
Legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84

**Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale.
Modifiche alla l.r. 40/2005**

(Bollettino Ufficiale n. 58, parte prima, del 31.12.2015)

PREAMBOLO

Il Consiglio regionale

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

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

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

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

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

Vista la legge regionale 4 febbraio 2008, n. 3 (Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica "ISPO". Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e prevenzione oncologica "CSPO")

Visto il parere favorevole con condizioni del Consiglio delle autonomie locali espresso nella seduta del 4 dicembre 2015;

Visto il parere istituzionale della Prima Commissione consiliare espresso nella seduta del 10 dicembre 2015;

Considerato quanto segue:

1. Al fine di promuovere la semplificazione del sistema, la riduzione dei livelli apicali, l'uniformità e omogeneità organizzativa in contesti più ampi rispetto ai precedenti, la sinergia tra aziende ospedaliero-universitarie (AOU) e le aziende unità sanitarie locali (USL) attraverso la programmazione integrata, la valorizzazione del territorio, la realizzazione di economie di scala sui diversi processi, l'integrazione della rete ospedaliera su contesti più ampi ed una diffusione omogenea delle migliori pratiche all'interno del sistema, nonché un ulteriore contenimento della spesa, si procede al ridisegno dell'assetto organizzativo del servizio sanitario regionale, già intrapreso con la legge regionale 16 marzo 2015 n. 28 (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale), i cui punti cardine sono rappresentati dalla riduzione delle aziende USL, dal rafforzamento della programmazione di area vasta, dall'organizzazione del territorio e dalla revisione dei processi di "governance";

2. Il riordino del servizio sanitario regionale, anche attraverso l'accorpamento delle dodici aziende USL in tre aziende USL, una per ciascuna area vasta, promuove il miglioramento della qualità dei servizi e nel contempo assicura la sostenibilità ed il carattere pubblico ed universale del sistema sanitario a fronte anche del mutato quadro finanziario ed epidemiologico e dei costi crescenti dei processi di diagnosi e cura;

3. La revisione degli assetti e dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari è volta dare una risposta alla crescita inesorabile dei bisogni assistenziali legati

alla cronicità che assorbe oltre l'80 per cento del fondo sanitario e che impatta sullo sviluppo economico e sul benessere della comunità regionale;

4. La necessità di garantire una maggiore sinergia tra le aziende USL e le AOU attraverso il rafforzamento della programmazione integrata di area vasta, riconosciuto come ambito istituzionalmente forte per la capacità di coordinamento tra aziende con "mission" diversa che concorrono entrambe alla costruzione dell'offerta complessiva.

5. I dipartimenti interaziendali di area vasta rappresentano lo strumento di supporto alla programmazione di area vasta, al fine di potenziare le sinergie fra azienda USL e AOU.

6. Il nuovo assetto organizzativo delle aziende USL prevede l'individuazione del dipartimento, quale strumento organizzativo ordinario di gestione delle medesime aziende e, al fine di garantire l'omogeneità delle aziende USL sull'intero territorio regionale, individua le differenti tipologie di dipartimenti, sia a livello territoriale, sia a livello ospedaliero, e le specifiche funzioni e competenze;

7. Il dipartimento di prevenzione, continuando ad assicurare la tutela della salute collettiva, tenuto conto delle nuove dimensioni territoriali aziendali, è strutturato in unità funzionali operanti a livello aziendale o di zona distretto;

8. L'organizzazione territoriale ed il processo di governance multilivello sono resi più efficaci dalla ridefinizione complessiva delle funzioni della zona distretto, del responsabile di zona distretto e del sistema delle conferenze, anche al fine di ottimizzare le risposte territoriali dell'integrazione sociosanitaria;

9. La revisione in termini di estensione della zona distretto, al fine di definire l'ambito ottimale di lettura dei bisogni e di identificazione delle priorità di salute, attraverso solidi meccanismi di raccordo istituzionale e l'organizzazione di un sistema di cure primarie orientato alla comunità e capace allo stesso tempo di assicurare la necessaria integrazione col livello specialistico attraverso la logica delle reti cliniche e sociosanitarie territoriali.

10. La nuova organizzazione del presidio ospedaliero è ridefinita alla luce dell'istituzione dell'organizzazione dipartimentale, al fine di perseguire la maggiore efficienza tecnica e gestionale ed uniformare specifiche linee di produzione, attraverso una gestione più ampia e flessibile, nella quale le risorse sono messe in comune (posti letto, sale operatorie, ambulatori, strutture logistiche);

11. La necessità di istituire la nuova figura del direttore della rete ospedaliera, con funzioni di presidio del funzionamento in rete degli ospedali, per garantire unitarietà di gestione e omogeneità di approccio, nonché supporto alla direzione sanitaria aziendale nella pianificazione di lungo termine e nella programmazione della rete ospedaliera;

12. La necessità di prevedere disposizioni di natura transitoria che garantiscano la continuità del sistema nella fase di passaggio fra la vecchia organizzazione del sistema sanitario regionale e la nuova organizzazione introdotta dalla presente legge;

13. Di accogliere parzialmente il parere istituzionale della Prima Commissione consiliare, e di adeguare conseguentemente il testo della presente legge, con riferimento alle procedure di approvazione dei piani di area vasta;

14. Di accogliere parzialmente il parere del Consiglio delle autonomie locali, e di adeguare conseguentemente il testo della presente di legge, con esclusione delle osservazioni che investono l'assetto organizzativo delle aziende sanitarie;

15. Al fine di consentire che il nuovo sistema sia operativo a decorrere dal 1° gennaio 2016, è necessario disporre l'entrata in vigore della presente legge il giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana;

Approva la presente legge

CAPO I
Modifiche al titolo I della l.r. 40/2005

Art. 1

Definizioni. Modifiche all'articolo 2 della l.r. 40/2005

1. La lettera a) del comma 1 dell'articolo 2 della legge regionale 24 febbraio, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) è sostituita dalla seguente:

“ a) per area vasta, l'ambito di attuazione della programmazione strategica regionale nel quale sono integrate le programmazioni dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliero universitaria ”.

2. Dopo la lettera q) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“ q bis) per rete pediatrica regionale, il complesso di obiettivi, modelli organizzativi e percorsi clinico assistenziali condivisi nei principali ambiti di assistenza pediatrica che garantiscano le migliori cure disponibili e la presa in carico e assistenza più adeguata al paziente pediatrico nel luogo più vicino alla sua residenza, sia in ambito ospedaliero che territoriale, in forma coordinata ”;

3. Il numero 1 della lettera t) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 1) area funzionale, per le attività tecnico amministrative del centro direzionale; ”.

4. Dopo il numero 1 della lettera t) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ 1 bis) articolazioni organizzative funzionali multidisciplinari e multi professionali per la gestione dei percorsi clinici per specifiche tipologie di pazienti in ambito ospedaliero e nella continuità ospedale territorio ”.

5. Il numero 3 della lettera t) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è abrogato.

6. Il numero 1 della lettera u) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 1) unità operativa, che è dotata di piena autonomia tecnico-professionale ed è direttamente titolare di una funzione operativa; le attività organizzative dell'unità operativa sono svolte in coerenza ed in modo integrato con la programmazione e le direttive gestionali del dipartimento multidisciplinare di appartenenza; ”

7. Dopo il numero 1 della lettera u) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente: integrate le programmazioni dell'azienda unità sanitaria

“ 1 bis) unità operativa semplice dipartimentale, la cui autonomia tecnico-professionale si esprime nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile del dipartimento di riferimento; l'unità operativa semplice dipartimentale è costituita per lo svolgimento di attività sanitarie; ”.

8. Alla lettera v) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 le parole: “ comma 1 ” sono sostituite dalle seguenti: “ comma 4 ”

CAPO II
Modifiche al titolo II della l.r. 40/2005

Art. 2

I principi costitutivi del servizio sanitario regionale. Modifiche all'articolo 3 della l.r. 40/2005

1. Dopo la lettera c) del comma 1 dell'articolo 3 della l.r.40/2005 è inserita la seguente:

“ c bis) rispetto del criterio di attenzione alle zone disagiate, montane, insulari e di confine, alla loro identità territoriale, alle esperienze ospedaliere maturate. ”

Art. 3

Percorso assistenziale. Modifiche all'articolo 4 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 4 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ risorse disponibili. ” sono aggiunte le seguenti:” *Tali servizi erogano anche prestazioni di medicina complementare e integrata, in base alla valutazione di comprovata efficacia e nel rispetto della programmazione regionale in materia. ”.*

2. Alla lettera c) del comma 3, dell'articolo 4 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ libera scelta ” sono inserite le seguenti: “ e i medici specialisti ambulatoriali interni ”.

Art. 4

L'integrazione delle politiche sanitarie. Modifiche all'articolo 6 della l.r. 40/2005

1. Al comma 2 dell'articolo 6 della l.r. 40/2005 le parole: “ conferenza regionale delle società della salute ”

sono sostituite dalle seguenti: “ conferenza regionale dei sindaci ”.

2. Al comma 2 dell’articolo 6 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ di cui all’articolo 12 ” sono aggiunte le seguenti: “ e tramite la conferenza zonale integrata di cui all’articolo 12 bis ”.

Art. 5

Salute globale e lotta alle disuguaglianze. Inserimento dell’ articolo 7bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l’articolo 7 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 7 bis Salute globale e lotta alle disuguaglianze

1. La Regione Toscana, al fine di contrastare le disuguaglianze nell’ambito della salute e rendere più agevole l’accesso al servizio sanitario, promuove interventi sanitari in favore delle popolazioni più svantaggiate, anche a livello di cooperazione sanitaria internazionale.

2. Le attività di cui al comma 1 sono esercitate in coerenza con quanto previsto dal piano sanitario e sociale integrato regionale e dagli strumenti di programmazione regionale in materia di attività internazionali e di cooperazione sanitaria internazionale.

3. Per l’esercizio delle attività di cui al presente articolo, la Regione si avvale del Centro di salute globale, istituito presso l’azienda ospedaliero-universitaria Meyer, quale struttura di coordinamento a carattere regionale in materia di: salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti. ”.

CAPO III

Modifiche al capo I del titolo III della l.r. 40/2005

Art. 6

I livelli e gli strumenti di programmazione. Modifiche all’ articolo 8 della l.r. 40/2005

1. La lettera b) del comma 3 dell’articolo 8 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ b) gli atti di programmazione di area vasta; ”

2. Dopo la lettera b) del comma 3 dell’articolo 8 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente: “ b bis) gli atti della programmazione della rete pediatrica regionale ”.

3. Dopo la lettera b bis) del comma 3 dell’articolo 8 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente: “ b ter) l’atto regionale di definizione delle linee annuali di programmazione e individuazione degli obiettivi ”.

4. Dopo la lettera d) del comma 4 dell’articolo 8 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente: “ d bis) il sistema annuale di budget aziendale, in linea con gli obiettivi definiti con l’atto regionale ”.

Art. 7

La programmazione di area vasta. Sostituzione dell’ articolo 9 della l.r. 40/2005

1. L’articolo 9 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ Art. 9 La programmazione di area vasta

1. La Regione garantisce e sovrintende all’attuazione della programmazione strategica regionale attraverso i piani di area vasta.

2. Le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliero-universitarie e gli altri enti del servizio sanitario regionale concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione di area vasta; i contenuti e gli obiettivi principali della programmazione di area vasta sono definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale del quale assumono i riferimenti temporali.

3. Al fine di perseguire l’appropriatezza degli interventi, l’integrazione dei servizi assistenziali in rete, l’ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane e delle competenze, la Regione promuove:

a) l’attivazione dei dipartimenti interaziendali di area vasta, quale strumento di coordinamento tecnico professionale finalizzato a supportare la programmazione strategica di area vasta;

b) le iniziative di continuo miglioramento della riorganizzazione a livello di area vasta anche al fine di garantire una omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza;

c) la valorizzazione della governance tra le istituzioni.

4. Per l’esercizio delle funzioni di cui al presente articolo, sono individuate le seguenti aree vaste:

a) Area vasta Toscana centro, comprendente l’azienda unità sanitaria locale Toscana centro, nonché l’Azienda ospedaliero-universitaria Careggi;

b) Area vasta Toscana nord-ovest, comprendente l’azienda unità sanitaria locale nord-ovest, nonché l’azienda ospedaliera universitaria Pisana;

c) Area vasta Toscana sud-est, comprendente l’azienda unità sanitaria locale sud est, nonché l’azienda ospedaliero universitaria Senese.

5. *L'azienda ospedaliero-universitaria Meyer partecipa, in relazione alle competenze di cui all'articolo 33 bis, alla programmazione delle tre aree vaste di cui al comma 4.*

6. *La Fondazione Toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica partecipa, per quanto di competenza, alle attività di programmazione dell'area vasta nord-ovest e ai dipartimenti interaziendali della medesima area vasta; per le funzioni di valenza regionale partecipa alla programmazione delle tre aree vaste di cui al comma 4.*

7. *L'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) partecipa, per quanto di competenza, alla programmazione delle tre aree vaste di cui al comma 4.* ”.

