

**Proposta di legge n. 396**  
**Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale**

Sommario

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 Governance 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 e 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 L. 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 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 governance 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 la 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.

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;
  - d) valorizzazione delle risorse umane, 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;
  - j) eticità e sobrietà nell'uso delle risorse;
  - k) **salvaguardia e valorizzazione delle eccellenze presenti sul territorio;**
  - l) promozione della ricerca e dell'innovazione in tutti gli ambiti organizzativi e professionali;
  - m) valorizzazione dell'organizzazione dell'assistenza per processi e della multidisciplinarietà nelle cure;
  - n) 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 della governance 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;
  - j) 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;**
  - k) partecipazione di tutti gli operatori del servizio sanitario regionale al processo di riordino, valorizzazione delle risorse umane e sviluppo delle competenze;
  - l) **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;**
  - m) 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 é 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 L. 23 ottobre 1992, n. 421).
5. Il trattamento economico lordo del direttore **per la programmazione** di area vasta é 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 per 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, 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 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 ospedaliera-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 ospedaliera-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 ospedaliera-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;
- j) 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;
  - j) dipartimento interaziendale di area vasta per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie oncologiche;
  - k) **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 1 alla 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 1, sulla base della normativa nazionale vigente, della evoluzione scientifica e dell'epidemiologia dei bisogni.

#### Art. 7

##### Zona-distretto

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 le 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) 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 Pistoia e 11 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**

##### **Governance 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 da un commissario in ciascuna area vasta, 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 le 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; 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; 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, da non più di un soggetto esterno di comprovata esperienza nell'area interessata, tutti iscritti 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 della presente legge 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 della presente legge 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 presenta al Consiglio regionale entro il 30 settembre 2015 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 decreto ministeriale 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 sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione toscana**



**Allegato 1**

<b>Funzione operativa</b>	<b>Struttura organizzativa</b>	<b>Dipartimento interaziendale di Area Vasta</b>
Allergologia ed immunologia clinica	Allergologia ed immunologia	Specialità mediche
Analisi chimico cliniche	Analisi chimico cliniche	Medicina diagnostica di laboratorio
Anatomia, istologia patologica e citodiagnostica	Anatomia patologica	Medicina diagnostica di laboratorio
Andrologia	Andrologia	Specialità mediche
Anestesia, rianimazione, terapia intensiva polifunzionale, terapia del dolore e ossigenoterapia iperbarica	Anestesia e rianimazione	Medicina per intensità di cura ospedaliera
Angiologia	Angiologia	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari
Assistenza infermieristica e attività di supporto all'assistenza in ambito ospedaliero	Assistenza infermieristica ospedaliera	Presenti in tutti i Dipartimenti interaziendali di AV
<b>Assistenza ostetrica anche in ambito territoriale</b>	<b>Ostetricia professionale</b>	<b>Materno infantile e della salute in età evolutiva</b>
Biochimica clinica endocrinologica e tossicologica	Biochimica clinica	Medicina diagnostica di laboratorio
Biostatistica e sicurezza di qualità in laboratorio	Biostatistica e sicurezza di qualità in laboratorio	Medicina diagnostica di laboratorio
Cardiochirurgia	Cardiochirurgia	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari
Cardiochirurgia pediatrica	Cardiochirurgia pediatrica	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari/ <b>Materno infantile e della salute in età evolutiva</b>
Cardiologia invasiva diagnostica e terapeutica	Cardiologia	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari
Cardiologia pediatrica	Cardiologia pediatrica	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari/ <b>Materno infantile e della salute in età evolutiva</b>
Cardiologia, U.T.I.C., riabilitazione cardiologica	Cardiologia	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari
Chirurgia generale	Chirurgia generale	Chirurgia generale e d'urgenza
Chirurgia maxillo facciale	Chirurgia maxillo facciale	Specialità chirurgiche
Chirurgia pediatrica	Chirurgia pediatrica	Specialità chirurgiche/

		<b>Materno infantile e della salute in età evolutiva</b>
Chirurgia plastica	Chirurgia plastica	Specialità chirurgiche
Chirurgia toracica	Chirurgia toracica	Specialità chirurgiche
Chirurgia vascolare	Chirurgia vascolare	Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari
Dermatologia	Dermatologia	Specialità mediche/Specialità chirurgica
Diabetologia	Diabetologia	Specialità mediche
Diabetologia pediatrica	Diabetologia pediatrica	Specialità mediche/ <b>Materno infantile e della salute in età evolutiva</b>
Diagnostica professionale di laboratorio	Diagnostica professionale di laboratorio	Medicina diagnostica di laboratorio
Diagnostica professionale per immagini	Diagnostica professionale per immagini	Medicina diagnostica per immagini
Dietetica e nutrizione clinica	Dietetica medica	Specialità mediche
Dietetica professionale anche in ambito extraospedaliero	Dietetica	Specialità mediche
Ematologia ed ematologia dei trapianti	Ematologia	Prevenzione, diagnosi e cura della malattia oncologica
Endocrinologia	Endocrinologia	Specialità mediche
Gastroenterologia	Gastroenterologia	Specialità mediche/ Specialità chirurgiche
Genetica medica	Genetica medica	Specialità mediche
Genetica medica pediatrica	Genetica medica pediatrica	Specialità mediche/ <b>Materno infantile e della salute in età evolutiva</b>
Geriatrica anche in ambito extraospedaliero	Geriatrica	Medico per intensità di cure ospedaliere
Grandi ustioni	Grandi ustioni	Emergenza urgenza
Grandi ustioni pediatriche	Grandi ustioni pediatriche	Emergenza urgenza/ <b>Materno infantile e della salute in età evolutiva</b>
Immunologia e allergologia	Laboratorio di immunologia e allergologia	Medicina diagnostica di laboratorio
Laboratorio di citogenetica e citobiologia ematologica	Citogenetica	Medicina diagnostica di laboratorio
Laboratorio di ematologia e coagulazione	Ematologia e coagulazione	Medicina diagnostica di laboratorio
Laboratorio di virologia e sierologia	Virologia	Medicina diagnostica di laboratorio
Laboratorio immunogenetica e biologia trapianti	Immunogenetica e biologia trapianti	Medicina diagnostica di laboratorio

