttura unica regionale dei laboratori di sanità pubblica, il direttore del centro laboratoristico fa parte del comitato direttivo del dipartimento di prevenzione.

6. La Giunta regionale, attraverso la competente direzione generale, assicura il coordinamento e l'indirizzamento delle attività di prevenzione svolte dai dipartimenti di prevenzione, promuovendo la qualità, l'omogeneità e lo sviluppo a rete dei servizi di prevenzione collettiva, anche attraverso l'elaborazione di piani di rilevanza interaziendale e regionale, e favorendo la partecipazione ed il confronto con le parti sociali sugli atti di programmazione e di valutazione dell'attività dei dipartimenti.

7. È istituito presso la competente direzione generale della Giunta regionale un comitato tecnico, nominato dal direttore generale della medesima direzione e presieduto dal responsabile della competente struttura della direzione generale regionale. Al comitato tecnico partecipano i direttori dei dipartimenti della prevenzione delle aziende unità sanitarie locali ed i responsabili dei pertinenti settori della direzione generale regionale e il direttore della struttura regionale unica dei laboratori di sanità pubblica. Il comitato tecnico supporta la Giunta regionale per le attività di cui al comma 6.

8. I dipartimenti della prevenzione possono svolgere in forma associata talune prestazioni, secondo le modalità definite dai comitati di area vasta, sentito il comitato tecnico di cui al comma 7. In particolare ai dipartimenti, eventualmente su scala sovraaziendale, viene ricondotta la funzione di sorveglianza epidemiologica.

9. Il piano sanitario e sociale integrato regionale promuove la sperimentazione di modelli organizzativi sovraaziendali su obiettivi specifici.

10. Le attività di carattere analitico inerenti la prevenzione collettiva sono svolte dalla struttura organizzativa denominata "laboratorio unico regionale di sanità pubblica" che si articola per sede unica o sede di area vasta.

11. Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica esercita tutte le funzioni amministrative e gestionali relative alle attività dei laboratori. La Giunta regionale disciplina, con apposito atto, criteri e modalità per il trasferimento delle risorse finanziarie e strumentali nonché per l'assegnazione del personale al laboratorio unico regionale di sanità pubblica.

12. Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica si raccorda funzionalmente con le strutture di laboratorio dell'ARPAT e dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana, costituendo una rete integrata regionale dei laboratori per lo svolgimento di attività tendenzialmente esclusive tra i vari laboratori per l'intero territorio regionale.

13. La Giunta Regionale definisce le modalità operative della rete, anche attraverso specifici accordi con i soggetti che ne fanno parte."

#### Art. 11

##### Modifiche all'articolo 101 della l.r. 40/2005

1. Dopo il comma 1 bis dell'articolo 101 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

"1 ter. La Giunta regionale, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 274 del decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207 (Regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, recante "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in

attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”), nonché in conformità alla l.r. 38/2007, disciplina con regolamento l’esercizio dell’attività contrattuale degli ESTAV quali centrali di committenza del sistema sanitario regionale, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

- a) requisiti di professionalità e modalità di nomina del responsabile unico del procedimento e del direttore dell’esecuzione, anche in relazione ai rapporti organizzativi tra gli ESTAV e le aziende sanitarie, al fine di garantire la razionalizzazione delle attività amministrative connesse alle funzioni tecniche trasferite e l’ottimale impiego delle risorse nell’ambito del sistema sanitario regionale;
- b) funzioni di competenza del responsabile unico del procedimento e del responsabile del procedimento per la fase di esecuzione dei contratti, anche per le finalità di cui alla lettera a);
- c) modalità di esecuzione e competenze in relazione agli adempimenti di comunicazione all’Osservatorio regionale sui contratti pubblici di cui all’articolo 8 della l.r. 38/2007.”.

#### Art. 12

##### Sostituzione dell’articolo 121 della l.r. 40/2005

1. L’articolo 121 della l.r. 40/2005 è così sostituito:

“Art. 121 - Bilancio preventivo economico annuale.

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

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

3. Il bilancio preventivo economico annuale è composto:

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

4. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato:

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

5. Le aziende sanitarie possono contrarre obbligazioni giuridiche, nel corso dell’esercizio, nel limite complessivo di tutti i costi relativi alle stesse iscritti nel bilancio preventivo economico annuale.

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

7. Il direttore generale può utilizzare risorse correnti per la realizzazione di investimenti nel limite tassativo previsto nel piano annuale degli investimenti di cui al comma 3, lettera c).

8. Il mancato rispetto dei vincoli di cui ai commi 5, 6, e 7, costituisce elemento negativo ai fini della valutazione del direttore generale ai sensi dell’articolo 37, comma 7 bis, e può costituire grave motivo ai sensi dell’articolo 3 bis, comma 7, del d.lgs. 502/1992, valutabile ai fini della decadenza del direttore stesso.”.

#### Art. 13

##### Inserimento dell’articolo 121 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l’articolo 121 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art.121 bis - Monitoraggio sull’andamento economico delle gestioni aziendali

1. Per la salvaguardia dell’equilibrio economico complessivo del sistema sanitario regionale, la Regione effettua trimestralmente, attraverso i modelli CE regolarmente inviati dalle aziende tramite il sistema informativo regionale, il monitoraggio sull’andamento delle gestioni aziendali nel corso dell’esercizio e sul

---

*rispetto dei vincoli di cui all'articolo 121, commi 5, 6 e 7."*

**Art. 14**

**Sostituzione dell'articolo 123 della l.r. 40/2005**

1. L'articolo 123 della l.r. 40/2005 è così sostituito:

*"Art. 123 - Procedimento di adozione degli atti di bilancio*

*1. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, entro il 15 novembre, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, con allegata relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre alla Giunta regionale ed alla conferenza aziendale dei sindaci; la conferenza aziendale dei sindaci, nei venti giorni successivi, rimette le proprie osservazioni alla Giunta regionale; la Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.*

*2. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, entro il 15 novembre di ogni anno, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, alla Giunta regionale con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre di ogni anno; la Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.*

*3. Entro il 15 aprile di ogni anno, i direttori generali delle aziende sanitarie adottano il bilancio di esercizio e lo trasmettono, con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 aprile, alla Giunta regionale che lo approva entro il 31 maggio; nel caso delle aziende unità sanitarie locali, il bilancio è trasmesso anche alla conferenza aziendale dei sindaci che rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale.*

*4. I bilanci di cui ai commi 1, 2 e 3, sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione entro sessanta giorni dalla data della loro approvazione.*

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

**CAPO IV**

**Modifiche alla legge regionale 9 marzo 2006, n. 8 (Norme in materia di requisiti igienico-sanitari delle piscine ad uso natatorio)**

**Art. 15**

**Modifiche all'articolo 19 della l.r. 8/2006**

1. Il comma 1 dell'articolo 19 della legge regionale 9 marzo 2006, n. 8 (Norme in materia di requisiti igienico-sanitari delle piscine ad uso natatorio), è sostituito dal seguente:

*"1. Le piscine in esercizio alla data di entrata in vigore del regolamento regionale di cui all'articolo 5, si adeguano alle disposizioni della presente legge e del regolamento regionale entro il termine del 20 marzo 2014."*

**CAPO V**

**Disposizioni finali**

**Art. 16**

**Norma transitoria**

1. Fino alle determinazioni da parte del piano sanitario e sociale integrato regionale, la struttura organizzativa competente in materia di medicina legale è collocata nello staff della direzione aziendale.

---

**Note**

I. Comma inserito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 40.