Art. 8

Direttore per la programmazione di area vasta. Inserimento dell' articolo 9 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 9 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ *Art. 9 bis Direttore per la programmazione di area vasta*

1. *In ciascuna area vasta è nominato il direttore per la programmazione di area vasta che opera sulla base delle direttive impartite dalla Giunta regionale al fine di garantire l'attuazione della programmazione strategica regionale.*

2. *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 delegato.*

3. *L'incarico di direttore per la programmazione di area vasta è regolato da apposito contratto di diritto privato, redatto secondo lo schema tipo approvato dal Presidente della Giunta regionale con l'osservanza delle norme di cui al libro V, titolo III, del codice civile.*

4. *L'incarico di direttore per la programmazione di area vasta ha una durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni.*

5. *Il trattamento economico lordo del direttore per la programmazione di area vasta è pari a quello previsto per il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute.*

6. *L'incarico del direttore per la programmazione di area vasta ha carattere di esclusività ed è subordinato, per i dipendenti pubblici, al collocamento in aspettativa senza assegni o fuori ruolo. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza, nonché dell'anzianità di servizio, e i relativi oneri contributivi, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito, sono a carico del fondo sanitario regionale.*

7. *La gestione economica del rapporto di lavoro è demandata all'azienda unità sanitaria locale afferente l'area vasta.*

8. *Nel caso in cui l'incarico di direttore per la programmazione di area vasta sia conferito a un dipendente della Regione o di un ente da essa dipendente, l'amministrazione di appartenenza provvede a effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali sull'intero trattamento economico, comprensivi delle quote a carico del dipendente e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da essa sostenuto all'azienda unità sanitaria locale, che procede al recupero della quota a carico dell'interessato.*

9. *Nel caso in cui l'incarico di direttore per la programmazione di area vasta sia conferito a un dipendente di altra amministrazione pubblica, l'amministrazione di appartenenza provvede ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali, comprensivi delle quote a carico del dipendente, sulla base della retribuzione che il dipendente percepiva all'atto del collocamento in aspettativa o alla quale avrebbe avuto diritto, secondo la normale progressione economica all'interno dell'amministrazione stessa, se fosse rimasto in servizio, comprensivi delle quote a carico del dipendente, richiedendo successivamente all'azienda unità sanitaria locale il rimborso di tutto l'onere sostenuto. Qualora il trattamento economico effettivamente corrisposto per l'incarico conferito sia superiore alla retribuzione figurativa già assoggettata a contribuzione da parte dell'amministrazione di appartenenza, l'azienda unità sanitaria locale provvede autonomamente ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali dovuti su tale differenza.*

10. *Il trattamento contributivo di cui ai commi 8 e 9 esclude ogni altra forma di versamento.*

11. *L'operato del direttore per la programmazione di area vasta è valutato annualmente sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione. In relazione al raggiungimento degli obiettivi definiti per l'area vasta oggetto del rapporto di cui all'articolo 9 ter, comma 1, lettera d), è altresì valutato annualmente il cinquanta per cento dell'operato dei direttori generali dell'azienda unità sanitaria locale e di quella ospedaliero universitaria di area vasta.*

12. *Per quanto concerne le cause di decadenza e revoca dell'incarico si applica l'articolo 39.* ”.

Art. 9

Funzioni del direttore per la programmazione di area vasta. Inserimento dell' articolo 9 ter nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 9 bis della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 9 ter Funzioni del direttore per la programmazione di area vasta

1. Il direttore per la programmazione di area vasta esercita le seguenti funzioni:

- a) predisposizione, in attuazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, in conformità alle direttive impartite dalla Giunta regionale e d'intesa con i direttori delle aziende sanitarie dell'area vasta, della proposta di piano di area vasta, previa intesa con la conferenza aziendale dei sindaci e con il Rettore dell'Università;*
 - b) individuazione, sulla base delle proposte dei dipartimenti interaziendali di area vasta, del fabbisogno formativo e di sviluppo delle competenze;*
 - c) monitoraggio e controllo, anche in corso d'anno, circa le iniziative assunte dalle aziende sanitarie in attuazione della programmazione di area vasta;*
 - d) elaborazione ed inoltro alla direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, per la relativa approvazione, della relazione annuale sullo stato di attuazione dei piani di area vasta. La Giunta regionale trasmette la relazione alla commissione consiliare competente in materia di diritto alla salute entro trenta giorni dall'approvazione da parte della direzione regionale;*
 - e) trasmissione delle intese e degli accordi di cui all'articolo 8, comma 4, lettera d), inerenti all'organizzazione integrata dei servizi e la regolamentazione della mobilità sanitaria, su proposta dal comitato di cui al comma 4, alla Giunta regionale, che ne controlla la conformità con il piano sanitario e sociale integrato regionale entro trenta giorni dal ricevimento; decorso tale termine tali atti si intendono approvati.*
- 2. I direttori per la programmazione di area vasta si avvalgono, per le funzioni di supporto alla programmazione, all'attività di verifica e monitoraggio e all'attività tecnico amministrativa di un unico nucleo tecnico appositamente costituito con personale messo a disposizione dal servizio sanitario regionale.*
- 3. I provvedimenti connessi o conseguenti le attività del direttore per la programmazione di area vasta sono adottati, su proposta dello stesso, mediante appositi atti della Giunta regionale o del direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, per quanto di competenza.*
- 4. Presso la direzione regionale competente è costituito un comitato operativo con funzioni di supporto ai direttori per la programmazione di area vasta per quanto attiene l'elaborazione della proposta di piano. Il comitato operativo è composto dai direttori generali delle aziende sanitarie e dal direttore generale dell'ESTAR. ”.*

Art. 10

Comitato regionale di coordinamento delle programmazioni di area vasta. Inserimento dell'articolo 9 quater nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 9 ter della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art 9 quater Comitato regionale di coordinamento delle programmazioni di area vasta

- 1. Presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, è istituito il comitato regionale di coordinamento delle programmazioni di area vasta che svolge funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività dei direttori per la programmazione di area vasta.*
- 2. Il comitato è composto dal direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, che lo presiede, e dai direttori per la programmazione di area vasta.”.*
- 3. Al comitato sono invitati a partecipare, per le rispettive funzioni di valenza regionale, il direttore generale dell'Azienda ospedaliero universitaria Meyer, il direttore generale della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio e il direttore generale dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica. ”.*

Art. 11

Dipartimenti interaziendali di area vasta. Inserimento dell' articolo 9 quinquies della l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 9 quater della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 9 quinquies Dipartimenti interaziendali di area vasta

- 1. Il dipartimento interaziendale di area vasta è lo strumento organizzativo di riferimento per il coordinamento della programmazione delle aziende sanitarie in ambito di area vasta.*
- 2. Fanno parte del dipartimento interaziendale le unità operative dei dipartimenti aziendali, o loro unità costitutive, delle aziende sanitarie di area vasta.*
- 3. Il dipartimento interaziendale di area vasta:*
 - a) formula proposte, ai fini della realizzazione degli obiettivi del piano di area vasta, finalizzate a garantire l'omogeneità territoriale dei servizi, la predisposizione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, la qualità e appropriatezza delle cure, l'efficienza organizzativa, tenuto conto di soglie, volumi e parametri*

di qualità e sicurezza definiti a livello regionale;

b) contribuisce alla definizione del fabbisogno formativo e di sviluppo delle competenze;

c) fornisce al direttore per la programmazione di area vasta contributi per il monitoraggio delle iniziative assunte dalle aziende in attuazione della programmazione di area vasta.

4. Il dipartimento interaziendale di area vasta è dotato di una assemblea, composta dai referenti professionali delle unità operative di cui al comma 2, da un referente per ciascun dipartimento delle professioni di cui all'articolo 69 quinquies, dai responsabili di branca della specialistica convenzionata afferenti a quel dipartimento, da un rappresentante del dipartimento della medicina generale, individuati dai direttori generali delle aziende sanitarie di area vasta ed è coordinato dal direttore per la programmazione di area vasta o suo delegato.

5. Il dipartimento interaziendale adotta un apposito regolamento per la disciplina del proprio funzionamento.

6. I dipartimenti interaziendali di area vasta sono individuati, sulla base del criterio del percorso assistenziale e tenuto conto delle reti cliniche già attive, su proposta dei direttori per la programmazione di area vasta, con specifica deliberazione di Giunta regionale. ”.

CAPO IV

Modifiche al capo II del titolo III della l.r. 40/2005

Art. 12

Regione. Modifiche all'articolo 10 della l.r. 40/2005

1. La lettera b) del comma 1 dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è abrogata.

2. Dopo il comma 1 dell'articolo 10 della l.r.40/2005 è inserito il seguente:

“ *1 bis) la Giunta regionale approva i piani di area vasta, previo parere della commissione consiliare competente, ai sensi dell'articolo 23 bis comma 4;*”

3. Dopo la lettera d) del comma 3 dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“ *d bis) impartisce direttive alle aziende sanitarie per la definizione dello statuto e dei regolamenti interni, previo parere della commissione consiliare competente, ai sensi dell'articolo 50, comma 1;*”.

4. Alla lettera e) del comma 3 dell'articolo 10 della l.r.40/2005 dopo la parola: “ *parere* ” sono inserite le seguenti: “ *, sentita la commissione consiliare competente,* ”.

5. Dopo il comma 4 quater dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ *4. quinquies. Ai fini della valutazione della reale efficacia delle tecnologie, della loro appropriatezza ed efficienza, dei benefici clinici e organizzativi ad esse legati, è istituita, presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, la Commissione di valutazione delle tecnologie e degli investimenti sanitari.* ”.

6. Dopo il comma 4 quinquies dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ *4 sexies. La Commissione, di cui al comma 4-quinquies, è composta:*

a) *dal dirigente del settore regionale competente in materia di tecnologie sanitarie, con funzioni di coordinamento;*

b) *dai direttori per la programmazione di area vasta o loro delegati;*

c) *dal dirigente del settore regionale competente in materia di politiche del farmaco;*

d) *dal dirigente del settore regionale competente in materia di investimenti;*

e) *dal direttore dell'ESTAR o suo delegato.* ”.

7. Dopo il comma 4 sexies dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ *4 septies. La Giunta regionale definisce con specifico atto le modalità di funzionamento della Commissione di valutazione delle tecnologie sanitarie.* ”.

8. Dopo il comma 4 septies dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ *4 octies. Per lo svolgimento dei propri compiti la Commissione può avvalersi di esperti individuati all'interno del servizio sanitario regionale, del Consiglio sanitario regionale, della Commissione terapeutica regionale e degli organismi di governo clinico della Regione.* ”.

Art. 13

Conferenza regionale dei sindaci. Modifiche all'articolo 11 della l.r. 40/2005

1. Alla lettera a) del comma 3 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 le parole: “un rappresentante” sono sostituite dalle seguenti: “due rappresentanti”;

2. La lettera b) del comma 3 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 è abrogata;

3. La lettera c) del comma 3 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ c) i direttori per la programmazione di area vasta di cui all'articolo 9 bis .”.

4. Alla lettera c) del comma 4 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 le parole: “ *comma 6* ” sono sostituite dalle seguenti: “ *comma 7* ”.

5. Alla lettera g) del comma 4 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 le parole: “ *comma 1* ” sono sostituite dalle seguenti “ *comma 3* ”.

6. Al comma 8 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ *a maggioranza* ” sono inserite le seguenti: “ *dei due terzi* ”;

Art. 14

Abrogazione dell' articolo 11 bis della l.r. 40/2005

1. L'articolo 11 bis della l.r. 40/2005 è abrogato

Art. 15

Le conferenze aziendali dei sindaci. Sostituzione dell' articolo 12 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 12 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ Art. 12 Le conferenze aziendali dei sindaci

1. La conferenza aziendale è composta dai presidenti delle conferenze zonali integrate e dai presidenti delle società della salute ed è presieduta da uno dei componenti scelto fra i presidenti delle conferenze zonali integrate o fra i presidenti delle società della salute. Alle sedute della conferenza partecipano per gli atti di relativa competenza i direttori generali delle aziende sanitarie di area vasta, il direttore per la programmazione di area vasta e il Rettore dell'università di riferimento senza diritto di voto.

2. I componenti della conferenza aziendale intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione in proporzione alla popolazione residente.

3. La conferenza aziendale dei sindaci assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti e con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione.

4. Il funzionamento della conferenza aziendale dei sindaci è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte dei presidenti delle conferenze zonali integrate o dei presidenti delle società della salute. Il regolamento può prevedere la costituzione di un esecutivo con funzioni istruttorie per la conferenza.

5. La conferenza aziendale dei sindaci esercita le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto delegato.

6. La conferenza aziendale dei sindaci svolge le seguenti funzioni:

a) emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale di cui all'articolo 22;

b) approva il piano attuativo locale;

c) esprime le proprie valutazioni in merito alla nomina del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 2, lettera a);

d) esamina ed esprime parere sugli atti di bilancio dell'azienda unità sanitaria locale;

e) propone al Presidente della Giunta regionale la revoca del direttore generale ai sensi dell'articolo 39, comma 8;

f) concorre con propri indirizzi all'elaborazione del piano di area vasta di cui all'articolo 23 bis;

g) esprime l'intesa sul piano di area vasta ai sensi dell'articolo 23 bis, comma 4;

h) esprime parere obbligatorio sul piano attuativo delle aziende ospedaliere universitarie di riferimento e sulle relative relazioni aziendali.

7. L'azienda unità sanitaria locale mette a disposizione idonei locali per la conferenza aziendale dei sindaci e per le conferenze zonali dei sindaci. Le conferenze aziendali dei sindaci e le conferenze zonali dei sindaci sono supportate, nell'esercizio delle loro attività, dall'insieme degli uffici di piano di livello zonale di cui all'articolo 64.2, comma 5. ”.

Art. 16

Conferenza zonale integrata. Inserimento dell' articolo 12 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 12 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 12 bis Conferenza zonale integrata

1. La conferenza zonale integrata è 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), integrata con il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato.