Malattie infettive	Malattie infettive	Specialità mediche /Medico per intensità di cura ospedaliera
Malattie infettive pediatriche	Malattie infettive pediatriche	Specialità mediche /Medico per intensità di cura ospedaliera/ <b>Materno infantile e della salute in età evolutiva</b>
Medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza	Medicina di emergenza-urgenza	Emergenza urgenza
Medicina fisica e riabilitazione, anche in ambito territoriale	Recupero e rieducazione funzionale	Presente in tutti i Dipartimenti interaziendali di AV
Medicina generale	Medicina generale	Medico per intensità di cure ospedaliere
Medicina nucleare	Medicina nucleare	Medicina diagnostica per immagini
Microbiologia sierologica	Microbiologia	Medicina diagnostica di laboratorio
Microchirurgia ricostruttiva della mano	Microchirurgia ricostruttiva della mano	Specialità chirurgiche
Nefrologia dei trapianti	Nefrologia	Specialità mediche/ Specialità chirurgiche
Nefrologia e dialisi	Nefrologia	Specialità mediche/ Medico per intensità di cura ospedaliera
Nefrologia pediatrica	Nefrologia pediatrica	Specialità mediche/ <b>Materno infantile e della salute in età evolutiva</b>
Neurochirurgia e neurotraumatologia	Neurochirurgia	Specialità chirurgiche/ <b>Prevenzione, diagnosi e cura della malattia neurologica</b>
Neurochirurgia pediatrica	Neurochirurgia pediatrica	Specialità chirurgiche/ <b>Materno infantile e della salute in età evolutiva/ Prevenzione, diagnosi e cura della malattia neurologica</b>
Neurologia, neurofisiopatologia e riabilitazione neurologica	Neurologia	Medicina per intensità di cura ospedaliera/ <b>Prevenzione, diagnosi e cura della malattia neurologica</b>
Neuropsichiatria infantile	Neuropsichiatria infantile	<b>Prevenzione, diagnosi e cura della malattia neurologica/ Materno infantile e della salute in età evolutiva</b>

Neuroradiologia	Neuroradiologia	Medicina diagnostica per immagini/ <b>Prevenzione, diagnosi e cura della malattia neurologica</b>
Neuroriabilitazione	Neuroriabilitazione	Medico per intensità di cure ospedaliere/ <b>Prevenzione, diagnosi e cura della malattia neurologica</b>
Oculistica	Oculistica	Specialità chirurgiche
Odontostomatologia	Odontostomatologia	Specialità chirurgiche
Oncoematologia pediatrica e dei trapianti	Oncoematologia pediatrica	Prevenzione, diagnosi e cura della malattia oncologica/ <b>Materno infantile e della salute in età evolutiva</b>
Oncologia medica	Oncologia medica	Prevenzione, diagnosi e cura della malattia oncologica
Ortopedia e traumatologia, compresa riabilitazione ortopedica	Ortopedia	Specialità chirurgiche

## Proposta di legge

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

#### Relazione illustrativa

Scopo della proposta di legge è quello di avviare un processo di riorganizzazione degli assetti del servizio sanitario regionale.

Nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa statale tale processo si attua attraverso l'accorpamento delle attuali dodici aziende unità sanitarie locali in tre aziende USL, una per ciascuna area vasta (azienda USL Toscana Centro, azienda USL Toscana Nord Ovest, azienda USL Toscana Sud Est).

Al contempo la presente proposta di legge prevede un forte rafforzamento del ruolo dell'area vasta, quale sede di attuazione della programmazione strategica regionale.

Il testo si articola in sei capi.

Il capo I si compone di due articoli che essenzialmente evidenziano i principi che stanno alla base della revisione dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale.

Il capo II (articoli 3, 4, 5, 6, 7 e 8) contiene alcune norme di carattere generale relative al nuovo e rafforzato ruolo attribuito all'area vasta nonché alla zona-distretto.

L'articolo 3 contiene le linee di indirizzo su cui si basa il processo di riordino, tra cui si evidenzia la necessità di valorizzare, anche attraverso modelli convenzionali tra l'azienda unità sanitaria locale e l'azienda ospedaliero-universitaria, la formazione, la didattica e la ricerca, nei diversi ambiti delle attività aziendali ed il ruolo fondamentale dei dipartimenti interaziendali di area vasta, quale modello di programmazione coordinata.