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 locale 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 5, lettera c).*

4. *Alla conferenza di cui al presente articolo si applica l'articolo 34, commi 3, 4 e 5, della l.r. 41/2005 .*

5. *La conferenza zonale integrata esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale in coerenza con la programmazione aziendale e sulla base del profilo di salute ed in particolare:*

a) *emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano integrato di salute (PIS), tenuto conto del profilo di salute e delle risorse a disposizione;*

b) *approva il PIS;*

c) *esprime l'intesa necessaria per la nomina del responsabile di zona;*

d) *coordina gli strumenti della programmazione operativa di livello zonale;*

e) *approva la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria, di cui all'articolo 70 bis;*

f) *esprime l'intesa necessaria per la nomina del coordinatore sociale di zona di cui all'articolo 37 della l.r. 41/2005 .*

6. *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 da parte del direttore generale nei confronti di un componente del comitato di direzione ad esclusione del responsabile di zona-distretto. Il regolamento può prevedere la costituzione di un esecutivo della conferenza.*

7. *Laddove costituite le società della salute le competenze della conferenza zonale integrata sono esercitate dall'assemblea dei soci di cui all'articolo 71 sexies. ”.*

Art. 17

Università. Modifiche all'articolo 13 della l.r. 40/2005

1. Al comma 4 dell'articolo 13 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ *la commissione è formata* ” sono aggiunte le seguenti: “ *dai direttori per la programmazione di area vasta,* ”.

2. Alla lettera b) del comma 5 dell'articolo 13 della l.r.40/2005 dopo le parole: “ *apporti reciproci* ” sono aggiunte le seguenti: “ *con particolare riguardo alle modalità di partecipazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale alla didattica e alla formazione,* ”

CAPO V

Modifiche al capo III del titolo III della l.r. 40/2005

Art. 18

La valutazione delle politiche sanitarie e sociali integrate. Modifiche all'articolo 20 della l.r. 40/2005

1. Dopo la lettera b) del comma 1 dell'articolo 20 della l.r. 40/2005 è aggiunta la seguente:

“ *b bis) relazione annuale sullo stato di attuazione dei piani di area vasta;* ”.

Art. 19

Piani integrati di salute. Sostituzione dell'articolo 21 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 21 della l.r. 40/2005 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ *Art. 21 Piani integrati di salute*

1. *Il piano integrato di salute (PIS), in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e del piano attuativo locale, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale.*

2. *È compito del PIS:*

a) *definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali;*

b) *individuare efficaci azioni di contrasto nei confronti delle diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria;*

- c) *adottare strategie per rendere più facili i progetti individuali di cambiamento degli stili di vita;*
- d) *individuare le modalità attuative;*
- e) *definire la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi;*
- f) *individuare, sulla base degli obiettivi di salute di cui alla lettera a), le priorità di allocazione delle risorse provenienti dal fondo sanitario regionale e di quelle dei comuni;*
- g) *definire il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con la programmazione regionale;*
- h) *promuovere l'integrazione delle cure primarie con il livello specialistico attraverso reti cliniche integrate e strutturate;*
- i) *definire, tenuto conto della complessiva organizzazione aziendale, la distribuzione sul territorio dei relativi presidi;*
- l) *individuare gli strumenti di valutazione di risultato relativi agli obiettivi specifici di zona.*
3. *Il PIS è approvato dalla conferenza zonale integrata o dalle società della salute ove esistenti, si coordina e si integra con il piano di inclusione zonale (PIZ) di cui all'articolo 29 della l.r. 41/2005, ed è presentato nei consigli comunali entro trenta giorni dalla sua approvazione.*
4. *In caso di accordo con la conferenza zonale dei sindaci il ciclo di programmazione del PIS può assorbire l'elaborazione del PIZ.*
5. *Ai fini del coordinamento delle politiche sociosanitarie con le altre politiche locali in grado di incidere sullo stato di salute della popolazione e dell'integrazione fra i diversi strumenti di programmazione locale, il procedimento di formazione del PIS prevede:*
- a) *il raccordo con le competenti strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate;*
- b) *la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del terzo settore.*
6. *Il PIS ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale. La parte operativa zonale è aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse di cui all'articolo 29, comma 5, della l.r. 41/2005.*
7. *La Giunta regionale elabora linee guida per la predisposizione del PIS e per la sua integrazione con il PIZ.* ”.

Art. 20

Piani attuativi locali. Modifiche all'articolo 22 della l.r. 40/2005

1. Il comma 1 dell'articolo 22 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
- “ 1. *Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e degli indirizzi impartiti dalla conferenza aziendale dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo i PIS, relativamente alle attività sanitarie territoriali e socio-sanitarie. Il piano attuativo locale ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti.* ”.
2. Il comma 2 dell'articolo 22 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
- “ 2. *La conferenza aziendale dei sindaci, previo parere delle conferenze zonali dei sindaci, formula indirizzi per l'azienda unità sanitaria locale per l'elaborazione del piano attuativo locale.* ”.
3. Il comma 3 dell'articolo 22 della l.r. 40/2005 è abrogato.
4. Il comma 4 dell'articolo 22 della l.r. 40/2005 è abrogato.
5. Al comma 5 dell'articolo 22 della l.r. 40/2005 le parole: “ *ospedaliera e territoriali* ” sono soppresse.

Art. 21

Piani attuativi ospedalieri. Modifiche all'articolo 23 della l.r. 40/2005

1. Al comma 2 dell'articolo 23 della l.r. 40/2005 le parole: “ *in particolare* ” sono sostituite dalla parola “ *anche* ”;
2. Al comma 4 dell'articolo 23 della l.r. 40/2005 le parole: “ *competente articolazione di area vasta della conferenza regionale delle società della salute* ” sono sostituite dalle seguenti: “ *conferenza aziendale dei sindaci* ”.

Art. 22

Piano di area vasta. Inserimento dell' articolo 23 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 23 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
- “ *Art. 23 bis Piano di area vasta*

1. Il piano di area vasta è lo strumento attraverso il quale si armonizzano e si integrano, su obiettivi unitari di salute ed in coerenza con la programmazione regionale, i livelli di programmazione dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera universitaria.
2. Il piano di area vasta, in particolare, coordina l'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, definiti attraverso i dipartimenti interaziendali di area vasta, garantendo l'appropriatezza degli interventi, anche tenendo conto delle particolari condizioni delle zone disagiate e montane del territorio.
3. Il piano di area vasta è proposto dal direttore per la programmazione di area vasta, coadiuvato dal comitato operativo, di cui all'articolo 9 ter, comma 4.
4. Il piano di area vasta, previa intesa con la conferenza aziendale dei sindaci e il Rettore dell'università per quanto di competenza, è trasmesso alla Giunta regionale che ne controlla la conformità con il piano sanitario e sociale integrato regionale e lo approva, previa acquisizione del parere della competente commissione consiliare, entro quaranta giorni dal ricevimento.
5. Il piano di area vasta ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale ed è aggiornato annualmente. ”.

Art. 23

Relazione sanitaria aziendale. Modifiche all'articolo 24 della l.r. 40/2005

1. Il comma 4 dell'articolo 24 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
“ 4. La conferenza aziendale dei sindaci esprime le proprie valutazioni sulle relazioni sanitarie e le trasmette alla Giunta regionale. ”.
2. Dopo il comma 4 dell'articolo 24 della l.r. 40/2005 è aggiunto il seguente:
“ 4 bis. Il direttore generale riferisce annualmente alla commissione consiliare competente in merito ai contenuti della relazione sanitaria aziendale ”.

Art. 24

Finanziamento delle aziende unità sanitarie locali. Modifiche all'articolo 27 della l.r. 40/2005

1. Il comma 1 dell'articolo 27 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
“ 1. La Giunta regionale provvede annualmente, all'assegnazione alle aziende unità sanitarie locali del fondo ordinario di gestione, ripartendolo tra le stesse secondo i criteri definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale finalizzati anche ad assicurare un'equa ripartizione delle risorse in funzione delle diverse condizioni socio ambientali del territorio delle aziende medesime. ”

Art. 25

Finanziamento delle aziende ospedaliere universitarie. Modifiche all'articolo 28 della l.r. 40/2005

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 28 della l.r. 40/2005 è aggiunto il seguente:
“ 2 bis. In relazione ai fondi di cui al comma 2, il piano sanitario e sociale integrato regionale individua criteri atti ad assicurare una equilibrata ripartizione di tali risorse tra le aziende ospedaliere universitarie ”.

Art. 26

Finanziamento aziendale tramite tariffe. Modifiche all'articolo 30 della l.r. 40/2005

1. Dopo il comma 3 dell'articolo 30 della l.r. 40/2005 è aggiunto il seguente:
“ 3 bis. Al fine del rilascio dell'autorizzazione, di cui al comma 1, la commissione di cui all'articolo 10, comma 4 quinquies, esprime apposito parere. ”.

Art. 27

Indebitamento delle aziende e dell' ESTAR. Modifiche all' articolo 30 bis della l.r. 40/2005

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 30 bis della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
“ 1 bis. Fatto salvo quanto stabilito da eventuali disposizioni legislative o regolamentari a valenza nazionale, la determinazione delle poste del valore della produzione che compongono le entrate proprie correnti di cui al comma 1 è affidata a deliberazioni della Giunta regionale. ”.

CAPO VI

Modifiche al capo I del titolo IV della l.r. 40/2005

Art. 28

Aziende ospedaliere universitarie. Modifiche all'articolo 33 della l.r. 40/2005

1. Alla lettera f) del comma 2 dell'articolo 33 della l.r. 40/2005 la parola “ *inscindibilmente* ” è soppressa.

Art. 29

Rete pediatrica e ruolo dell'azienda ospedaliero universitaria Meyer. Inserimento dell' articolo 33 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 33 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 33 bis - Rete pediatrica e ruolo dell'azienda ospedaliero universitaria Meyer

1. L'azienda ospedaliero universitaria Meyer assicura, nell'ambito regionale, di concerto con i direttori per la programmazione di area vasta ed i direttori generali delle aziende sanitarie, la funzione di riorganizzazione e coordinamento operativo della rete pediatrica regionale.

2. In tale ambito, l'azienda ospedaliero universitaria Meyer procede, di concerto con i direttori per la programmazione di area vasta ed i direttori generali delle aziende sanitarie, alla definizione:

a) dei percorsi assistenziali omogenei, anche con l'integrazione ospedale-territorio e il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, favorendo e sviluppando la presa in carico del paziente minore di età nelle sedi più vicine alla sua abitazione, fatte salve le attività diagnostico-clinico-terapeutiche a più elevata complessità;

b) le iniziative necessarie per assicurare la continuità assistenziale e cure tempestive ed appropriate;

c) di percorsi per una precoce presa in carico integrata della grave cronicità in età pediatrica;

d) dei ruoli dei diversi soggetti che fanno parte della rete pediatrica;

e) dello sviluppo delle conoscenze attraverso attività formative rivolte al personale medico e delle professioni sanitarie, in ambito pediatrico.

3. L'azienda ospedaliero universitaria Meyer si raccorda con i direttori per la programmazione di area vasta e con i direttori generali delle aziende sanitarie per la condivisione di una metodologia organizzativa omogenea, per l'applicazione di percorsi assistenziali definiti e per la promozione della qualità e dell'appropriatezza delle cure in ambito pediatrico.

4. Il governo e la composizione della rete pediatrica regionale è definito dalla Giunta regionale con specifica deliberazione. ”.

Art. 30

Percorso pediatrico nel pronto soccorso degli ospedali regionali e cronicità in ambito pediatrico. Inserimento dell' articolo 33 ter nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 33bis della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 33 ter Percorso pediatrico nei pronto soccorso degli ospedali regionali e cronicità in ambito pediatrico

1. Nei presidi ospedalieri toscani con oltre duemilacinquecento accessi pediatrici annui sono assunte le iniziative necessarie per assicurare la continuità dell'assistenza pediatrica, nonché per garantire il diritto del minore all'accesso specifico riservato a cure tempestive ed appropriate, anche attraverso aree individuate fisicamente che garantiscano ai percorsi di permanenza nel settore dell'emergenza urgenza le peculiari necessità del minore, dalle attrezzature mediche e di assistenza agli spazi ludici e di soggiorno, di diagnostica e di cura.

2. Per la grave cronicità in età pediatrica sono istituiti percorsi per una precoce presa in carico integrata multidisciplinare. I centri di riferimento presenti in Toscana si coordinano e predispongono protocolli condivisi su tutto il territorio regionale validati dalla letteratura internazionale per una gestione in rete che garantisca la massima qualità, nonché la disponibilità di cure idonee prossime al luogo di residenza della famiglia ”.

Art. 31

Sperimentazioni gestionali. Sostituzione dell' articolo 34 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 34 della l.r.40/2005 è sostituito dal seguente:

“ Art. 34 Sperimentazioni gestionali

1. Le aziende sanitarie, al fine di introdurre nell'organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare rapporti in forma societaria con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale e relativamente alle attività in essa indicate

2. È fatto obbligo alle aziende di sottoporre preventivamente alla Giunta regionale lo schema dello statuto delle società che si intende costituire, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati gestionali attesi. La Giunta regionale propone l'atto conseguente al Consiglio regionale che l'approva entro i successivi trenta giorni. L'attivazione dei rapporti in forma societaria avviene nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 9-bis del decreto delegato.

3. Il Consiglio regionale verifica annualmente l'andamento delle società costituite per le sperimentazioni gestionali. ”.