L'articolo 4 è interamente dedicato alla programmazione di area vasta, che assume un ruolo fondamentale per garantire l'omogeneità dei modelli organizzativi regionali.

Il nuovo ruolo attribuito alla programmazione di area vasta verrà compiutamente disciplinato nella proposta di legge che la Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 18 della presente proposta, dovrà presentare al Consiglio regionale entro il 30 settembre 2015.

In particolare, la norma prevede che, a regime, presso ciascuna area vasta venga nominato un direttore, che si occupi, tra le altre cose, della programmazione operativa di area vasta, e che sia costituito un comitato operativo composto dai direttori generali delle aziende sanitarie afferenti all'area vasta e dal direttore generale dell'ESTAR.

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

L'articolo 5 conferma il ruolo del dipartimento aziendale quale strumento organizzativo delle aziende unità sanitarie locali.

Il dipartimento aziendale sarà compiutamente disciplinato nella proposta di legge di cui all'articolo 18.

L'articolo 6 disciplina i dipartimenti interaziendali di area vasta, stabilendo che questi rappresentano lo strumento organizzativo di riferimento per la programmazione di area vasta allo scopo di garantire, tra le altre cose, l'omogeneità territoriale dei servizi, la qualità e l'appropriatezza delle cure, nonché un miglior utilizzo e valorizzazione delle risorse.

Il dipartimento interaziendale è dotato di un'assemblea e di un coordinatore.

Anche in questo caso per la disciplina completa si rinvia alla proposta di legge di cui all'articolo 18.

L'articolo 6, comunque, al fine di dare operatività alla programmazione di area vasta anche in questa fase di riordino, individua alcuni dipartimenti che ne rappresentano il livello minimo che saranno istituiti con finalità sperimentali.

Infine, la norma prevede che il direttore per la programmazione di area vasta costituisca un comitato dei dipartimenti interaziendali, con la finalità di contribuire alla formulazione delle linee di indirizzo per la programmazione annuale di area vasta.

L'articolo 7 conferma la zona-distretto quale ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti le reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate .



• L'articolo 8 prevede che dal 1° gennaio 2016 siano istituite tre aziende USL, una per ciascuna delle aree vaste, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia imprenditoriale.

Il capo III (articoli, 9, 10, 11) interviene sul modello di governance istituzionale multilivello e in particolare stabilisce linee di indirizzo finalizzate a ridefinire la composizione e le funzioni della conferenza dei sindaci e delle conferenze zonali.

Il capo IV (articoli 12,13,14, 15, 16, 17 e 18) contiene le norme transitorie necessarie a garantire il passaggio dalle attuali dodici aziende unità sanitarie locali a tre aziende USL

L'articolo 12 prevede, dal 1° maggio 2015, la decadenza dei comitati area vasta di cui all'articolo 9 della l.r. 40/2005, stabilendo, al contempo, che le relative funzioni siano esercitate in via transitoria da un commissario per ciascuna area vasta.

Il commissario di area vasta ha il compito di elaborare un piano annuale di area vasta, di istituire in via sperimentale i dipartimenti interaziendali individuati dalla proposta di legge, nominandone i coordinatori, e di definire il riassetto delle funzioni di area vasta.

Il commissario di area vasta viene nominato con decreto del Presidente della Giunta regionale, sentita la conferenza dei sindaci di area vasta e sentito il Rettore dell'Università che insiste nell'area vasta.

L'articolo 13 prevede, a far data dal 1° luglio 2015, la decadenza degli attuali direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, dei direttori amministrativi, dei direttori sanitari e dei direttori dei servizi sociali. Restano in carica gli altri organi delle aziende interessate.

Contestualmente alla decadenza dei direttori generali, prevede che le aziende USL incluse in ciascun ambito territoriale aziendale di cui all' articolo 8 comma 1 siano rette da un unico Commissario. L'articolo 13 disciplina, inoltre, le modalità di nomina ed il trattamento economico del commissario, stabilendo che tutti gli oneri derivanti dall'attività commissariale, compresi quelli derivanti da eventuale contenzioso, sono a carico dell'azienda USL cui il commissario è preposto.

Il Presidente della Giunta regionale nomina presso ogni azienda sanitaria un vicecommissario, il cui trattamento economico non può superare l'80 % di quello previsto per i direttori generali.

Il vicecommissario, per lo svolgimento delle sue funzioni, si avvale di uno staff composto da professionisti del servizio sanitario regionale e, ove se ne ravvisi la necessità, da un

soggetto esterno di comprovata esperienza nell'area interessata, tutti iscritti negli elenchi regionali degli aspiranti alla nomina di direttore sanitario o direttore amministrativo.

L'articolo 14 stabilisce che il commissario dell'azienda USL è titolare delle funzioni del direttore generale previste dalla l.r. 40/2005 e dal d.lgs. 502/1992.

Il commissario dell'azienda USL, in coerenza con gli atti del commissario di area vasta, gestisce il processo di fusione delle aziende USL ed il progetto di riordino complessivo dei servizi sanitari regionale, impartendo direttive al vicecommissario per l'espletamento dell'analisi organizzativa in ciascuna azienda unità sanitaria locale, finalizzata ad assicurare unitarietà del sistema aziendale.

Per gli interventi di revisione della spesa già avviati o in fase di avvio il commissario opera sulla base di direttive regionali.

L'articolo 15 disciplina le funzioni del vicecommissario, che si occupa della gestione ordinaria delle aziende USL, nei limiti della delega conferita dal commissario e sulla base di indirizzi stabiliti con deliberazione di Giunta regionale; provvede inoltre alla gestione straordinaria, quest'ultima solo se autorizzata dal commissario.

Inoltre, il vicecommissario deve effettuare una ricognizione di tutti i rapporti, attivi e passivi, dell'azienda di riferimento, del patrimonio immobiliare e mobiliare e dei rapporti di lavoro in essere.

Il vicecommissario trasmette l'atto di ricognizione al collegio sindacale per l'espressione del parere e successivamente al commissario.

L'articolo 16 stabilisce che il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, nel rispetto della programmazione regionale e degli atti del commissario di area vasta, debba curare l'elaborazione del processo di riorganizzazione aziendale, rendendolo coerente con l'organizzazione e la programmazione di area vasta, con particolare riferimento all'istituzione dei dipartimenti interaziendali di area vasta.

L'articolo 17 disciplina il ruolo dell'azienda ospedaliero-universitaria Meyer, della Fondazione Gabriele Monasterio e degli altri enti e aziende del servizio sanitario nel processo di riordino.

L'articolo 18, per quanto attiene alla gestione del processo di riordino, rinvia ad una deliberazione della Giunta regionale che stabilisca criteri e direttive per dare attuazione

alla presente legge, ponendo particolare attenzione alla tempistica ed alle modalità di partecipazione e concertazione.

La disposizione prevede inoltre che la Giunta regionale, entro il 30 settembre 2015, presenti al Consiglio regionale una proposta di legge, contenente la disciplina completa del nuovo assetto istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario regionale.

Il Capo V (articolo 19) contiene ulteriori misure di razionalizzazione del servizio sanitario regionale.

L'articolo 19 rinvia alla Giunta regionale la determinazione di ulteriori misure per garantire sobrietà nelle prescrizioni, appropriatezza nell'attività diagnostica ed eticità nelle cure erogate.

Inoltre, la Giunta regionale ha il compito di individuare con propria deliberazione i dispositivi medici di fabbricazione continua o di serie finiti, compresi nell'allegato 1 del D.M. 332/1999, che devono essere acquistati attraverso procedure di evidenza pubblica e distribuiti agli assistiti dalle sanitarie.

Il Capo VI (articolo 20)

Prevede che la legge entri in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul BURT.





Prot. n. 2178 /2.6

Firenze 30 gennaio 2015

Oggetto: **proposta di Legge n° 396**

- Al Presidente del Consiglio regionale
- Al Presidente della 4 Commissione

e.p.c.

- Al Segretario generale del Consiglio regionale
- Al Direttore della Direzione Area 1 - Assistenza legislativa, giuridica e istituzionale
- Al Dirigente del settore assistenza al procedimento degli atti consiliari e ai lavori d'aula
- Ai Consiglieri regionali

S E D E

Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale

**IN SEDE: PARERE ISTITUZIONALE OBBLIGATORIO (ex art. 42)**

Seduta del 29 gennaio 2015

**PARERE FAVOREVOLE**

**ALL'UNANIMITA'**

Consiglieri	Delega	Presente	Favorevole	Contrario	Astenuto
1. Marco MANNESCHI (TCR)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ivan FERRUCCI (PD)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Marco SPINELLI (PD)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pieraldo CIUCCHI (Gruppo Misto)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alessandro ANTICHI (FI)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alberto MAGNOLFI (Ncd)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gabriele CHIURLI (Gruppo Misto)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note e Osservazioni:

La Commissione, all'esito dell'esame dell'atto sotto il profilo di propria competenza, ha espresso parere favorevole.

**LA DIRIGENTE**

(*Maria Cecilia Tassetto*)



Firenze, 23 febbraio 2015

Prot. 4144/2.6

- Al Presidente del Consiglio regionale
- Al Presidente della Commissione 4°
- e p. c. - Al Presidente della Giunta regionale
- All'Assessore proponente
- Al Dirigente responsabile
- Al Segretario generale del Consiglio regionale
- Al Direttore dell'Area di Assistenza legislativa, giuridica e istituzionale

Seduta del 20 febbraio 2015

Proposta di legge n. 396 "Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale".

	favorevole	favorevole con raccomandazioni	favorevole con condizioni	contrario	contrario con raccomandazioni
PARERE OBBLIGATORIO		X			
OSSERVAZIONI FACOLTATIVE					

All'unanimità

X

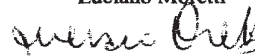
A maggioranza

A maggioranza con motivazioni contrarie

di una componente istituzionale (art. 12 co. 4 Reg. CdAL)

NOTE: Allegato parere

D'ordine del Presidente  
Luciano Moretti







**Proposta di legge n. 396 “Disposizioni urgenti per il riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale”.**

*Proponente: Giunta regionale – assessore Marroni*

**PARERE OBBLIGATORIO**

## **IL CONSIGLIO DELLE AUTONOMIE LOCALI**

Seduta del 20 febbraio 2015

### **Visti**

- l’art. 66 dello statuto regionale;
- la l.r. 36/2000 recante “Nuova disciplina del Consiglio delle autonomie locali”;
- il regolamento interno del Consiglio regionale;
- il regolamento interno del Consiglio delle autonomie locali;