Art. 32

Sperimentazioni gestionali con convenzione. Inserimento dell' articolo 34 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 34 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ *Art. 34 bis*

1. Le aziende sanitarie, al fine di introdurre nell'organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare convenzioni con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale e relativamente alle attività in essa indicate

2. È fatto obbligo alle aziende di sottoporre preventivamente alla Giunta regionale lo schema della convenzione che si intende attivare, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati gestionali attesi. La Giunta regionale propone l'atto conseguente al Consiglio regionale che l'approva entro i successivi trenta giorni. L'attivazione dei rapporti con convenzione avviene nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 9-bis del decreto delegato.

3. Il Consiglio regionale verifica annualmente l'andamento delle convenzioni attivate per le sperimentazioni gestionali. ”.

CAPO VII**Modifiche al capo II del titolo IV della l.r. 40/2005****Art. 33**

Organi. Modifiche all'articolo 35 della l.r. 40/2005

1. Dopo la lettera a) del comma 1 dell'articolo 35 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“ *a bis) il collegio di direzione; ”.*

Art. 34

Funzioni e competenze del direttore generale. Modifiche all'articolo 36 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 36 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ *poteri di gestione* ” è inserita la seguente: “ *complessiva* ”

2. La lettera a) del comma 3 dell'articolo 36 della l.r.40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ *a) la nomina, la sospensione e la decadenza del direttore amministrativo, del direttore sanitario, e, per le aziende unità sanitarie locali, del direttore dei servizi sociali e del direttore della rete ospedaliera; ”*

3. La lettera h) del comma 3 dell'articolo 36 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ *h) i provvedimenti che comportano modifiche del patrimonio immobiliare dell'azienda; ”.*

Art. 35

Cause di decadenza e revoca del direttore generale. Modifiche all'articolo 39 della l.r. 40/2005

1. Il comma 8 dell'articolo 39 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ *8. La conferenza aziendale dei sindaci, nel caso di manifesta inattuazione dei piani attuativi locali, può chiedere al Presidente della Giunta regionale di revocare il direttore generale o, qualora il contratto sia già scaduto, di non disporre l'attribuzione di un ulteriore mandato. ”.*

Art. 36

Il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore dei servizi sociali. Modifiche all'articolo 40 della l.r. 40/2005

1. Il comma 3 dell'articolo 40 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ *3. Nelle aziende unità sanitarie locali il direttore è coadiuvato da un direttore dei servizi sociali con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di cui all'articolo 3-septies del decreto delegato. ”.*

Art 37

Elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo a direttore sanitario, a direttore dei servizi sociali, a direttore delle società della salute e a direttore delle zone distretto.

Modifiche all' articolo 40 bis della l.r. 40/2005

1. Il comma 1 dell'articolo 40 bis della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ *1. Presso la competente struttura della Giunta regionale sono istituiti gli elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo di aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliero-universitarie e ESTAR, degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario di aziende unità sanitarie locali e di aziende ospedaliero-universitarie, degli aspiranti alla nomina a direttore dei servizi sociali di aziende unità sanitarie locali e degli aspiranti alla nomina dei direttori delle società della salute e dei direttori delle zone distretto. ”.*

Art. 38

Collegio di direzione delle aziende sanitarie. Inserimento dell' articolo 40 ter nella l.r. 40/2005

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

“ *Art. 40 ter Collegio di direzione delle aziende sanitarie.*

1. In ogni azienda sanitaria è costituito il collegio di direzione, di cui la direzione aziendale si avvale per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali; il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il collegio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'azienda con modalità disciplinate dallo statuto; la disciplina prevede la convocazione periodica dell'organismo da parte del direttore sanitario, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione del collegio di direzione all'azione di governo.

2. Il collegio di direzione è composto da:

a) Il direttore sanitario, che lo presiede;

b) i vice presidenti del consiglio dei sanitari;

c) i direttori dei dipartimenti, di cui all'articolo 69 bis, comma 2;

d) i direttori infermieristico e tecnico sanitario di cui all'articolo 69 quinquies comma 5;

e) un medico di medicina generale eletto fra i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) 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, e un pediatra di libera scelta eletto dal comitato aziendale della pediatria di libera scelta.

3. Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte del collegio di direzione anche i coordinatori sanitari ed i coordinatori sociosanitari di zona di cui all'articolo 64.2, comma 4, ed i direttori dei presidi ospedalieri.

4. Nelle aziende ospedaliero-universitarie i membri di cui al comma 2, lettere b) e c), sono complessivamente in numero uguale per le componenti universitaria ed ospedaliera; a tal fine, ove si verificasse uno squilibrio tra le due componenti, il collegio di direzione è integrato dal numero di membri necessario per raggiungere la parità, designati dai dipartimenti tra i dirigenti laureati responsabili di strutture organizzative all'interno dei dipartimenti stessi.

5. Alle sedute del collegio di direzione partecipano altresì il direttore amministrativo, e il farmacista incaricato dal direttore sanitario del coordinamento e dell'integrazione a livello aziendale delle politiche del farmaco. ”.

Art. 39

Collegio sindacale. Nomina e funzionamento. Modifiche all' articolo 41 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 41 della l.r. 40/2005 le parole: “ *è composto da cinque membri nominati* ” sono sostituite dalle seguenti: “ *è nominato* ”.

2. Dopo il comma 1 dell'articolo 41 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ *1 bis. Il Presidente della Giunta regionale designa un membro del collegio sindacale delle aziende unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 3 ter, comma 3, del decreto delegato, previa deliberazione del Consiglio regionale* ”.

CAPO VIII**Modifiche al capo III del titolo IV della l.r. 40/2005****Art. 40**

Le strutture regionali del governo clinico. Modifiche all' articolo 43 della l.r. 40/2005

1. La lettera d) del comma 1 dell'articolo 43 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ *d) Centro regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente;* ”.

2. Dopo la lettera d bis) del comma 1 dell'articolo 43 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“ *d ter) Centro regionale di riferimento per le criticità relazionali;* ”.

3. Dopo la lettera d ter) del comma 1 dell'articolo 43 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“ *d quater) Centro regionale di riferimento per la verifica esterna di qualità (VEQ);* ”.

4. Dopo la lettera d quater) del comma 1 dell'articolo 43 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“ *d quinquies) Centro di coordinamento regionale per la salute e la medicina di genere.* ”.

5. Il comma 4 dell'articolo 43 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 4. La Giunta regionale, con proprio provvedimento, disciplina:

- a) le funzioni ed i compiti delle strutture e degli organismi di governo clinico, nonché il rimborso dei costi connessi al loro funzionamento, nell'ambito del perseguimento di obiettivi di carattere generale;*
- b) la corresponsione, in conformità alla normativa statale vigente, delle indennità e dei rimborsi spese spettanti ai componenti delle strutture e degli organismi di governo clinico, determinandone gli importi, i criteri e le modalità di erogazione; l'importo delle indennità è determinato tenendo conto della funzione di ciascun organismo, della complessità degli atti che è chiamato ad assumere, dell'impegno richiesto ai componenti e delle conseguenti responsabilità. ”.*

Art. 41

Consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali. Modifiche all'articolo 44 della l.r. 40/2005

1. Alla lettera d) del comma 2 dell'articolo 44 della l.r. 40/2005 le parole: “ *di vigilanza ed ispezione* ” sono sostituite dalle seguenti: “ *della prevenzione* ”.

Art. 42

Consiglio dei sanitari delle aziende ospedalierouniversitarie. Modifiche all'articolo 45 della l.r. 40/2005

1. La lettera c) del comma 3 dell'articolo 45 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ c) quattro componenti in rappresentanza degli altri laureati, in misura pari tra la componente universitaria e quella ospedaliera ”;

2. Il comma 9 dell'articolo 45 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 9. Al fine di assicurare la piena rappresentatività nel consiglio dei sanitari delle strutture di cui al comma 3, lettera a), in sede di insediamento, il direttore generale può designare i membri, individuati tra i dirigenti, nel numero strettamente necessario a soddisfare i criteri di parità enunciati nei commi precedenti fino ad un massimo di otto membri, tenendo conto dei livelli di responsabilità nell'organizzazione aziendale ”.

Art. 43

Competenze e funzionamento del consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedalierouniversitarie. Modifiche all'articolo 46 della l.r. 40/2005

1. Al comma 3 dell'articolo 46 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ *comma 3, lettera a)* ” sono aggiunte le seguenti: “ *i candidati alla vice presidenza devono provenire dalla componente elettiva del consiglio* ”.

Art. 44

Abrogazione dell'articolo 48 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 48 della l.r. 40/2005 è abrogato.

Art. 45

Abrogazione dell'articolo 49 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 49 della l.r. 40/2005 è abrogato

CAPO IX

Modifiche al capo IV del titolo IV della l.r. 40/2005

Art. 46

Statuto aziendale. Modifiche all'articolo 50 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 le parole: “ *dei criteri fissati dal piano sanitario e sociale integrato regionale* ” sono sostituite dalle seguenti: “ *delle direttive impartite dalla Giunta regionale previo parere della commissione consiliare competente* ”.

2. Alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 dopo la parola “ *azienda* ” sono inserite le seguenti: “ *e le eventuali sedi operative* ”.

3. Alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 le parole: “ *di coordinamento tecnico* ” sono sostituite dalle seguenti: “ *di cui alla presente legge* ”.

4. Dopo la lettera e) del comma 2 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 è aggiunta la seguente:

“ e bis) i casi in cui il comitato di dipartimento di cui all'articolo 69 bis, comma 6, esprime pareri. ”.

5. Al comma 4 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ *Lo schema di statuto aziendale* ” sono inserite le seguenti: “ *e il regolamento di organizzazione aziendale* ”. Dopo le parole: “ *La Giunta regionale esprime il proprio parere* ” sono inserite le seguenti: “ *, sentita la commissione consiliare competente,* “

6. Il comma 5 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 è abrogato.

7. Alla lettera b) del comma 7 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 le parole: " 48, comma 4 " sono sostituite dalle seguenti: " 40 ter, comma 4 ".

CAPO X

Modifiche al capo V del titolo IV della l.r. 40/2005

Art. 47

La rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua. Modifiche all'articolo 51 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 dopo le parole: " rete ospedaliera " sono inserite le seguenti: " e territoriale ".

2. Al comma 3 dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 dopo le parole: " (Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica "ISPO". Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica "CSPO") " sono inserite le seguenti. " e dalle altre strutture che effettuano attività formativa di livello regionale. ".

3. Alla lettera f) del comma 5 dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 la parola " interprofessionale " è sostituita dalle seguenti: " multi professionale; ".

4. Il comma 6 dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

" 6. La Giunta regionale promuove l'accreditamento delle agenzie formative e l'implementazione di un'anagrafe formativa regionale alimentata dalle stesse. La Giunta regionale, al fine di allineare l'anagrafe formativa regionale con l'anagrafe nazionale, promuove convenzioni, anche a titolo sperimentale, con ordini e collegi e loro consorzi o comunque con i soggetti a cui compete la gestione dell'anagrafe nazionale. ".

5. Dopo il comma 6 dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

" 6 bis. L'Osservatorio sulla qualità della formazione sanitaria, già istituito presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, svolge le seguenti funzioni:

a) effettua gli audit nell'ambito del sistema di accreditamento delle agenzie formative;

b) valuta la qualità della formazione erogata dalle agenzie accreditate. ".

6. Dopo il comma 6 bis dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

" 6 ter. La composizione dell'Osservatorio è definita con apposita deliberazione di Giunta regionale, garantendo una adeguata rappresentanza delle professioni interessate e dei responsabili degli uffici per la formazione delle aziende sanitarie. ".

Art. 48

Apporto della rete formativa regionale alla formazione di base. Modifiche all'articolo 52 della l.r. 40/2005

1. Alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 52 della l.r. 40/2005 le parole: " tutor o di docente " sono sostituite dalle seguenti: " coordinamento, tutor e di docente ".

Art. 49

La ricerca e l'innovazione. Modifiche all'articolo 54 della l.r. 40/2005

1. All'alinea del comma 2 dell'articolo 54 della l.r. 40/2005 le parole: " dell'assistenza farmaceutica, " sono sostituite dalle seguenti: " dell'assistenza sanitaria e farmaceutica in particolare, ".

2. La lettera b) del comma 2 dell'articolo 54 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

" b) l'innovazione farmacologica, tecnologica ed organizzativa; ".

3. Al comma 2 dell'articolo 54 della l.r. 40/2005, dopo la lettera c) è aggiunta la seguente: " c bis) l'innovazione organizzativa e gestionale per migliorare il rapporto tra esiti e costo delle cure ".

CAPO XI

Modifiche al capo I del titolo V della l.r. 40/2005

Art. 50

Principi e finalità dell'organizzazione. Modifiche all'articolo 55 della l.r. 40/2005

1. Alla lettera i) del comma 3 dell'articolo 55 della l.r. 40/2005 dopo le parole: " di qualità, " sono aggiunte le seguenti: " di appropriatezza, ".

2. Dopo la lettera j) del comma 3 dell'articolo 55 della l.r. 40/2005 è aggiunta la seguente: " j bis) rispetto delle norme legislative e dei contratti vigenti ".

Art. 51**Funzioni di pianificazione, programmazione e controllo. Modifiche all'articolo 56 della l.r. 40/2005**

1. Al comma 3 dell'articolo 56 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ *direzione aziendale,* ” sono aggiunte le seguenti: “ *in coerenza con quanto previsto dal piano di area vasta e dal PSSIR* ”.
2. Alla fine del comma 4 dell'articolo 56 della l.r. 40/2005 , sono aggiunte le seguenti parole: “ *, anche prevedendo sistematici processi di confronto con le altre aziende sanitarie* ”.

Art. 52**Direzione aziendale. Modifiche all'articolo 57 della l.r. 40/2005**

1. Il comma 2 dell'articolo 57 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
“ *2. Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte della direzione aziendale anche i responsabili di zona, il direttore dei servizi sociali e il responsabile della rete ospedaliera.* ”.
2. Al comma 3 dell'articolo 57 della l.r. 40/2005 le parole: “ *; nelle aziende unità sanitarie locali all'ufficio di direzione così costituito possono essere chiamati a partecipare anche i direttori dei presidi ospedalieri* ” sono soppresse.
3. Il comma 4 dell'articolo 57 della l.r. 40/2005 è abrogato.

CAPO XII**Modifiche al capo II del titolo V della l.r. 40/2005****Art. 53****Criteria per la costituzione delle strutture organizzative professionali. Modifiche all'articolo 61 della l.r. 40/2005**

1. Al comma 5 dell'articolo 61 della l.r. 40/2005 la parola “ *definisce* ” è sostituita dalle seguenti: “ *individua nel repertorio di cui all'articolo 58* ”.

Art. 54**Responsabilità delle strutture organizzative professionali. Sostituzione dell'articolo 62 della l.r. 40/2005**

1. L'articolo 62 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
“ *Art. 62 Responsabilità delle strutture organizzative professionali*
1. La responsabilità dell'unità operativa è attribuita dal direttore generale:
a) ad un dirigente del ruolo sanitario per le unità operative titolari di funzioni operative sanitarie, ai sensi della normativa vigente;
b) ad un dirigente delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 per le unità operative relative alle corrispondenti aree professionali classificate di livello dirigenziale secondo i criteri stabiliti nel piano sanitario e sociale integrato regionale;
c) ad un collaboratore professionale, esperto delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 e della professione di assistente sociale per le unità operative diverse da quelle di cui alla lettera b);
d) ad un dirigente dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, per le unità operative titolari di funzioni operative di carattere tecnico ed amministrativo.
2. Per le unità operative universitarie delle aziende ospedaliero-universitarie, gli incarichi sono conferiti dal direttore generale secondo le modalità di cui all'articolo 5 del d.lgs. 517/1999 .
3. Il responsabile delle unità operative è denominato direttore.
4. In conformità all'articolo 15, comma 7 quater, del decreto delegato:
a) l'incarico di responsabile di sezione è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza, ad un dirigente con anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico;
b) l'incarico di responsabile di unità operativa semplice dipartimentale è attribuito dal direttore generale, sentiti i direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, su proposta del direttore di dipartimento ad un dirigente con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. ”.

CAPO XIII**Modifiche al capo III del titolo V della l.r. 40/2005****Art. 55****Strutture organizzative funzionali delle aziende sanitarie. Modifiche all'articolo 63 della l.r.**

40/2005

1. Il comma 2 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 2. Presso la direzione delle aziende sanitarie le strutture organizzative professionali corrispondenti alle funzioni amministrative, tecniche e di supporto alla direzione aziendale sono organizzate nelle seguenti strutture funzionali:

a) Aree funzionali amministrative relative alle specifiche funzioni aziendali;

b) Aree funzionali tecniche relative alle specifiche funzioni aziendali;

c) Staff di direzione, articolato in staff di direzione aziendale e staff di direzione sanitaria ”.

2. Al numero 1) della lettera a) del comma 3 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 dopo la parola: “ prevenzione ” sono inserite le seguenti: “ costituite a livello di zona distretto ”.

3. Il numero 2 della lettera a) del comma 3 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 2) i dipartimenti di cui agli articoli 67 e 69 bis; ”.

4. Il numero 3 della lettera a) del comma 3 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è abrogato.

5. Dopo il comma 3 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ 3 bis: Per specifici percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, caratterizzati da elevato bisogno di multidisciplinarietà e integrazione professionale, possono essere costituiti centri di coordinamento e direzione funzionale la cui responsabilità è attribuita dal direttore generale ad un direttore delle unità operative facenti parte del percorso ove coinvolte più UUOO o ad un dirigente sanitario del più alto livello professionale nel caso di organizzazioni formate da soli professionisti, senza afferenze dirette delle unità operative. ”

6. All'alinea del comma 4 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 le parole: “ numero 2) ” sono sostituite dalle seguenti: “ numero 1) ”.

7. Alla lettera a) del comma 4 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 dopo la parola “ budget ” è inserita la seguente: “ assegnato ”.

8. Il comma 5 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 5. Per le strutture funzionali di cui al comma 3, lettera a), numero 2), la nomina del responsabile è effettuata dal direttore generale ai sensi degli articoli 67 e 69 bis e seguenti ”.

9. Il comma 6 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è abrogato.

Art. 56*Zonedistretto. Sostituzione dell'articolo 64 della l.r. 40/2005*

1. L'articolo 64 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ Art. 64 - Zona-distretto

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

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

3. La zona distretto costituisce il livello di organizzazione delle funzioni direzionali interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, socio sanitarie e sociali integrate.

4. Le zone-distretto sono individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della conferenza regionale dei sindaci, nel rispetto delle zone disagiate, delle zone montane, di confine e insulari, della loro identità territoriale, delle esperienze socio-sanitarie maturate e consolidate, anche in ragione del rapporto fra dimensioni elevate del territorio e scarsa densità abitativa.

5. La zona distretto, tenendo conto dei bisogni di salute della popolazione afferente, nel rispetto delle zone disagiate e di confine, delle risorse messe a disposizione dall'azienda e dai comuni, organizza e gestisce la continuità e le risposte territoriali della integrazione sociosanitaria, compresi i servizi per la salute mentale e le dipendenze e della non autosufficienza.

6. La zona distretto, sulla base degli obiettivi e delle risorse messe a disposizione dall'azienda, nel rispetto degli atti di programmazione locale, governa sulla base dei protocolli di cura e delle indicazioni dei bisogni espressi anche dalla medicina generale, i percorsi inerenti le cure primarie, la specialistica territoriale, l'attività dei consultori e la continuità assistenziale ospedale- territorio.

7. In base ai protocolli di cui al comma 6 potranno essere definite modalità di integrazione, formazione e scambio all'interno dei percorsi ospedalieri e territoriali del personale, anche convenzionato. ”.

Art. 57**Direttore di zona. Inserimento dell'articolo 64.1 nella l.r. 40/2005**

1. Dopo l'articolo 64 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 64.1 Direttore di zona

1. A ciascuna zona-distretto è preposto un direttore di zona, nominato dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale a seguito di avviso pubblico tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 64-bis, previa intesa con la conferenza zonale integrata, che agisce sulla base e nei limiti delle deleghe conferite, in particolare, in materia di assistenza territoriale e integrazione sociosanitaria.

2. Presso ciascuna zona-distretto il direttore di zona provvede ad attuare le funzioni definite dall'articolo 64 e a questo scopo:

a) garantisce rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'azienda unità sanitaria locale e gli enti locali e realizza le attività definite dalla programmazione sanitaria e di integrazione socio-sanitaria, in diretta relazione con gli organismi di cui all'articolo 12 bis;

b) coordina le attività tecnico-amministrative a supporto della zona avvalendosi della apposita struttura amministrativa individuata dal repertorio di cui all'articolo 58, comma 1;

c) gestisce il budget assegnato alla zona-distretto e negozia con i responsabili delle unità funzionali della zona-distretto e i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali i budget di rispettiva competenza in coerenza con gli atti di programmazione aziendale e con gli altri atti di programmazione adottati in ambito aziendale e zonale;

d) si raccorda con il direttore del presidio ospedaliero di zona, di cui all'articolo 68, al fine di garantire, nell'ambito della programmazione aziendale, l'integrazione delle attività specialistiche nelle reti integrate sanitarie e socio-sanitarie territoriali e a supporto dei percorsi di continuità ospedale-territorio, con particolare riguardo alla presa in carico delle cronicità e delle fragilità;

e) svolge attività di monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi territoriali;

f) garantisce e promuove la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni di rappresentanza. ”.

Art. 58**Struttura a supporto del direttore di zona. Inserimento dell'articolo 64.2 nella l.r. 40/2005**

1. Dopo l'articolo 64.1 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 64.2 Struttura a supporto del direttore di zona

1. Nel territorio della zona-distretto il direttore di zona è coadiuvato da un comitato di coordinamento composto da:

a) un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta e uno specialista ambulatoriale convenzionato, designati, rispettivamente, dai coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT), dagli specialisti pediatri e dagli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nella zona-distretto;

b) un farmacista convenzionato, designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nella zona-distretto;

c) un rappresentante delle associazioni di volontariato, designato dalla consulta del terzo settore;

d) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica ed ostetrica, un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, un coordinatore per le attività dei tecnici della prevenzione, individuati dai direttori dei rispettivi dipartimenti, sentito il responsabile di zona, tra i direttori delle corrispondenti unità operative professionali;

e) i responsabili delle unità funzionali che operano nei settori di cui all'articolo 66, comma 4.

2. Il direttore di zona, per le funzioni gestionali, è coadiuvato da un ufficio di direzione zonale composto da:

a) i responsabili delle unità funzionali relative ai settori di attività di cui all'articolo 66, comma 4;

b) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica e un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, individuati dal direttore di zona su proposta del direttore dei rispettivi dipartimenti ;

c) i coordinatori delle AFT;

d) il coordinatore sociale di cui all'articolo 37 della l.r. 41/2005 .

3. All'Ufficio di direzione è invitato il direttore del presidio ospedaliero di zona.

4. Tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale di cui al comma 2 il direttore di zona individua un coordinatore sanitario ed un coordinatore sociosanitario che lo coadiuvano nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.

5. Il direttore di zona, per le funzioni relative alla programmazione unitaria per la salute e per quelle relative all'integrazione sociosanitaria, è coadiuvato da un apposito ufficio di piano costituito da personale

messo a disposizione dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale. L'ufficio di piano supporta anche l'elaborazione del piano di inclusione zonale di cui all'articolo 29 della l.r. 41/2005.

6. Nelle zone nelle quali sono costituite le società della salute, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale delega al direttore della società della salute le funzioni di direttore di zona. Tali funzioni sono esercitate sulla base dell'intesa prevista all'articolo 50, comma 6, e ai sensi del regolamento di cui all'articolo 71 quindicesimo. ”.

Art. 59

Rapporto di lavoro del direttore di zona. Modifiche all' articolo 64 bis della l.r. 40/2005

1. All'alinea del comma 1 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ *conferito a* ” sono aggiunte le seguenti: “ *un soggetto in servizio che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età ed in particolare:* ”.

2. La lettera a) del comma 1 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ *a) un dirigente dipendente del servizio sanitario regionale o del comune con almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico sanitaria o tecnico amministrativa in ambito sanitario o socio-sanitario con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie;* ”.

3. La lettera b) del comma 1 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ *b) soggetti in possesso di diploma di laurea con almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico sanitaria o tecnico amministrativa in ambito sanitario o socio-sanitario o socio-assistenziale con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, operanti in organismi, aziende o enti pubblici o privati;* ”.

4. La lettera d) del comma 1 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente: “ *d) un medico di base convenzionato da almeno dieci anni, in possesso di titoli comprovanti idonea formazione manageriale* ”.

5. Al comma 2 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 dopo la parola “ *zona* ” sono inserite le seguenti: “ *, di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, rinnovabile,* ”.

6. Dopo il comma 2 dell'articolo 64 bis è inserito il seguente:

“ *2 bis. Non è consentita la nomina a direttore di zona per più di tre mandati consecutivi nello stesso incarico presso la stessa zona; la durata complessiva dell'incarico non può comunque essere superiore a dieci anni.* ”.

7. Il comma 3 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente: “ *3. Il trattamento economico del direttore di zona è determinato nella misura del settanta per cento del trattamento economico del direttore generale delle aziende USL* ”.

Art. 60

Comitato di partecipazione degli utenti. Modifiche all' articolo 64 ter della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 64 ter della l.r. 40/2005 , dopo le parole: “ *conferenza zonale* ” è inserita la seguente: “ *integrata* ”;

Art. 61

L'organizzazione della zonadistretto. Modifiche all'articolo 66 della l.r. 40/2005

1. Alla fine della lettera b) del comma 3 dell'articolo 66 della l.r. 40/2005 , sono inserite le seguenti parole: “ *e dei risultati conseguiti* ”;

Art. 62

Dipartimento della prevenzione. Modifiche all'articolo 67 della l.r. 40/2005

1. Il comma 2 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ *2. Il dipartimento della prevenzione si articola nelle seguenti unità funzionali:*

a) igiene pubblica e della nutrizione;

b) sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;

c) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;

d) medicina dello sport;

e) ulteriori unità funzionali in particolari settori di alta specializzazione e che necessitano di un forte raccordo territoriale, individuate dalla Giunta regionale con proprio atto. ”.

2. Dopo il comma 2 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ *2 bis. L'ambito di operatività delle unità funzionali, di cui al comma 2, lettere a), b) e c), è quello della zona distretto.* ”.