### **Considerato che**

la proposta di legge in esame si propone di avviare un processo di riorganizzazione degli assetti del servizio sanitario regionale e che tale processo si attua attraverso l'accorpamento delle attuali dodici aziende unità sanitarie locali in tre aziende USL, una per ciascuna area vasta:

- 1) azienda USL Toscana Centro, istituita mediante la fusione delle aziende USL 10 di Firenze, USL 4 di Prato, USL 3 Pistoia e USL 11 Empoli;
- 2) azienda USL Toscana Nord-Ovest; istituita mediante la fusione delle aziende USL 2 di Lucca, USL 1 di Massa e Carrara, USL 12 Versilia, USL 5 di Pisa e USL 6 Livorno;
- 3) azienda USL Toscana Sud-Est istituita mediante la fusione delle aziende USL 7 di Siena, USL 8 di Arezzo e USL 9 di Grosseto;

la presente proposta di legge prevede, al contempo, un forte rafforzamento del ruolo dell'area vasta, quale sede di attuazione della programmazione strategica regionale;

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 che tale obiettivo è subordinato alla modifica del quadro normativo nazionale;

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 è istituito, a regime, il direttore di area vasta, con il compito di elaborare 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;

la proposta di legge in esame 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;

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/società della salute;

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 dell'anno 2016;

si dispone la decadenza dei direttori generali, dei direttori amministrativi, dei direttori sanitari e dei direttori dei servizi sociali delle aziende unità sanitarie locali a far data dal 1° marzo 2015 e, contestualmente, si prevede la loro sostituzione con un commissario per tutte le aziende USL afferenti la stessa area vasta. Si dispone, inoltre, a decorrere dalla stessa data, la decadenza dei comitati di area vasta e la nomina di commissari per la programmazione in ciascuna area vasta, nominati dal Presidente della Giunta regionale sentita la Conferenza dei sindaci di area vasta e il rettore dell'università che insiste nell'area vasta;

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;

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;

le nuove aziende unità sanitarie locali e i direttori di area vasta sono istituiti a decorrere dal 1° gennaio 2016;

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;

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;

**Preso atto che**

il nuovo ruolo attribuito alla programmazione di area vasta verrà compiutamente disciplinato nella proposta di legge che la Giunta regionale, dovrà presentare al Consiglio regionale entro il 30 settembre 2015;

la proposta di legge in esame prevede che, a regime, presso ciascuna area vasta venga nominato un direttore, che si occupi, tra le altre cose, della programmazione operativa di area vasta, e che sia costituito, sotto la responsabilità del direttore di area vasta, un comitato operativo composto dai direttori generali delle aziende sanitarie afferenti all'area vasta e dal direttore generale dell'ESTAR;

viene confermato il ruolo del dipartimento aziendale quale strumento organizzativo delle aziende unità sanitarie locali;

vengono disciplinati i dipartimenti interaziendali di area vasta, stabilendo che questi rappresentano lo strumento organizzativo di riferimento per la programmazione di area vasta allo scopo di garantire, tra le altre cose, l'omogeneità territoriale dei servizi, la qualità e l'appropriatezza delle cure, nonché un miglior utilizzo e valorizzazione delle risorse. Il dipartimento interaziendale è dotato di un'assemblea e di un coordinatore;

al fine di dare operatività alla programmazione di area vasta anche in questa fase di riordino, 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, individua alcuni dipartimenti che ne rappresentano il livello minimo che saranno istituiti con finalità sperimentali:

- 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 medico per intensità di cura ospedaliera;
- i) dipartimento interaziendale di area vasta per la prevenzione, diagnosi e cura della malattia oncologica;

si prevede che il direttore di area vasta costituisca un comitato dei dipartimenti interaziendali, con la finalità di contribuire alla formulazione delle linee di indirizzo per la programmazione annuale di area vasta;

il vicecommissario, nominato dal Presidente della Giunta regionale presso ogni azienda sanitaria, si avvale per lo svolgimento delle sue funzioni, di uno staff composto da professionisti del servizio sanitario regionale e, ove se ne ravvisi la necessità, da un soggetto esterno di comprovata esperienza nell'area interessata, tutti iscritti negli elenchi regionali degli aspiranti alla nomina di direttore sanitario o direttore amministrativo;

il commissario dell'azienda USL è titolare delle funzioni del direttore generale previste dalla l.r. 40/2005 e dal d.lgs. 502/1992. Il commissario dell'azienda USL, in coerenza con gli atti del commissario di area vasta, gestisce il processo di fusione delle aziende USL ed il progetto di riordino complessivo dei servizi sanitari regionale, impartendo direttive al vicecommissario per l'espletamento dell'analisi organizzativa in ciascuna azienda unità sanitaria locale, finalizzata ad assicurare unitarietà del sistema aziendale;

vengono disciplinate le funzioni del vicecommissario, cui compete:

- la gestione ordinaria delle aziende USL, nei limiti della delega conferita dal commissario e sulla base di indirizzi stabiliti con deliberazione di Giunta regionale;
- la gestione straordinaria; quest'ultima solo se autorizzata dal commissario;
- la ricognizione di tutti i rapporti, attivi e passivi, dell'azienda di riferimento, del patrimonio immobiliare e mobiliare e dei rapporti di lavoro in essere;

si disciplina il ruolo dell'azienda ospedaliero-universitaria Meyer, della Fondazione Gabriele Monasterio e degli altri enti e aziende del servizio sanitario nel processo di riordino. In particolare:

- l'azienda ospedaliero-universitaria Meyer partecipa, per quanto di competenza, alle attività dei commissari delle aree vaste, con la finalità di elaborare una proposta di riorganizzazione nel settore pediatrico ospedaliero a livello regionale;
- 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;
- 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, nei casi di dichiarazione di eccedenza di personale;

## DELIBERA

di esprimere **parere favorevole** in merito alla proposta di legge n. 396 “Disposizioni urgenti per il riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale”, allegando le proposte di emendamenti di ANCI Toscana (allegato n. 1) e le osservazioni di UCEM Toscana (allegato n.2), che assumono entrambe valore di **raccomandazioni**.



**Cdal - 20 febbraio 2015**

**Emendamenti alla Proposta di Legge n. 396**

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

Ad integrazione del documento trasmesso in occasione della seduta del Cdal del 4 febbraio scorso, si riportano sotto gli emendamenti puntuali al testo dell'articolato contenuto nella PdL 396 che riguardano la **Governance Istituzionale Multilivello**.

I rilievi che riguardano **'l'assetto organizzativo e il governo degli ambiti territoriali'**, già presenti nel documento sopra ricordato, sono comunque riproposti, e vengono qui richiamati di seguito ai nuovi emendamenti.

**1. Inserimento Capo II Bis – Governance istituzionale multilivello**

Dopo l'articolo 7 della PdL 396/2014 è inserito il seguente:

**Capo II Bis  
La governance istituzionale multilivello**

**Art. 7 bis  
La 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 all'articolo 11 della l.r. 40/2005.
3. Nel periodo di commissariamento, presso la Conferenza regionale dei sindaci è costituito il gruppo interistituzionale di concertazione del processo di riordino del Servizio sanitario regionale. Il gruppo interistituzionale è composto dagli assessori regionali competenti, da tre sindaci per ciascuna area vasta,



dai commissari di area vasta, dai commissari delle aziende usl, dai dirigenti apicali della direzione generale regionale competente, da un rappresentante di Anci Toscana.

**Art. 7 ter**  
**Le Conferenze aziendali**

1. La Conferenza aziendale è composta dai presidenti delle Conferenze zonali, ovvero delle Società della salute, afferenti alla stessa azienda USL, dal direttore generale della azienda USL e dal direttore 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.

2. I componenti della conferenza aziendale intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione così determinate:

- a) 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;
- b) il 34 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria di riferimento.

3. 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 al comma 4, lettere c) ed e), che sono deliberati a maggioranza dai soli componenti degli enti locali.

4. La conferenza aziendale esercita le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto delegato, ed assume la funzione di raccordo ~~tra~~ tra la dimensione aziendale e la dimensione locale delle zone-distretto e in particolare:

- a) emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale;
- b) approva il piano attuativo locale;
- c) esprime le proprie valutazioni in merito alla nomina del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 2, lettera a);
- d) esamina ed esprime parere sugli atti di bilancio dell'azienda unità sanitaria locale;
- e) 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;
- f) approva il piano integrato di salute.

5. 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 7 quater**  
**Comitato di Area Vasta (ipotesi)**

1. Il Comitato di Area vasta è composto dall'assessore regionale competente, dal presidente della conferenza aziendale e da due tra i presidenti delle conferenze zonali, dal rettore, dal direttore di area vasta, dal direttore della azienda usl, dal direttore dell'azienda ospedaliera e dal direttore dell'estar. Il Comitato di area vasta organizza e coordina le relazioni tra i comuni, le università e le aziende sanitarie afferenti alla stessa area vasta, allo scopo di esprimere indirizzi, pareri e valutazioni circa le azioni di competenza interaziendale. Al Comitato di area vasta possono partecipare altri due amministratori della Conferenza aziendale senza diritto di voto.

7. Il Comitato di area vasta:

- a) concorre con propri indirizzi all'elaborazione del piano di area vasta;
- b) esprime parere obbligatorio sul piano di area vasta;
- c) esamina la proposta di allocazione delle risorse;
- d) esprime parere obbligatorio sui piani attuativi delle aziende ospedaliero-universitarie e relative relazioni aziendali;
- e) esprime pareri sulle convenzioni e sugli altri atti di concertazione interaziendale.

**Art 7 quinqies**  
**Le Conferenze zonali integrate**

1. 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 della azienda usl, o loro delegati.

2. I componenti della conferenza zonale integrata intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione così determinate:

- a) il 66 per cento del totale è assegnato ai rappresentanti delle amministrazioni locali, che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente;
- b) il 34 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria di riferimento.

3. 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 al comma 4, lettera a).

4. La conferenza zonale integrata esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, sociosanitari e sociali integrati di livello locale in accordo con le programmazioni regionali e di area vasta, ed in particolare:

- a) esprime l'intesa necessaria per la nomina del direttore di zona;
- b) elabora gli atti di programmazione per la salute di livello locale e, a questo scopo, coordina gli strumenti della programmazione operativa di livello zonale;



c) attiva gli strumenti per il governo amministrativo, professionale e gestionale dell'integrazione sociosanitaria secondo le disposizioni di legge.

5. 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.

**Nota:**

*Il Comitato di Area Vasta qui proposto all'art. 7-quater è solo uno dei possibili assetti di governance utili a ricomporre, per ciascuna area vasta, le responsabilità di governo relative alle due aziende (quella USL e quella Ospedaliero-Universitaria) unitamente alle responsabilità di livello regionale.*

*Un'altra soluzione, forse più agevole, può essere quella di disciplinare in legge la Conferenza Aziendale Integrata. Probabilmente è possibile raggiungere questo risultato prevedendo, direttamente all'interno dell'articolo sulla Conferenza aziendale, un suo apposito assetto integrato dalle altre figure di 'Area vasta' (Assessore regionale, Rettore, Direttore azienda ospedaliera, Direttore ESTAR, o loro delegati) che si occupa esclusivamente dei temi relativi alle attività di area vasta.*

## **2. Modifiche all'articolo 6 della PdL 396/2014.**

All'articolo 6, comma 2, lettera h), dopo le parole 'dai coordinatori dei dipartimenti aziendali' sono aggiunte le parole 'e dai direttori di zona-distretto/società della salute dell'azienda unità sanitaria locale'.

All'articolo 6, comma 2, lettera h), le parole 'a) un rappresentante dei direttori di zona-distretto/società della salute dell'azienda unità sanitaria locale' sono abrogate.

## **3. Osservazioni: L'assetto organizzativo e il governo degli ambiti territoriali**

Il Capo II della PdL 396 definisce con molta profondità gli assetti dipartimentali delle aziende USL e gli assetti interdipartimentali delle aree vaste. L'art. 8 della PdL 396 affida già ai commissari di area vasta il compito di istituire in via sperimentale i dipartimenti di area vasta. In questo quadro, tuttavia, l'organizzazione delle attività territoriali non trova gli adeguati riferimenti. A questo scopo è necessario inserire nella PdL alcuni riferimenti di base che riguardano sia l'assetto organizzativo della zona-distretto, sia il suo governo condiviso tra l'azienda USL e le amministrazioni comunali.

**La Zona-distretto.** La zona-distretto organizza le reti di servizio afferenti alle materie della sanità territoriale, del sociosanitario e dell'integrazione. La zona-distretto costituisce contemporaneamente sia l'ambito territoriale di riferimento per la costruzione delle reti, sia il livello organizzativo (direzionale, professionale e tecnico-amministrativo) deputato alla costruzione, alla gestione e al controllo dei sistemi di servizi territoriali.





**Il Governo congiunto.** La Conferenza di Zona è composta dai sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale zonale, ovvero dai presidenti delle unioni comunali, e dal direttore generale dell'azienda sanitaria di area vasta o suo delegato. La conferenza di zona esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, sociosanitari e sociali integrati di livello locale in accordo con le programmazioni regionali e di area vasta. La conferenza di zona esprime l'intesa necessaria per la nomina del direttore di zona ed elabora gli

atti di programmazione per la salute di livello locale e, a questo scopo, coordina gli strumenti della programmazione operativa di livello zonale.

**La Responsabilità di gestione.** A ciascuna zona-distretto è preposto un direttore di zona, nominato dal direttore generale dell'azienda di area vasta previa intesa con la conferenza zonale dei sindaci, con compiti di attuare la programmazione zonale, organizzare e gestire le attività sanitarie territoriali e sociosanitarie, coordinare le attività tecniche e amministrative zonali, gestire il budget zonale, garantire le forme di partecipazione.

**I Dipartimenti tecnico-scientifici.** A livello aziendale di area vasta sono costituiti i dipartimenti tecnico-scientifici 'Cure Primarie', 'Salute Mentale', 'Dipendenze' e 'Assistenza Sociale'. I dipartimenti aziendali forniscono ai direttori di distretto gli elementi conoscitivi necessari per la programmazione e il controllo delle attività e la valutazione dei risultati. Promuovono inoltre la formazione multidisciplinare dei professionisti nonché, in collaborazione con le università e altre istituzioni interessate, attività di ricerca e sviluppo.

**Gli strumenti per l'Integrazione.** La Conferenza di zona è l'organismo di governo istituzionale dell'integrazione sociosanitaria e attiva gli strumenti per il governo amministrativo, professionale e gestionale dell'integrazione sociosanitaria. Gli strumenti per l'integrazione sociosanitaria garantiscono la presa in carico unitaria dei bisogni di salute complessi e l'attivazione dei conseguenti percorsi assistenziali integrati. La zona-distretto può costituirsi in Società della salute secondo le vigenti norme di legge, ovvero stipulare la Convenzione sociosanitaria prevista dalla l.r. 40/2005.

**Gli assetti territoriali evoluti.** Nell'ambito della zona-distretto può essere costituita la Società della salute secondo le vigenti norme di legge, ovvero può essere stipulata la Convenzione sociosanitaria prevista dalla l.r. 40/2005.



Unione  
Nazionale  
Comuni Comunità  
Enti  
Montani

Via Cavour 15, 50100 Firenze  
Tel. 055/213151 Fax 055/218769  
E-mail: segreteria@uncemtoscana.it

***Osservazioni alla proposta di legge:***

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

12.02.2015

UNCEM Toscana prende atto della necessità, nata dalle recenti scelte nazionali in termini razionalizzazione della spesa, di un intervento che proceda nella direzione di una nuova riorganizzazione degli assetti del servizio sanitario regionale e che possa poi sfociare entro il 2016 in una nuova e più completa normativa, che vada poi a rivedere il complesso della legge 40/2005 ormai sovrabbondante di scritte e riscritture e modifiche ultima delle quali quella riguardante la governance territoriale dei servizi alla persona che ha impattato sul sistema delle Società della Salute/Zone Distretto.

Ci pare importante che nelle linee guida che guideranno la riforma vi sia un accenno all'articolo 3 – punto h– ad una attenzione particolare per le zone disagiate rispetto agli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera e territoriale. Sarà importante ribadire in legge che la riforma non porti in alcun modo ad un arretramento dei servizi territoriali né tanto meno di quelli ospedalieri, per i quali si richiama al rispetto di quanto affermato nei Patti Territoriali anche nell'ambito della nuova riforma.

Per questo motivo ci pare comunque rilevante che la proposta di legge rafforzi l'idea di zona/distretto quale luogo in cui organizzare la programmazione e gestione della sanità territoriale, del sociosanitario e quale punto di approccio dei cittadini ai servizi. E' necessario sottolineare come il riordino, a nostro parere, dovrà riguardare anche gli assetti gestionali e programmatori sui distretti andando a creare un rafforzamento degli stessi, indicando in legge già da ora strumenti concreti e puntuali - modi e i mezzi come risorse e personale - che possano rafforzare la governance territoriale.

Come si deduce dalla proiezione in PdL, il rafforzamento della governance territoriale diviene necessaria alla luce dei nuovi assetti proposti e che vedono per:

l'ASAV Nord Ovest 102 comuni coinvolti distribuiti su 12 zone distretto

l'ASAV centro 74 comuni coinvolti distribuiti su 9 zone distretto

l'ASAV sud est 101 comuni coinvolti distribuiti su 13 zone distretto

Come si vede dai numeri sopra esposti, in un contesto di accentramento quale quello che si profila con la proposta di riordino, diviene essenziale rafforzare il ruolo di programmazione delle conferenze dei sindaci

L'obiettivo dovrebbe essere quello di procedere verso un quadro omogeneo a livello regionale puntando al mantenimento e rafforzamento degli ambiti territoriali esistenti, ed infatti il legislatore crediamo dovrà tener conto che al 31 dicembre 2014 almeno 21 zone sociosanitarie hanno inviato

1



**Unione  
Nazionale  
Comuni Comunità  
Enti  
Montani**

Via Cavour 15, 50100 Firenze  
Tel. 055/213151 Fax 055/218769  
E-mail: segreteria@uncemtoscana.it

una manifestazione di volontà a continuare la gestione unitaria tramite Società della Salute, e ad esse con tutta probabilità entro il termine del 31 marzo 2015 fissato dalla legge 44/2014 se ne aggiungeranno altre.

Alla luce di quanto proposto in riforma, sarebbe inoltre significativo definire subito le modalità di rappresentazione dell'azienda sanitaria all'interno delle Società della Salute o delle conferenze zonali dei sindaci per cercare di rafforzare - anche in questo caso - l'anello di congiunzione tra direzioni aziendali e amministratori locali.

E' fondamentale che il percorso che condurrà alle modifiche del 2016 - che appare dietro l'angolo considerando anche l'imminente tornata elettorale regionale - e ad una nuova legge possa essere il più possibile partecipato dalle amministrazioni locali e dagli enti che le rappresentano per evitare che il dimensionamento della programmazione sulle aziende tarate sull' area vasta possa apparire come un allontanamento delle decisioni aziendali dai bisogni dei territori.

Per questo motivo riteniamo che sia imprescindibile definire un percorso partecipato che possa seguire lo sviluppo sia della fase transitoria, che coinvolgerà sul territorio di Commissari, che la riscrittura complessiva del sistema sanitario entro il 2016. Quindi crediamo indispensabile che la Conferenza Regionale dei Sindaci possa definire al suo interno un gruppo di lavoro - per il quale UNCEM si candida a conferire un proprio apporto - deputato al monitoraggio del percorso operativo che porterà alle modifiche delineate sulle linee guida, all'interno del quale è necessario siano rappresentate tutte le componenti della governance territoriale con particolare attenzione a quelle realtà più piccole, marginali e distanti - che UNCEM appunto rappresenta - e che proprio per il processo di accentramento che prevede la riforma dovranno essere più tutelate, e quindi in questo caso rappresentate.

E' essenziale, nell'ambito di questo percorso di riforma, avere al più presto un'indicazione delle conseguenze sulle attività distrettuali dell'avvento di commissari e dei vice commissari e del conseguente decadimento delle precedenti figure aziendali (direttori, ecc.).

Sarebbe inoltre importante definire tempi congrui per l'attivazione della riforma in modo tale da consentire a tutte le zone di poter organizzare l'attività amministrativa dei soggetti deputati alla programmazione e gestione dei servizi e interventi territoriali.