3. Dopo il comma 2 bis dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
“ 2 ter. *Le unità funzionali, di cui al comma 2, lettere d) ed e), sono a valenza aziendale.* ”.
4. Dopo il comma 2 ter dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
“ 2 quater. *In ogni azienda sono costituite, sulla base degli indirizzi contenuti in specifica delibera di Giunta, le unità operative professionali.* ”.
5. Dopo il comma 2 quater dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
“ 2 quinquies. *Le funzioni di direttore di unità operativa possono essere disgiunte da quelle di responsabile di unità funzionale.* ”.
6. Dopo la lettera g) del comma 3 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 è aggiunta la seguente:
“ g bis) *è responsabile del coordinamento e del monitoraggio a livello aziendale delle attività e dei soggetti coinvolti nella realizzazione delle progettualità riguardanti il piano regionale per la prevenzione.* ”.
7. Al comma 4 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005, la parola “ *prescrizioni* ” è soppressa.
8. Al comma 5 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ *dai responsabili delle unità funzionali* ” sono aggiunte le seguenti: “ *e dai responsabili delle unità operative* ”.
9. Al comma 5 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 la parola “ *individua* ” è sostituita dalle parole: “ *può individuare* ”.
10. Al comma 6 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 la parola “ *generale* ” è soppressa.
11. Al comma 7 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 la parola “ *generale* ”, ricorrente quattro volte nel testo del comma, è soppressa.
12. Il comma 8 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
“ 8. *I dipartimenti della prevenzione possono svolgere in forma associata talune prestazioni, sentito il comitato tecnico di cui al comma 7. In particolare, ai dipartimenti viene ricondotta la funzione di sorveglianza epidemiologica* ”.
13. Al comma 10 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 le parole: “ *sede di area vasta* ” sono sostituite dalle seguenti: “ *sede di azienda* ”.
14. Il comma 11 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
“ 11. *Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica esercita tutte le funzioni amministrative e gestionali inerenti al coordinamento tecnico-operativo e di programmazione relative alle attività dei laboratori.* ”.

Art. 63

Presidio ospedaliero di zona. Modifiche all'articolo 68 della l.r. 40/2005

1. Il comma 1 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
“ 1. *Gli ospedali presenti nello stesso ambito zonale sono accorpati nel presidio ospedaliero di zona, che costituisce la struttura funzionale dell'azienda unità sanitaria locale finalizzata all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni specialistiche di ricovero e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, intra ed extra-ospedaliere erogate al di fuori delle unità funzionali dei servizi territoriali di zona-distretto ad esclusione del servizio psichiatrico di diagnosi e cura; il responsabile della zona-distretto garantisce l'integrazione delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nel presidio ospedaliero con le altre attività di assistenza sanitaria territoriale presenti nella zona, secondo accordi specifici con il direttore del presidio ospedaliero di zona e attraverso reti cliniche integrate e strutturate* ”;
2. La lettera a) del comma 2 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:
“ a) *organizzazione delle attività ospedaliere volta a favorire la necessaria multidisciplinarietà dell'assistenza e la presa in carico multi professionale superando l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica, ove ancora esistente, e favorendo la condivisione delle risorse* ”
3. La lettera b) del comma 2 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:
“ b) *strutturazione delle attività ospedaliere in aree organizzative di presidio, quali articolazioni del presidio ospedaliero al cui interno gli spazi, le tecnologie e i posti letto sono organizzati secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero e messi a disposizione dei dipartimenti e delle unità operative al fine di un utilizzo condiviso, negoziato e integrato. Tali articolazioni possono prevedere un referente nominato dal direttore del presidio tra i direttori delle unità operative afferenti a tale area, sentiti i direttori dei dipartimenti di cui all'articolo 69 bis ai quali tali unità operative appartengono* ”
4. La lettera c) del comma 2 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è abrogata.
5. La lettera d) del comma 2 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:
“ d) *predisposizione ed attivazione di protocolli assistenziali e di cura che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica ed assistenziale del medico tutor e dell'infermiere tutor e l'utilizzo appropriato delle*

strutture e dei servizi assistenziali; ”.

6. Alla lettera f) del comma 2 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ *controllo direzionale* ” sono aggiunte le seguenti: “ *coordinato dal direttore di rete ospedaliera, di cui all'articolo 68 bis.* ”.

7. La lettera b) del comma 4 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente: “ *b) direzione delle strutture organizzative non attribuite ad alcun dipartimento; ”.*

8. La lettera c) del comma 4 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ *c) controllo e valutazione dell'attività svolta nel presidio in termini di tipologia, di quantità, di qualità, di appropriatezza, in relazione ai bisogni del territorio, ed in riferimento all'accessibilità e alla responsabilità di assicurare il percorso assistenziale* ”;

9. La lettera e) del comma 4 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ *e) organizzazione e gestione delle aree organizzative di presidio di cui al comma 2, lettera b)* ”;

10. Il comma 5 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ *5. Per l'esercizio delle proprie funzioni, il direttore del presidio ospedaliero di zona si avvale, anche attraverso la costituzione di apposito comitato, dei direttori delle unità operative dei dipartimenti afferenti al presidio e dei direttori delle unità operative non attribuite ad alcun dipartimento nonché di coordinatori delle attività infermieristiche e delle attività tecnico-sanitarie, scelti tra i responsabili delle corrispondenti unità operative professionali.* ”.

11. Il comma 6 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ *6. La riorganizzazione dell'attività ospedaliera di cui al comma 2 deve prevedere, in coerenza con gli atti costitutivi e sulla base degli atti di programmazione locali, l'aggregazione in rete dei presidi ospedalieri di zona, attraverso la razionalizzazione delle responsabilità e delle strutture direzionali di cui al comma 2, lettera e) e la costituzione di apposita struttura ospedaliera multizonale, ferma restando l'erogazione delle prestazioni di base in ambito zonale.* ”.

Art. 64

Il direttore di rete ospedaliera. Inserimento dell' articolo 68 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 68 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ *Art. 68 bis Il direttore di rete ospedaliera*

1. Il direttore di rete ospedaliera è nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, fra i responsabili dei presidi ospedalieri.

2. Il direttore di rete ospedaliera svolge le seguenti funzioni:

a) presidia, per conto della direzione sanitaria, il funzionamento degli ospedali attraverso le corrispondenti direzioni mediche, garantendo, da parte delle medesime, unitarietà di gestione e omogeneità di approccio, con particolare riguardo ai rapporti con le articolazioni territoriali;

b) garantisce la sistematicità delle relazioni con la direzione sanitaria aziendale;

c) supporta la direzione sanitaria aziendale nella pianificazione di lungo termine e la programmazione di breve-medio termine della rete ospedaliera, anche attraverso la proposizione di obiettivi da assegnare alle direzioni mediche con le quali collabora nel perseguimento degli stessi e ne controlla la relativa attuazione;

d) assicura la coerenza organizzativa e gestionale degli ospedali;

e) promuove la cultura dell'integrazione organizzativa e della pratica interdisciplinare, ne supporta lo sviluppo e ne presidia la traduzione operativa. ”.

Art. 65

Dipartimenti delle aziende ospedaliere universitarie. Modifiche all'articolo 69 della l.r. 40/2005

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 69 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ *2 bis. Per l'organizzazione delle professioni sanitarie il direttore generale procede secondo le disposizioni dell'articolo 69 bis prevedendo almeno il dipartimento delle professioni sanitarie* ”

Art. 66

Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali. Inserimento dell' articolo 69 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 69 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ *Art. 69 bis Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali*

1. I dipartimenti sono lo strumento organizzativo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali.

2. I dipartimenti di cui al comma 1 si distinguono nei seguenti:

a) dipartimenti di tipo ospedaliero;

b) dipartimenti territoriali;

c) dipartimento della medicina generale;

d) dipartimenti delle professioni articolati in:

1) dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche;

2) dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione.

3) dipartimento del servizio sociale.

3. Ogni azienda unità sanitaria locale definisce con lo statuto l'organizzazione dipartimentale, sulla base di specifici indirizzi adottati con deliberazione di Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, i quali tengono conto:

a) della necessità di garantire la gestione integrata e diretta delle risorse professionali e dei beni di consumo sanitari;

b) della necessità di garantire l'utilizzo condiviso e negoziato all'interno delle aree organizzative di presidio di cui all'articolo 68, comma 2, lettera b).

4. Nell'ambito di ogni dipartimento, al fine di garantire la multi professionalità, è costituito, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto delegato, il comitato di dipartimento presieduto dal direttore di dipartimento e composto dai responsabili delle unità operative complesse e semplici appartenenti al dipartimento, oltre ai rappresentanti delle altre componenti professionali che partecipano ai percorsi assistenziali del dipartimento stesso. Ogni azienda unità sanitaria locale può prevedere ulteriori componenti del comitato in ragione del proprio modello organizzativo e disciplina le modalità di funzionamento attraverso un apposito regolamento

5. Per quanto attiene il dipartimento di cui al comma 2, lettera c), i membri del comitato di dipartimento sono eletti fra i coordinatori delle AFT che al loro interno individuano una terna da proporre al direttore generale per la nomina del direttore di dipartimento.

6. Il comitato di dipartimento è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e di verifica, esprime i pareri previsti dallo statuto aziendale e supporta il direttore di dipartimento nel processo di negoziazione degli obiettivi di budget. I componenti del comitato rimangono in carica per lo stesso periodo di incarico del direttore di dipartimento e decadono con la nomina dei loro successori. ”.

Art. 67

Dipartimenti ospedalieri. Inserimento dell' articolo 69 ter nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 69 bis della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:.

“ Art. 69 ter Dipartimenti ospedalieri

1. Il dipartimento ospedaliero è il modello ordinario di governo operativo delle attività ospedaliere.

2. Il dipartimento di cui al comma 1 ha carattere tecnico-professionale in materia clinico-organizzativa e gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti e il compito di sviluppare il governo clinico nei percorsi assistenziali ospedalieri e le sinergie necessarie per l'integrazione con i percorsi territoriali.

3. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale tra i dirigenti con incarico di direzione delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento; il direttore del dipartimento rimane titolare della unità operativa complessa cui è preposto.

4. La programmazione delle attività dipartimentali, negoziate con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti assegnati al dipartimento. ”.

Art. 68

Dipartimenti territoriali. Inserimento dell' articolo 69 quater nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 69 ter della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 69 quater Dipartimenti territoriali

1. Il dipartimento territoriale è il modello ordinario per il governo clinico delle attività territoriali delle aziende unità sanitarie locali.

2. Il dipartimento di cui al comma 1 ha carattere tecnico professionale e multidisciplinare e coordina l'integrazione dei principali percorsi assistenziali, presidiando l'aggiornamento professionale degli operatori, la qualità, la sicurezza, l'efficienza e l'innovazione organizzativa nel rispetto dell'equità di accesso ai servizi nelle varie articolazioni zonali.

3. Al dipartimento di cui al comma 1 è preposto un direttore nominato dal direttore generale tra i dirigenti con incarico di direzione delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento.

4. Presso ogni azienda unità sanitaria locale, è istituito, nel rispetto delle competenze demandate alla contrattazione collettiva dalla normativa vigente, il dipartimento della medicina generale, composto dai coordinatori delle AFT.

5. Il dipartimento della medicina generale partecipa alla programmazione aziendale e alla definizione dei percorsi inerenti le cure sanitarie territoriali e la continuità assistenziale ospedale-territorio dell'azienda unità sanitaria locale.

6. Il dipartimento della medicina generale, sulla base degli obiettivi attribuiti dalla direzione generale per le attività di propria competenza, negozia con la stessa direzione le risorse necessarie nell'ambito dei suddetti percorsi.

7. Il responsabile di zona si raccorda con i coordinatori di AFT per la declinazione territoriale degli obiettivi di cui al comma 6. ”.

Art. 69

Dipartimenti delle professioni. Inserimento dell' articolo 69 quinquies nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 69 quater della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 69 quinquies *Dipartimenti delle professioni*

1. Presso ogni azienda unità sanitaria locale sono costituiti:

- a) il dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche;
- b) il dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione.
- c) il dipartimento del servizio sociale.

2. I dipartimenti di cui al comma 1, hanno funzioni di tipo programmatico e funzioni di tipo gestionale allocativo e operativo. Essi, all'interno delle aree organizzative di presidio e delle unità funzionali dei distretti e della prevenzione, organizzano e gestiscono le attività e le risorse assistenziali e umane nel rispetto delle linee guida generali e della programmazione della direzione aziendale.

3. Per le finalità, di cui al comma 2, il dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche, il dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione promuovono:

- a) le integrazioni e le sinergie necessarie allo sviluppo delle risorse professionali ed il loro impiego più efficiente ed appropriato;
- b) la responsabilità ed autonomia professionale nei percorsi assistenziali e nel processo di presa in carico del paziente;
- c) la valorizzazione delle competenze di base e specialistiche, anche attraverso la formazione permanente e la ricerca, e dei componenti le equipe assistenziali;
- d) le relazioni con gli altri dipartimenti aziendali nel rispetto dei diversi mandati.

4. Per le finalità di cui al comma 2, il dipartimento del servizio sociale:

- a) svolge funzioni di coordinamento tecnico-scientifico;
- b) assicura la diffusione delle conoscenze e l'applicazione di standard qualitativi nella pratica professionale;
- c) promuove, collabora e sostiene le attività di formazione e aggiornamento.

5. Il direttore del dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche e del dipartimento delle professioni tecnico-sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione è nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, tra i dirigenti con incarico di direzione delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento; il direttore del dipartimento rimane titolare della unità operativa complessa cui è preposto.

6. Il dipartimento del servizio sociale è diretto dal direttore dei servizi sociali. ”.

Art. 70

Abrogazione dell'articolo 70 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 70 della l.r. 40/2005 è abrogato.

Art. 71

Dipartimento dell'emergenza urgenza. Modifiche all'articolo 71 della l.r. 40/2005

1. Alla fine del comma 2 dell'articolo 71 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ *sociale integrata regionale* ” sono aggiunte le seguenti: “ *al fine di garantire il soccorso territoriale, il pronto soccorso, l'osservazione, la medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza e il trasporto fra ospedali nelle patologie tempo dipendenti e traumi* ”.

2. Alla fine del comma 6 dell'articolo 71 della l.r. 40/2005 sono aggiunte le seguenti: “ *t enendo conto del bacino utenza, di patologia e traumi tempo dipendenti, viabilità e tempi di trasporto* ”.

3. Alla fine del comma 8 dell'articolo 71 della l.r. 40/2005 è soppressa la parola “ *ospedaliero* ” e aggiunte le seguenti parole: “ *e osservazione ospedaliera, soccorso sanitario territoriale, trasporto sanitario, macroemergenza* ”.

CAPO XIV**Modifiche al capo III bis del titolo V della l.r. 40/2005****Art. 72**

Direttore della società della salute. Modifiche all' articolo 71 novies della l.r. 40/2005

1. Il comma 2 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 2. L'incarico di direttore della società della salute può essere conferito ai soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 64 bis, comma 1. ”.

2. Alla lettera h) del comma 5 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 le parole: “ 64, comma 8 ” sono sostituite dalle seguenti: “ 64.2, comma 6 ”.

3. Al comma 3 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 dopo la parola “ esclusivo ” sono inserite le seguenti: “ , di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, rinnovabile, ”.

4. Dopo il comma 3 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ 3 bis. Non è consentita la nomina a direttore della società della salute per più di tre mandati consecutivi nello stesso incarico presso la medesima società della salute; la durata complessiva dell'incarico non può comunque essere superiore a dieci anni. ”.

5. Il trattamento economico del direttore della società della salute è determinato nella misura del settanta per cento del trattamento economico del direttore generale delle aziende USL.

Art. 73

Contabilità della società della società della salute. Modifica all' articolo 71 terdecies della l.r. 40/2005

1. Al comma 2 dell'articolo 71 terdecies della l.r. 40/2005 , le parole: “ e dell'allocazione delle ” sono sostituite con le seguenti parole “ , della qualità dei servizi e dell'allocazione delle risorse ”.

Art. 74

Gli assetti organizzativi. Modifiche all' articolo 71 quindicies della l.r. 40/2005

1. Alla lettera b) del comma 2 dell'articolo 71 quindicies della l.r. 40/2005 le parole: “ 64, comma 6 ” sono sostituite dalle seguenti: “ 64.2, comma 2 ”

2. Il comma 6 dell'articolo 71 quindicies della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 6. Per lo svolgimento delle funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, nell'ottica del massimo risparmio ed economicità dell'azione amministrativa, al fine di evitare duplicazioni, le società della salute prioritariamente, ove reperibili, si avvalgono delle risorse umane e strumentali messe a disposizione dagli enti consorziati, nei modi e con le procedure individuate dalla convenzione di cui all'articolo 71 quater, comma 2, lettera a). ”.

CAPO XV**Modifiche al capo I del titolo VI della l.r. 40/2005****Art. 75**

Presidi. Modifiche all' articolo 72 della l.r. 40/2005

1. Al comma 2 dell'articolo 72 della l.r. 40/2005 le parole: “ legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento), come modificata dalla legge regionale 8 luglio 2003, n. 34 ” sono sostituite dalle seguenti: “ legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento). ”.

CAPO XVI**Modifiche al capo II del titolo VI della l.r. 40/2005****Art. 76**

Prestazioni. Modifiche all' articolo 74 della l.r. 40/2005

1. Al comma 2 dell'articolo 74 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ sociale integrato regionale ” sono inserite le seguenti: “ dentro un quadro di principi di massima trasparenza e circolarità di informazione ”

Art. 77

Sistema unificato di prenotazione regionale. Inserimento dell' articolo 74 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 74 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 74 bis Integrazione dei sistemi di prenotazione innovativi

1. I sistemi di prenotazione devono essere uniformi a livello regionale al fine di fornire all'utente la

disponibilità all'accesso alla prestazione necessaria sia su base temporale che territoriale in funzione della circolarità dell'informazione, trasparenza e immediatezza.

2. Le possibili posizioni libere per le prestazioni sono comunicate immediatamente e associate a sistemi di registrazione di ogni eventuale variazione alle liste formatesi. ”.

Art. 78

Modifiche all'articolo 75 della l.r. 40/2005

1. All'articolo 75 della l.r. 40/2005 , dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

“ 1 bis. L'accesso alle prestazioni di cui al comma 1 per gli stranieri e i cittadini italiani non residenti in Toscana, fatti salvi i minorenni e le donne incinte, è garantito soltanto se l'utente è in regola con il pagamento dei ticket, anche con riferimento a prestazioni erogate in passato dal servizio sanitario regionale. ”.

2. All'articolo 75 della l.r. 40/2005 , dopo il comma 2 è aggiunto il seguente:

“ 2 bis. Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di cui al comma 1, le aziende sanitarie avviano, anche in forma sperimentale, iniziative tese a garantire ai cittadini residenti in Toscana, l'apertura oltre il normale orario, di almeno un presidio sanitario per provincia, per almeno una sera la settimana e almeno due domeniche al mese, per alcuni servizi diagnostico specialistici anche al fine di ridurre le liste d'attesa. ”.

Art. 79

Fascicolo sanitario elettronico. Sostituzione dell' articolo 76 bis della l.r. 40/2005

1. L'articolo 76 bis della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ Art. 76 bis Fascicolo sanitario elettronico

1 Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'assistito.

2 Il FSE, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, è istituito a fini di:

a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;

c) programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

3. Il FSE consente anche l'accesso da parte del cittadino ai servizi sanitari on line secondo modalità determinate nel regolamento adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 (Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico).

4. Per favorire la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del paziente, è istituito il dossier farmaceutico quale parte specifica del FSE.

5. Il FSE è alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito il quale può decidere se e quali dati relativi alla propria salute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo. L'accesso e la consultazione del FSE avviene mediante tessera sanitaria su supporto carta nazionale dei servizi (TS-CNS) o con gli strumenti di cui all'articolo 64 del Codice dell'Amministrazione Digitale o con altre modalità abilitate dalla stessa TS-CNS. L'attivazione o la mancata attivazione del FSE non comportano alcun effetto sul diritto di usufruire delle prestazioni del servizio sanitario regionale.

6. Il FSE è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del servizio sanitario regionale e dei servizi socio-sanitari regionali nonché, su iniziativa dell'assistito, con i dati medici in suo possesso secondo le modalità indicate dal d.p.c.m. 178/2015.

7. Il consenso rilasciato dall'assistito può essere revocato in qualsiasi momento senza conseguenze in ordine all'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario.

8. Il d.p.c.m. 178/2015 stabilisce i contenuti del FSE, i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, i sistemi di codifica dei dati, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE per le finalità per cui è istituito.

9. La Giunta regionale individua con propria deliberazione i dati e i documenti integrativi di cui all'articolo 2, comma 3, del d.p.c.m. 178/2015. Adotta altresì con propria deliberazione le indicazioni operative e le misure tecniche integrative del d.p.c.m. suddetto nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

10. Le finalità di cui al comma 2, lettera a) sono perseguite dai soggetti del servizio sanitario e socio-sanitario regionale che prendono in cura l'assistito.

11. La consultazione dei dati e dei documenti presenti nel FSE, per le finalità di cui al comma 2, lettera a), può essere effettuata solo con il consenso dell'assistito, secondo modalità individuate dal d.p.c.m. 178/2015. Il mancato consenso non pregiudica il diritto all'erogazione della prestazione sanitaria.

12. *L'accesso in emergenza al FSE avviene secondo le modalità di cui all'articolo 14 del d.p.c.m. 178/2015.*

13. *Le finalità di cui al comma 2, lettere b) e c), sono perseguite dalla Regione senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti presenti nel FSE, secondo le modalità individuate nel d.p.c.m. ”.*

Art. 80

Programmazione ed organizzazione dei servizi. Modifiche all' articolo 76 sexies della l.r. 40/2005

1. Il comma 3 dell'articolo 76-sexies della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 3. Il piano annuale attuativo ed operativo locale è proposto dal direttore del dipartimento di emergenza-urgenza di concerto con i direttori delle centrali operative 118, è approvato dal comitato di coordinamento di cui all'articolo 76 octies ed è deliberato con atto del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale. ”.

CAPO XVII

Modifiche al capo II bis del titolo VI della l.r. 40/2005

Art. 81

Conferenza regionale permanente. Modifiche all' articolo 76 septies della l.r. 40/2005

1. La lettera b) del comma 1 dell'articolo 76 septies della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ b) i direttori per la programmazione di area vasta di cui all'articolo 9 bis o loro delegati; ”.

2. Il numero 1) della lettera e) del comma 1 dell'articolo 76 septies della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 1) rappresentanza di associazioni che esercitano l'attività nel territorio delle tre aziende unità sanitarie locali; ”.

Art. 82

Comitati di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza urgenza. Modifiche all' articolo 76 octies della l.r. 40/2005

1. Dopo la lettera a) del comma 1 dell'articolo 76 octies della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“ a bis) dal direttore per la programmazione di area vasta, di cui all'articolo 9 bis, o suo delegato; ”.

2. La lettera c) del comma 1 dell'articolo 76 octies della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“ c) dai direttori delle centrali operative 118, o loro delegati ”.

3. Alla lettera f) del comma 1 dell'articolo 76 octies della l.r. 40/2005, le parole: *“ da due membri, o loro delegati, designati dagli organismi maggiormente rappresentativi ”* sono sostituite dalle seguenti: *“ da quattro membri, o loro delegati, designati in numero di due da ciascuno degli organismi regionali maggiormente rappresentativi ”*;

4. Alla lettera g) del comma 1 dell'articolo 76 octies della l.r. 40/2005 le parole: *“ maggiormente rappresentativo delle ”* sono sostituite dalle seguenti: *“ maggiormente rappresentativo di almeno dieci ”*

5. Alla lettera h) del comma 1 dell'articolo 76 octies della l.r. 40/2005 le parole *“ un membro designato ”* sono sostituite dalle seguenti: *“ due membri designati ”* e le parole *“ o suo delegato ”* sono sostituite dalle seguenti: *“ o loro delegati. ”.*

CAPO XVIII

Disposizioni finali e transitorie

Art. 83

Aziende sanitarie di nuova istituzione

1. Le aziende unità sanitarie locali (USL) di nuova istituzione di cui all' articolo 32 della l.r. 40/2005 operano a decorrere dal 1° gennaio 2016.

2. Le aziende USL 1 di Massa e Carrara, USL 2 di Lucca, USL 3 di Pistoia, USL 4 di Prato, USL 5 di Pisa, USL 6 di Livorno, USL 7 di Siena, USL 8 di Arezzo, USL 9 di Grosseto USL 10 di Firenze, USL 11 di Empoli, USL12 di Viareggio sono soppresse alla data del 31 dicembre 2015.

3. Le aziende unità sanitarie locali di nuova istituzione, a decorrere dal 1° gennaio 2016, subentrano con successione a titolo universale in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle aziende unità sanitarie locali soppresse, comprese nell'ambito territoriale di competenza.

4. I direttori generali delle nuove aziende USL, di cui all' articolo 32 della l.r. 40/2005, concludono, entro il 29 febbraio 2016, la ricognizione della consistenza del patrimonio immobiliare e mobiliare, dei rapporti giuridici attivi e passivi e dei rapporti di lavoro in essere delle aziende soppresse al 31 dicembre 2015. La

suddetta ricognizione è trasmessa alla direzione regionale competente in materia di diritto alla salute previa specifica attestazione da parte dei collegi sindacali delle aziende soppresses, da rendersi prima dell'adozione del bilancio di esercizio 2015 e comunque non oltre il 30 giugno 2016. La ricognizione è adottata con specifica deliberazione di Giunta regionale.

5. I direttori generali delle nuove aziende USL di cui all'articolo 32 della l.r. 40/2005, subentrano nelle funzioni di commissario liquidatore svolte, ai sensi della legge regionale 21 ottobre 1997, n. 75 (Disposizioni per le gestioni liquidatorie delle soppresses Unità Sanitarie Locali), dai direttori delle aziende USL soppresses con la presente legge ed inerenti alle unità sanitarie locali soppresses dalla l.r. 49/1994.

6. Le nuove aziende unità sanitarie locali adottano lo Statuto e gli altri regolamenti interni necessari a dare attuazione alla presente legge entro il 30 giugno 2016.

7. Limitatamente al tempo necessario ad attivare le iniziative utili per l'avvio dei nuovi modelli organizzativi, previsti ai sensi della presente legge, l'operatività dei servizi è garantita dagli assetti organizzativi delle aziende unità sanitarie locali soppresses, anche ai fini di quanto previsto dalla l.r. 51/2009; in ogni caso le nuove aziende, fino all'adozione degli atti di cui al comma 6, possono assumere le determinazioni organizzative necessarie ad assicurare la funzionalità delle aziende medesime.

8. Fino all'iscrizione delle nuove aziende USL nell'albo regionale del servizio civile regionale le medesime aziende possono continuare a svolgere i progetti di servizio civile delle aziende USL soppresses e presentare nuovi progetti di servizio civile regionale non oltre il 30 giugno 2016.

9. Nelle more del riconoscimento del ruolo di agenzie alle nuove aziende USL, le attività connesse all'accreditamento degli eventi formativi nell'ambito dell'educazione continua in medicina (ECM) e all'invio dei dati alla Regione e al Consorzio gestione anagrafica delle professioni sanitarie (COGEAPS) sono garantite dagli uffici formazione delle aziende USL soppresses.

10. I dipartimenti interaziendali già costituiti, ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 16 marzo 2015, n. 28 (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario regionale), abrogata dalla presente legge, continuano ad operare sino all'adozione della deliberazione di Giunta Regionale di cui all'articolo 9 quinquies, comma 6 della l.r. 40/2005.

11. Nelle more dell'individuazione delle sedi legali delle aziende sanitarie all'interno dello Statuto ai sensi dell'articolo 50, comma 2, della l.r. 40/2005, in fase di prima applicazione queste sono individuate con deliberazione della Giunta regionale fra le città capoluogo di provincia.

12. Relativamente al primo anno di operatività delle nuove aziende USL il bilancio pluriennale unitamente al bilancio preventivo economico annuale è adottato dal direttore generale entro il 31 marzo 2016 ed approvato dalla Giunta regionale entro il 15 maggio 2016, secondo le modalità di cui all'articolo 123 della l.r. 40/2005.

13. I servizi di cassa delle nuove aziende USL sono svolti dagli istituti di credito individuati dall'ESTAR. Nella ipotesi in cui le procedure di individuazione dei predetti istituti non fossero completate entro il 31 dicembre 2015, i servizi di cassa delle costituite aziende USL sono effettuati dall'istituto che al 31 dicembre 2015 svolge tale servizio nel maggior numero di aziende USL soppresses afferenti alla medesima area vasta.

14. Il direttore generale delle nuove aziende USL adotta il bilancio di esercizio 2015 delle aziende USL soppresses secondo la procedura di cui all'articolo 123 della l.r. 40/2005. La relazione di cui all'articolo 123, comma 3, della l.r. 40/2005, è effettuata dal collegio sindacale delle nuove aziende USL.

15. Sino all'espletamento delle procedure necessarie per la predisposizione delle nuove graduatorie, ed in ogni caso non oltre il 31 dicembre 2016, è confermata la validità delle graduatorie aziendali, approvate entro il 31 dicembre 2015, inerenti alla medicina generale, la pediatria, la continuità assistenziale e l'emergenza, limitatamente agli ambiti territoriali per i quali sono state predisposte.

16. In fase di prima applicazione della presente legge, nelle more dell'approvazione del nuovo piano sanitario e sociale integrato regionale, il repertorio di cui all'articolo 58 della l.r. 40/2005 è approvato con deliberazione della Giunta regionale, acquisito il parere della commissione consiliare competente.

17. Nelle more dell'approvazione del nuovo piano sanitario e sociale integrato regionale, le soglie operative per l'attivazione delle strutture organizzative professionali, nonché i margini di flessibilità nell'utilizzo di tali soglie, di cui all'articolo 61 della l.r. 40/2005, in fase di prima applicazione, sono individuate con deliberazione della Giunta regionale.

18. Nelle more dell'approvazione del nuovo piano sanitario e sociale integrato regionale, i criteri per la costituzione delle strutture organizzative dirigenziali delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, tecniche della prevenzione e dell'assistenza sociale, di cui all'articolo 61, comma 7 della l.r. 40/2005, in fase di prima applicazione, sono definiti con deliberazione di Giunta regionale, acquisito il parere della commissione consiliare competente.

Art. 84

Patrimonio delle aziende unità sanitarie locali

1. Il patrimonio delle aziende unità sanitarie locali sopresse, come risultante dall'atto di ricognizione, di cui all'articolo 83, comma 4, è trasferito alle aziende unità sanitarie locali di nuova istituzione. La deliberazione di Giunta regionale, di cui all'articolo 83, comma 4, con la quale si approva la ricognizione della consistenza del patrimonio immobiliare e mobiliare, dei rapporti giuridici attivi e passivi e dei rapporti di lavoro in essere al 31 dicembre 2015, costituisce titolo per la trascrizione ai sensi dell'articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

*Art. 85**Attività dei collegi sindacali delle aziende unità sanitarie locali sopresse*

1. L'attività dei collegi sindacali delle aziende sanitarie sopresse di cui all'articolo 83, comma 2, è prorogata fino al termine del 30 giugno 2016 per i soli adempimenti connessi alla ricognizione di cui all'articolo 83, comma 4 e per quelli afferenti gli esercizi anteriori al 31 dicembre 2015 con oneri a carico delle nuove aziende USL.

2. Per gli adempimenti di cui al comma 1 i collegi sindacali si avvalgono del personale individuato dal direttore generale delle aziende USL costituite, con oneri a carico di queste.

3. Nel caso di collegi sindacali di cui al comma 1 in scadenza, il Presidente della Giunta regionale procede alla nomina in via straordinaria del collegio ai sensi e per le modalità di cui all'articolo 41, comma 2 bis, della l.r. 40/2005.

*Art. 86**Rapporti di lavoro*

1. A decorrere dal 1° gennaio 2016 le aziende USL di nuova istituzione subentrano in tutti i rapporti di lavoro in essere presso le preesistenti aziende unità sanitarie locali nel rispetto della normativa vigente e della disciplina contrattuale.

2. A decorrere dal 1° gennaio 2016 le Aziende USL, di cui all'articolo 32, provvedono alla costituzione dei propri fondi contrattuali, sulla base della sommatoria dei fondi delle aziende USL sopresse confluiti relativi all'anno 2015 e comprensivi degli eventuali residui degli stessi. La riorganizzazione delle aziende USL, di cui alla presente legge, non costituisce condizione sufficiente per l'applicazione dell'articolo 9 quinquies del decreto legge 19 giugno 2015, n.78 (Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali) convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n.125.

3. Le nuove aziende USL sino alla stipula di un unico contratto integrativo aziendale mantengono il sistema di relazioni sindacali con le rappresentanze delle aziende USL sopresse.

4. La Regione attiva uno specifico tavolo di confronto e contrattazione con le organizzazioni sindacali per la definizione di criteri e modalità attuative omogenee in materia di personale, anche in riferimento ai percorsi di stabilizzazione del personale, in conformità alle disposizioni nazionali vigenti.

5. La Giunta regionale entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, fornisce indirizzi alle aziende ed enti del servizio sanitario regionale per l'attuazione delle procedure di stabilizzazione del personale con rapporto di lavoro precario, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 6 marzo 2015 (Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità), nonché per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 3 bis dell'articolo 35 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche).

6. Le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale danno attuazione agli indirizzi di cui al comma 5, sulla base dei fabbisogni di personale e nel rispetto dei limiti di spesa previsti dalla normativa vigente.

7. Le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale, nei limiti consentiti dalle normative nazionali vigenti, prorogano i contratti di lavoro a tempo determinato in essere alla data di entrata in vigore della presente legge e comunque non oltre il 31 dicembre 2018

*Art. 87**Direttori generali delle nuove aziende unità sanitarie locali*

1. A decorrere dall'avvio delle nuove aziende sanitarie, i commissari delle aziende USL, di cui all'articolo 13 della l.r. 28/2015, abrogata con la presente legge, assumono le funzioni di direttori generali delle costituite aziende per il tempo necessario all'espletamento delle attività di nomina previste dalla legge e, comunque, non oltre il 29 febbraio 2016.

*Art. 88**Direttori per la programmazione delle nuove aziende unità sanitarie locali*

1. A decorrere dal 1° gennaio 2016, i commissari di area vasta di cui all'articolo 12 della l.r. 28/2015, abrogata con la presente legge, assumono le funzioni di direttori per la programmazione di area vasta per il tempo necessario all'espletamento delle attività di nomina previste dalla legge e, comunque, non oltre il 29 febbraio 2016.

Art. 89

Consiglio dei sanitari

1. I consigli dei sanitari operanti presso le aziende USL soppresse, a far data dal 1° gennaio 2016 continuano ad operare sino alla nomina del consiglio dei sanitari della nuova azienda USL. Nelle more della nomina del direttore sanitario la presidenza è garantita dal direttore generale o suo delegato.

Art. 90

Organismo indipendente di valutazione della performance (OIV)

1. Nelle aziende unità sanitarie locali di nuova istituzione, sino alla nomina del nuovo organismo indipendente di valutazione della performance (OIV), le relative funzioni sono svolte dall'OIV dell'azienda individuata con deliberazione di Giunta regionale.

Art. 91

Zone distretto

1. La Giunta regionale entro il 30 giugno 2016 presenta, previo parere della Conferenza regionale dei sindaci, al Consiglio regionale una proposta di legge mediante la quale si procede alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto, ad eccezione della zona insulare dell'isola d'Elba, da individuare all'interno delle nuove aziende USL sulla base di criteri strutturali ed infrastrutturali, fra i quali il numero di abitanti, l'estensione del territorio, il numero di comuni, nel rispetto del criterio di attenzione alle zone disagiate, di confine, montane, alla loro identità territoriale, alle esperienze socio-sanitarie maturate e consolidate, anche in ragione del rapporto fra dimensioni elevate del territorio e scarsa densità abitativa.

2. Relativamente al processo di revisione degli ambiti territoriali delle zone distretto, di cui al comma 1, i singoli consigli comunali, le unioni dei comuni ovvero le singole conferenze zonali integrate, attualmente costituite, possono avanzare proposte per la ridefinizione degli ambiti suddetti entro il 30 marzo 2016.

3. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge di cui al comma 1, ciascuna azienda USL recepisce i nuovi ambiti delle zone distretto e definisce, d'intesa con gli enti locali, i nuovi assetti organizzativi della nuova zona distretto in riferimento alle previsioni degli articoli 70 bis e 71 bis della l.r. 40/2005.

4. A seguito della definizione degli assetti organizzativi della nuova zona distretto di cui al comma 3 e della nomina dei nuovi responsabili di zona e direttori delle società della salute, decadono i responsabili di zona e i direttori delle società della salute in carica. Le disposizioni di cui agli articoli 71 novies, comma 3 bis e 64 bis, comma 2 bis, della l.r. 40/2005 non si applicano ai responsabili di zona ed ai direttori delle società della salute in carica, fino alla istituzione delle nuove zone. Ai fini della attribuzione degli incarichi conferiti successivamente alla istituzione delle nuove zone non si tiene conto dei mandati già svolti nei relativi incarichi.

5. Sino alla definizione delle nuove zone permangono gli ambiti territoriali delle zone-distretto operanti alla data di approvazione della presente legge.

Art. 92

Riorganizzazione delle funzioni di supporto tecnicoscientifico e di governo clinico

1. Entro il 30 giugno 2016 la Giunta regionale presenta una proposta di 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, mediante la sperimentazione di un unico organismo regionale, con la finalità di:

- a) garantire la coerenza complessiva delle attività svolte, sulla base degli indirizzi fissati dalla Giunta regionale e con il coordinamento della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute;
- b) valorizzare la funzione strategica di alcuni servizi, eliminando ridondanze e duplicazioni di compiti, aumentando la comunicazione e riducendo i costi, grazie ad una concentrazione delle risorse e a un incremento delle competenze professionali;
- c) garantire una gestione univoca che integri e condivida gli opportuni strumenti di lavoro, pur nel rispetto delle competenze e delle responsabilità specifiche.

2. Sino alla nomina del nuovo Consiglio sanitario regionale di cui agli articoli 83 e seguenti, come modificati dalla presente legge, da effettuarsi entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, i componenti attuali degli organi del Consiglio sanitario regionale restano in carica.

3. La Giunta regionale, entro il 30 giugno 2016 presenta al Consiglio regionale una proposta di legge per

la riorganizzazione delle funzioni dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) e dell'Istituto Toscano tumori (ITT), attraverso la definizione di un unico soggetto giuridico dedicato alla prevenzione, cura e ricerca in campo oncologico, che operi assicurando la valutazione epidemiologica, la omogeneizzazione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e dei relativi protocolli di cura e monitoraggio.

4. La Giunta regionale, entro il 30 settembre 2016 presenta al Consiglio regionale una proposta di legge per la valorizzazione in rete degli altri enti ed istituti del servizio sanitario regionale, ivi compresi gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché per il riordino degli organismi di partecipazione dei cittadini.

Art. 93

Fascicolo sanitario elettronico

1. A seguito dell'entrata in vigore della presente legge, il regolamento emanato con decreto del Presidente della Giunta regionale 9 ottobre 2012, n. 55/R (Regolamento di attuazione dell'articolo 76 bis, comma 8, legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" in merito all'istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico) rimane vigente, limitatamente all'allegato A "Disciplinare tecnico in materia di misure di sicurezza per il fascicolo sanitario elettronico", per le disposizioni compatibili con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 settembre 2015, n. 178 (Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico), sino all'adozione della deliberazione di cui all'articolo 76 bis, comma 9, della l.r. 40/2005, inerente alle indicazioni operative e le misure tecniche integrative del d.p.c.m. citato.

Art. 94

Dipartimento della prevenzione

1. Le unità funzionali, di cui all'articolo 67, comma 2, lettere a), b) e c), della l.r. 40/2005 sino all'adozione della deliberazione di Giunta Regionale di cui all'articolo 67, comma 2 ter, come introdotto dalla presente legge, mantengono come ambito di operatività quello delle aziende USL soppresse.

Art. 95

Rafforzamento organizzativo della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute

1. A conclusione del processo di riordino, si procede al rafforzamento organizzativo della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, in modo da assicurare un adeguato supporto all'esercizio delle nuove funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo del sistema attribuito con la presente legge.

2. A tali fini e tenuto conto dei processi di riordino e razionalizzazione delle funzioni amministrative ed economico finanziarie connessi alla costituzione delle nuove aziende USL, un contingente di personale del servizio sanitario regionale, di qualifica non dirigenziale e dotato di adeguate competenze professionali, è comandato o trasferito alla Regione ed assegnato alla direzione di cui al comma 1. Tale contingente non può essere superiore alle dieci unità.

Art. 96

Abrogazione della l.r. 28/2015

1. La legge regionale 16 marzo 2015 n. 28 (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale), è abrogata alla data del 31 dicembre 2015.

Art. 97

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana.