

Legge regionale 29 luglio 2014, n. 44

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

(Bollettino Ufficiale n. 36, parte prima, del 04.08.2014)

PREAMBOLO

Il Consiglio regionale

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

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

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

Visto il parere istituzionale della Prima Commissione consiliare, espresso nella seduta dell'8 aprile 2014;

Considerato quanto segue:

1. L'Assemblea legislativa regionale ha assunto impegni volti a proporre, entro il mese di marzo del 2014, una nuova proposta di organizzazione degli enti del sistema sanitario regionale ed a presentare proposte di legge tese ad armonizzare la normativa vigente in materia, con l'obiettivo di perseguire il superamento dell'attuale sistema incentrato sulle società della salute, fermo restando il principio cardine dell'integrazione socio-sanitaria e quello connesso al ruolo degli enti locali;

2. La necessità di contenere i costi della sanità pubblica costituisce un impegno che può passare anche attraverso la riduzione di enti, strutture, forme di aggregazioni funzionali o gestionali proprie degli enti locali, fermo restando che la necessità di superare il sistema della sanità della salute non deve pregiudicare la fattiva e provata collaborazione tra il settore della sanità, incentrato sulle aziende sanitarie, e quello socio-assistenziale riservato dalla legislazione nazionale in via esclusiva ai comuni;

3. Il superamento del ruolo della società della salute impone la progettazione di una governance multilivello, in grado di scongiurare l'allentamento degli indispensabili rapporti fra comuni ed aziende sanitarie che la legge individua nelle tre conferenze: aziendale, di area vasta e regionale, intese quali luoghi di concertazione collegati fra loro tecnicamente e politicamente. Al contempo, il superamento della società della salute rende necessario meglio identificare e rafforzare il ruolo della zona distretto nel governo tecnico delle attività sanitarie territoriali;

4. L'importanza di un sistema organizzativo certo e ben definito, in grado di utilizzare al meglio le risorse economiche e finanziarie, in grado di fare rete fra tutti i settori e le istituzioni coinvolti, ma al contempo dotato di dinamicità e, soprattutto, costruito attorno ai cittadini, rende necessario apportare modifiche ed integrazioni alla normativa vigente in materia;

5. Di accogliere parzialmente il parere istituzionale della Prima Commissione consiliare, con conseguenti modifiche del testo:

Approva la presente legge:

Art. 1

Modifiche all'articolo 9 della l.r. 40/2005

1. Alla fine del comma 4 dell'articolo 9 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del

servizio sanitario regionale) sono aggiunte le parole: “ .Il coordinatore rimane in carica per tre anni e può essere rinominato per una sola volta, il suo operato viene valutato annualmente sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione. ”

2. Dopo la lettera e) del comma 4 bis dell'articolo 9 della l.r. 40/2005 è aggiunta la seguente:

“ e bis) alla elaborazione di un rapporto annuale sul raggiungimento degli obiettivi di programmazione definiti per l'area vasta. ”.

3. Dopo il comma 5 dell'articolo 9 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ 5 bis) Il comitato di area vasta, previo parere della conferenza dei sindaci da emettere entro sessanta giorni dal ricevimento della proposta, approva specifico regolamento di funzionamento. ”

4. Al comma 6 dell'articolo 9 della l.r. 40/2005 le parole: “ trenta giorni ” sono sostituite dalle seguenti: “ quaranta giorni ”.

Art. 2

Sostituzione dell'articolo 11 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 11 della l.r.40/2005 è sostituito dal seguente:

“ Art. 11 - Conferenza regionale dei sindaci

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

2. La conferenza regionale dei sindaci è copresieduta dagli assessori regionali competenti per materia ed è composta dai presidenti delle conferenze zonali dei sindaci di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005 ovvero dai presidenti delle società della salute. La componente comunale esprime un vicepresidente della conferenza regionale dei sindaci.

3. Alle sedute della conferenza regionale dei sindaci sono invitati:

- a) un rappresentante dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI);
- b) un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità, enti montani (UNCHEM);
- c) i coordinatori di area vasta di cui all'articolo 9, comma 4.

4. La conferenza regionale dei sindaci:

- a) esprime parere sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale;
- b) esprime parere sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale;
- c) concorre all'elaborazione delle linee-guida previste dall'articolo 21, comma 6;
- d) concorre a determinare la composizione del fondo di cui all'articolo 25, comma 1, lettera a), con riferimento al riparto delle risorse tra i livelli uniformi ed essenziali di assistenza;
- e) concorre alla quantificazione delle risorse che ciascuna azienda unità sanitaria locale deve destinare alle zone-distretto;
- f) concorre a determinare i criteri di riparto tra enti locali associati delle risorse del fondo sociale regionale di cui all'articolo 45 della l.r. 41/2005;
- g) esprime parere sul numero e sulla composizione delle zone-distretto delle aziende unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 64, comma 1.

5. La conferenza regionale dei sindaci esprime i pareri di cui al comma 4, lettere a), b), c) ed f), entro trenta giorni dal ricevimento della relativa documentazione.

6. Fermo restando il riparto delle risorse attribuite dal piano sanitario e sociale integrato regionale, la conferenza regionale dei sindaci propone i criteri per il riparto delle risorse aggiuntive attribuite dal medesimo piano per l'esercizio delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 3, del decreto delegato.

7. La conferenza regionale dei sindaci valuta annualmente, anche sulla base dei documenti di monitoraggio di cui all'articolo 20, lo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi.

8. Le modalità di funzionamento della conferenza regionale dei sindaci sono disciplinate da apposito regolamento adottato dalla conferenza medesima, a maggioranza dei suoi componenti. Il supporto tecnico amministrativo alle attività della conferenza regionale dei sindaci è assicurato da personale della competente direzione generale della Giunta regionale e, previo accordo, del soggetto rappresentativo ed associativo dei comuni in ambito regionale. ”.

Art. 3

Inserimento dell'articolo 11 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 11 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 11 bis - Conferenza dei sindaci di area vasta

1. La conferenza dei sindaci di area vasta, di seguito denominata conferenza di area vasta, organizza e coordina le relazioni tra i comuni e le aziende sanitarie afferenti alla stessa area vasta, ivi comprese le aziende ospedaliere universitarie, allo scopo di esprimere indirizzi, pareri e valutazioni circa le azioni di competenza interaziendale.

2. La conferenza di area vasta è composta dai presidenti delle conferenze aziendali dei sindaci, nonché dai presidenti delle conferenze zonali dei sindaci o dai presidenti delle società della salute, o loro delegati, afferenti alla stessa area vasta. La conferenza è presieduta da un presidente scelto fra i presidenti delle conferenze aziendali. Alle sedute dell'articolazione di area vasta partecipano il relativo coordinatore, gli altri direttori generali delle aziende sanitarie di pertinenza e il rettore della università di riferimento, o suo delegato.

3. La conferenza di area vasta:

- a) concorre con propri indirizzi all'elaborazione del piano di area vasta;
- b) esprime parere obbligatorio sul piano di area vasta;
- c) esamina gli atti del bilancio consolidato di area vasta, di previsione e consuntivo;
- d) esprime parere obbligatorio sui piani attuativi delle aziende ospedaliere-universitarie e relative relazioni aziendali.
- e) esprime parere sul regolamento di funzionamento dell'area vasta.

4. La conferenza di area vasta esprime pareri sugli atti di concertazione interaziendale con particolare riguardo alle ricadute territoriali delle azioni di:

- a) definizione dell'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, con la determinazione delle soglie, dei volumi e parametri di qualità;
- b) definizione dei livelli appropriati di erogazione delle prestazioni, dell'organizzazione delle reti ospedaliere e delle reti specialistiche di area vasta;
- c) definizione dei livelli appropriati della sanità territoriale e dei dipartimenti di prevenzione ove abbiano un impatto sulle politiche di area vasta.

5. La conferenza di area vasta esprime i pareri di cui ai commi 3 e 4 entro trenta giorni dal ricevimento della relativa documentazione.

6. Il coordinatore di area vasta assicura i rapporti ed una adeguata informazione tra l'area vasta e la conferenza di area vasta. Il coordinatore di area vasta mette a disposizione idonei locali per la conferenza dei sindaci di area vasta. ”.

Art. 4

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 dei sindaci

1. La conferenza aziendale dei sindaci è composta da tutti i sindaci dei comuni oppure, nel caso delle unioni di comuni, dai presidenti delle unioni ricomprese nell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale che esercitano la funzione fondamentale sociale di cui all'articolo 11, comma 1, della l.r. 41/2005 e dal direttore generale della azienda sanitaria di riferimento. La conferenza aziendale dei sindaci è presieduta da un presidente scelto fra i presidenti delle conferenze zonali dei sindaci.

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

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

3. La conferenza aziendale dei sindaci assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione, ad eccezione dei pareri di cui al comma 6, lettere c) ed e), che sono deliberati a maggioranza dai soli componenti degli enti locali.

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 del sindaco a favore dell'assessore competente.

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 assume la funzione di snodo tra l'area vasta e la dimensione locale delle zone-distretto e in particolare:

- 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, in seduta riservata alle sole componenti comunali, la revoca del direttore generale ai sensi dell'articolo 39, comma 8;
- f) approva il piano integrato di salute secondo quanto previsto dall'articolo 21.
7. Il regolamento di cui al comma 4 può prevedere la costituzione di un esecutivo, del quale fanno parte di diritto i presidenti delle conferenze zonali costituite nell'ambito territoriale dell'azienda unità sanitaria locale e il direttore generale della medesima azienda unità sanitaria locale.
8. 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, comma 8. ”.

Art. 5

Sostituzione dell'articolo 21 della l.r. 40/2005

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

“ Art. 21 - Piani integrati di salute

1. Il piano integrato di salute, di seguito denominato PIS, in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello aziendale ed è articolato per ciascuna zona-distretto e società della salute, con funzioni sia strategiche che attuative.

2. È compito del PIS:

- a) definire il profilo di salute delle comunità locali di riferimento;
- b) definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi aziendali e zonali in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali;
- c) individuare efficaci azioni di contrasto nei confronti delle diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria;
- d) adottare strategie per rendere più facili i progetti individuali di cambiamento degli stili di vita;
- e) individuare le modalità attuative;
- f) 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;
- g) individuare le risorse messe a disposizione dai comuni, comprese quelle destinate al finanziamento dei livelli di assistenza aggiuntivi, e quelle provenienti dal fondo sanitario regionale;
- h) definire il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con la programmazione regionale;
- i) individuare gli strumenti di valutazione per misurare gli obiettivi specifici di zona.

3 Il PIS è approvato dalla conferenza aziendale dei sindaci sulla base delle proposte formulate dalle conferenze zonali integrate di cui all'articolo 70 bis, comma 8, o dalle società della salute ove esistenti, in particolare in materia di cure primarie e di integrazione sociosanitaria, nonché in materia di coordinamento dei piani di inclusione zonale di cui all'articolo 29 della l.r. 41/2005.

4. 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.

5. 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. Le conferenze zonali dei sindaci formulano le proposte di cui al comma 3, previo parere dei consigli comunali da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento.

6. La Giunta regionale elabora, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge regionale 29 luglio 2014, n. 44 (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale”) apposite linee guida per la predisposizione del PIS. ”.

Art. 6

Sostituzione dell'articolo 22 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 22 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ Art. 22 - Piani attuativi locali

1. Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e degli indirizzi impartiti dalle conferenze aziendali dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo gli obiettivi di salute determinati dal PIS. Il piano attuativo locale ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti.

2. Le conferenze aziendali dei sindaci, previo parere dei consigli comunali, formulano indirizzi per le aziende unità sanitarie locali per l'elaborazione del piano attuativo locale.

3. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale adotta il piano attuativo e lo trasmette alla conferenza aziendale dei sindaci, che lo approva in sede plenaria.

4. Il direttore generale trasmette il piano attuativo approvato alla Giunta regionale che, entro quaranta giorni dal ricevimento, ne verifica la conformità alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale; nel caso di mancata approvazione da parte della conferenza aziendale dei sindaci, la Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi confrontata con la conferenza aziendale dei sindaci, autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività.

5. Il piano attuativo si realizza con riferimento alle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie territoriali e socio-sanitarie integrate attraverso piani annuali di attività, che tengono conto dei contenuti del PIS, e in particolare:

a) attraverso il programma operativo annuale delle cure primarie, articolato per zona-distretto, che definisce i programmi attuativi delle cure primarie, della sanità d'iniziativa, dei presidi distrettuali, delle unità complesse e delle forme associate della medicina generale; tale programma operativo definisce anche i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità e le relative modalità di lavoro interprofessionale;

b) attraverso l'atto per l'integrazione socio-sanitaria, articolato per zona-distretto, che definisce i programmi attuativi dei servizi e delle attività ad alta integrazione sociosanitaria determinando nel contempo il relativo budget di livello zonale costituito dalle risorse sanitarie e dalle risorse sociali; tale programma operativo definisce anche i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

6. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale adotta i programmi annuali di attività di cui al comma 5 entro l'anno precedente a quello di riferimento e li trasmette alla conferenza aziendale dei sindaci che lo approva; successivamente il direttore generale trasmette il programma annuale alla Giunta regionale che verifica la conformità dello stesso alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale entro quaranta giorni dal ricevimento; nel caso di mancata approvazione da parte della conferenza aziendale dei sindaci, la Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi confrontata con la conferenza aziendale dei sindaci, autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività. ”.

Art. 7

Modifiche all'articolo 37 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 37 della l.r. 40/2005 le parole: “ , che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età ” sono soppresse.

Art. 8

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

1. Al comma 5 dell'articolo 40 della l.r. 40/2005 le parole: “ non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età e ” sono soppresse.

Art. 9

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. Le zone-distretto sono individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della conferenza regionale dei sindaci.

2. Le zone-distretto:

a) valutano i bisogni sanitari e sociali della comunità e definiscono le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento;

b) assicurano l'integrazione operativa delle attività sanitarie e sociali svolte a livello territoriale dell'azienda sanitaria e dai comuni, nonché la loro interrelazione con le politiche locali di governo del territorio;

c) assicurano l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, nonché dai servizi direttamente gestiti dalla azienda unità sanitaria locale;

d) sviluppano iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti sulle attività svolte dal servizio sanitario regionale;

e) garantiscono l'accesso alle prestazioni offerte dai presidi distrettuali ed a quelle rese dagli altri presidi aziendali;

f) assicurano il coordinamento tra le attività ospedaliere, le attività territoriali e quelle di prevenzione;

g) assicurano la presa in carico e il trattamento assistenziale delle cronicità, nonché la valutazione multidimensionale e la presa in carico unitaria delle non autosufficienze nel rispetto di quanto previsto dalla legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza).

3. A ciascuna zona-distretto è preposto un responsabile 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 dei sindaci, che agisce sulla base e nei limiti delle deleghe conferite, in particolare, in materia di assistenza territoriale e integrazione sociosanitaria.

4. Il responsabile di zona provvede a:

a) coordinare le attività amministrative svolte nella zona-distretto, ivi comprese quelle di cui all'articolo 4, comma 9, del decreto delegato, avvalendosi della apposita struttura amministrativa individuata dal repertorio di cui all'articolo 58, comma 1;

b) garantire rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'azienda unità sanitaria locale e gli enti locali e svolgere le attività di programmazione sanitaria e di integrazione sociosanitaria in diretta relazione con la conferenza zonale dei sindaci;

c) gestire il budget assegnato alla zona-distretto e negoziare con i responsabili delle unità funzionali della zona-distretto i budget di rispettiva competenza in coerenza con gli atti di programmazione aziendale e con gli atti di programmazione condivisi con la conferenza aziendale e zonale dei sindaci;

d) stabilire, ai fini dello svolgimento delle attività di assistenza territoriale, e nei limiti delle deleghe ricevute dal direttore generale, forme di collaborazione con i presidi ospedalieri in relazione alle determinazioni dell'azienda sanitaria e agli atti di programmazione pluriennale e annuale di livello zonale coordinati dal PIS;

e) garantire le attività di monitoraggio e controllo della rete dei servizi territoriali anche in relazione con la conferenza zonale dei sindaci.

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

a) un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta e uno specialista ambulatoriale convenzionato, designati, rispettivamente, dai medici di medicina generale, dagli specialisti pediatri e dagli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nella zona-distretto;

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

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

d) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica ed un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, individuati dal direttore generale, su proposta del responsabile di zona, tra i direttori delle corrispondenti unità operative professionali;

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

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

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

b) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica e un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, individuati dal responsabile di zona;

c) un medico referente unico zonale della medicina convenzionata individuato dal responsabile di zona tra i soggetti di cui al comma 5, lettera a).

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

7. Tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale di cui al comma 6 il responsabile di zona individua un coordinatore sanitario ed un coordinatore sociosanitario che lo coadiuvano nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.

8. Il responsabile 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. L'insieme degli uffici di piano di livello zonale, afferenti alla stessa azienda sanitaria, costituisce il supporto tecnico delle

conferenze dei sindaci di cui all'articolo 12 ed elabora il PIS aziendale.

9. Nelle zone nelle quali sono costituite le società della salute, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale delega al direttore della società della salute le funzioni di responsabile di zona. 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. 10

Inserimento dell'articolo 64 ter nella l.r. 40/2005

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

“ Art. 64 ter - Comitato di partecipazione degli utenti

1. In ciascuna zona-distretto, ove non sia costituita la società della salute, è istituito il comitato di partecipazione degli utenti presso la conferenza zonale dei sindaci. Il comitato è composto da membri designati dalle associazioni che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi, nonché dell'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo, purché non erogatori di prestazioni.

2. Una volta istituito e insediato il comitato di partecipazione si dota di un proprio regolamento interno per lo svolgimento delle proprie funzioni e attività.

3. L'attività del comitato di partecipazione si esercita verso tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie della zona-distretto o con essa convenzionate e accreditate.

4. Sono compiti del comitato di partecipazione nell'ambito della zona distretto di riferimento:

a) contribuire alla programmazione delle attività avanzando proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e di governo;

b) esprimere parere sulla proposta dell'articolazione zonale del PIS entro trenta giorni dal ricevimento;

c) esprimere pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e sulla relativa rispondenza tra queste ed i bisogni dell'utenza in tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie della zona-distretto o con essa convenzionate e accreditate;

d) verificare e esprimere parere sull'efficacia delle informazioni fornite agli utenti e su ogni altra tematica attinente al rispetto dei diritti dei cittadini ed alla loro dignità;

e) redigere, formulando anche specifiche osservazioni e proposte, un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del PIS e sul piano attuativo locale in merito allo stato dei servizi.

5. Il comitato di partecipazione, nel rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ha il potere di accedere ai dati statistici di natura epidemiologica e di attività che costituiscono il quadro di riferimento degli interventi sanitari e sociali della zona-distretto di riferimento e richiedere specifiche studi e approfondimenti.

6. Al fine di assicurarne la operatività e favorire un rapporto organico e la partecipazione dei cittadini sono messi a disposizione del comitato di partecipazione, da parte del soggetto individuato dalla convenzione di cui all'articolo 70 bis, locali idonei per le attività ordinarie, gli incontri pubblici e i convegni e seminari sul tema della salute, così come si provvede alla pubblicizzazione degli stessi.

7. Al fine di garantire le finalità, di cui al comma 4, e assicurare uno scambio diretto di esigenze, opinioni e critiche sono promosse due “agorà della salute” all'anno, aperte alla popolazione, in cui è assicurata la presenza degli assessori regionali di riferimento. ”.

Art. 11

Modifiche all'articolo 70 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 70 della l.r. 40/2005 dopo le parole “ coordinamento tecnico ” sono aggiunte le seguenti: “ o, in via sperimentale, a carattere gestionale ”.

Art. 12

Inserimento dell'articolo 70 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 70 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 70 bis - Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria

1. Negli ambiti territoriali in cui non sono costituite le società della salute l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria è attuata attraverso apposita convenzione.

2. La convenzione è stipulata da tutti i comuni, ovvero dalle unioni dei comuni che esercitano la funzione fondamentale sociale di cui all'articolo 11, comma 1, della l.r. 41/2005, della zona distretto e dall'azienda unità sanitaria locale del territorio, previa comunicazione a tutti i consigli comunali della zona distretto.

3. La responsabilità della gestione è attribuita all'azienda unità sanitaria locale, fatto salvo quanto previsto dal comma 4.

4. La convenzione può prevedere che le risorse del fondo di cui agli articoli 2 e 3 della l.r. 66/2008 e le altre destinate a finanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria siano attribuite al soggetto che gestisce

in forma associata i servizi sociali.

5. La convenzione può disciplinare anche l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 11, comma 2, della l.r. 41/2005 da parte dei comuni ivi compresi quelli tenuti all'esercizio associato di tali funzioni.

6. Entro il 31 dicembre 2014 le conferenze zonali dei sindaci trasmettono alla Giunta regionale le convenzioni di cui al comma 1.

7. I comuni approvano la convenzione con deliberazione della conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005. Se l'ambito territoriale della zona distretto coincide con quello dell'unione di comuni, l'approvazione della convenzione spetta alla giunta dell'unione. La convenzione è sottoscritta dal presidente della conferenza zonale, in rappresentanza dei comuni e delle unioni della conferenza medesima. La convenzione è sottoscritta dal presidente dell'unione in caso di coincidenza dell'ambito territoriale.

8. L'organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la convenzione è la conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005, integrata con il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato. La conferenza esercita le funzioni di cui all'articolo 20, comma 2, lettera c), della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 68 (Norme sul sistema delle autonomie locali). Le deliberazioni della conferenza sono adottate secondo le modalità definite dalla convenzione.

9. La convenzione definisce, in particolare, le modalità organizzative adottate in riferimento a:

- a) i processi di programmazione e di partecipazione;
- b) l'integrazione socio-sanitaria;
- c) il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati;
- d) la realizzazione di servizi sociosanitari e sociali integrati.

10. Il riferimento organizzativo ed operativo per le attività regolate dalla convenzione è rappresentato dalla zona-distretto. Il responsabile della zona-distretto provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione, nonché alle attività proprie dell'esercizio associato secondo le modalità individuate dalla convenzione.

11. L'esercizio associato opera con personale proveniente dall'azienda unità sanitaria locale e dagli enti locali.

12. Le funzioni e i servizi attinenti gli interventi in materia socio sanitaria sono finanziati dagli enti associati secondo i criteri stabiliti dalla convenzione nel rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

13. Se i comuni della zona distretto costituiscono una unione il cui ambito territoriale coincide con la zona distretto, l'organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la convenzione di cui al comma 3 è la giunta dell'unione, integrata dal rappresentante dell'azienda unità sanitaria locale. Le deliberazioni sono adottate secondo le modalità definite dalla convenzione.

14. Per quanto non previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 20 della l.r. 68/2011. La Giunta regionale elabora, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della l.r.44/2014, un apposito schema-tipo per la predisposizione della convenzione di cui al presente articolo. ”.

Art. 13

Modifiche all'articolo 71 sexies della l.r. 40/2005

1. Al numero 1) della lettera b) del comma 4 dell'articolo 71 sexies della l.r. 40/2005 le parole: “ piano integrato di salute ” sono sostituite dalle seguenti: “ proposta di piano integrato di salute e piano di inclusione zonale ”.

2. Al comma 6 dell'articolo 71 sexies della l.r. 40/2005 le parole: “ del piano integrato di salute ” sono sostituite dalle seguenti: “ della proposta di piano integrato di salute ”.

Art. 14

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

1. Alla fine del comma 1 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 sono aggiunte le parole: “ , a seguito di avviso pubblico, fra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 64 bis. ”.

2. Al comma 3 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 dopo le parole: “ L'incarico di direttore della società della salute ” sono aggiunte le seguenti: “ è esclusivo ed ”.

3. Al comma 4 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 dopo le parole “ trattamento economico ” sono aggiunte le seguenti: “ omnicomprensivo ”.

4. Alla lettera a) del comma 5 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 le parole: “ il piano integrato di salute ” sono sostituite dalle seguenti: “ la proposta di piano integrato di salute e il piano di inclusione zonale ”.

Art. 15

Inserimento dell'articolo 71 novies decies nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 71 octies decies della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 71 novies decies - Disposizioni concernenti le società della salute in attività ai sensi dell'articolo 71 bis

1. Le società della salute già costituite all'entrata in vigore della l.r. 44/2014 possono continuare ad esercitare le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, a condizione che entro il 31 dicembre 2014 sussistano entrambi i seguenti requisiti:

a) gestione unitaria, anche in forma indiretta, dell'intero complesso di funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettera c);

b) gestione unitaria, anche in forma indiretta, dell'intero complesso di funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettera d);

2. Possono continuare ad esercitare le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, anche le società della salute che si impegnano ad assicurare le gestioni unitarie di cui alle lettere a) e b) del comma 1 entro il 31 marzo 2015.

3. Entro il 31 dicembre 2014 le società della salute che intendono continuare ad esercitare le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, trasmettono alla Giunta regionale la documentazione attestante quanto previsto ai commi 1 e 2.

4. Sono soggette alle procedure di scioglimento di cui all'articolo 71 vicies le società della salute che alla data del 31 marzo 2015:

a) hanno trasmesso documentazione inadeguata a comprovare il possesso dei requisiti di cui al comma 1, lettere a) e b);

b) non hanno trasmesso alcuna documentazione;

c) non hanno adempiuto l'impegno di cui al comma 2.

5. La Giunta regionale, sentita la conferenza regionale dei sindaci, verifica la sussistenza delle condizioni di cui al comma 4 e in caso di esito negativo della verifica invita le società della salute ad avviare le procedure di scioglimento nonché ad attivare la convenzione di cui all'articolo 70 bis in modo da garantire la continuità assistenziale.

6. Le assemblee dei soci delle società della salute che proseguono le attività svolgono le funzioni attribuite alla conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005, ed in particolare:

a) approvano il piano di inclusione zonale;

b) formulano le proposte di articolazione zonale del PIS.

7. Il proseguimento delle attività delle società della salute in attuazione del comma 1 assolve alle funzioni previste dall'articolo 70 bis e alle funzioni previste dall'articolo 36 della l.r. 41/2005. ”.

Art. 16

Inserimento dell'articolo 71 vicies nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 71 novies decies della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ Art. 71 vicies - Disposizioni transitorie in merito allo scioglimento delle società della salute

1. Le società della salute, che non posseggono i requisiti di cui all'articolo 71 novies decies, sono sciolte con le modalità previste dal presente articolo.

2. Gli enti partecipanti alle società della salute provvedono al loro scioglimento con le procedure previste dallo statuto.

3. L'assemblea della società della salute può, in alternativa, provvedere direttamente allo scioglimento dell'ente mediante approvazione, entro il 31 marzo 2015, di una deliberazione, assunta all'unanimità dei componenti, che effettua la ricognizione dei beni e dei rapporti in corso, compreso il contenzioso, delle attività e delle passività, e regola la successione degli enti nei beni, nei rapporti, nelle attività e nelle passività della società della salute. La deliberazione individua la data, comunque non anteriore al 30 giugno 2015, a decorrere dalla quale l'ente è estinto e si producono gli effetti di successione nei beni, nei rapporti, nelle attività e nelle passività dell'ente estinto, nonché il subentro nelle funzioni secondo le competenze che la legge attribuisce in via ordinaria ai comuni e all'azienda unità sanitaria locale. La deliberazione di scioglimento è trasmessa ai soggetti pubblici e privati interessati alla successione. La deliberazione costituisce titolo per le trascrizioni immobiliari e per qualsiasi adempimento derivante dalla successione.

4. Se alla data del 31 marzo 2015 la società della salute non è stata sciolta ai sensi dello statuto o l'assemblea non ha provveduto a deliberare lo scioglimento ai sensi del comma 3, la società della salute è sciolta di diritto; l'ente continua ad operare fino alla sua estinzione in gestione commissariale. Dal 31 marzo 2015 tutti gli organi della società della salute di cui all'articolo 71 quinquies decadono, e le funzioni sono assunte, in qualità di commissario straordinario, dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria

locale. Il commissario straordinario, con propri decreti dotati di immediata esecutività, provvede alla ricognizione dei beni e dei rapporti in corso, compreso il contenzioso, alla definizione della massa attiva e passiva, e all'attribuzione a ciascuno degli enti partecipanti delle funzioni e delle relative attività e passività, secondo i seguenti criteri:

a) individuazione dell'azienda unità sanitaria locale quale soggetto che subentra nelle funzioni e succede nei rapporti attivi e passivi della società della salute afferenti alle funzioni di competenza dell'unità sanitaria locale medesima;

b) individuazione dei singoli comuni quali soggetti che subentrano nelle restanti funzioni e succedono nei restanti rapporti attivi e passivi della società della salute, ciascuno in proporzione tra di loro alle quote che risultano in capo ai comuni ai sensi dell'atto costitutivo o dello statuto.

5. Gli schemi dei decreti commissariali di cui al comma 4 sono previamente comunicati ai comuni, i quali, entro il termine assegnato, possono presentare osservazioni circa la ripartizione dei crediti e dei debiti; gli atti sono adottati valutate le osservazioni. Alla data prevista dai singoli decreti di cui al comma 4, e in relazione a quanto in essi stabilito, i comuni e l'azienda unità sanitaria locale, per la quota di rispettiva competenza, acquisiscono le risorse derivanti dalla liquidazione delle attività, rispondono ad ogni effetto dell'adempimento delle obbligazioni derivanti dalla liquidazione delle passività e subentrano nella gestione dei procedimenti in corso, anche di carattere contenzioso, assumendo le conseguenti determinazioni amministrative di bilancio.

6. Il commissario di cui al comma 4 assicura, per quanto necessario, la prosecuzione delle attività dell'ente, fino alla data, stabilita nei decreti, dalla quale decorre il subentro e la successione delle funzioni e delle relative attività e passività. Il commissario provvede alla dichiarazione di estinzione dell'ente a decorrere da una data non successiva al 30 giugno 2015. I decreti di trasferimento delle funzioni, delle attività e delle passività sono comunicati dal commissario ai soggetti pubblici e privati interessati.

7. Nei casi di cui ai commi 2, 3, e 4 il personale che risulta comandato alla società della salute, rientra nella disponibilità dell'ente che ha disposto il comando. Il personale con contratto di lavoro a tempo determinato è assegnato, in relazione alle funzioni prevalenti esercitate, all'ente individuato dagli atti di cui ai commi 2, 3 e 4. Salvo diverso accordo tra gli enti partecipanti alla società della salute, tali enti restano obbligati, secondo le quote previste dall'atto costitutivo o, in mancanza, dallo statuto, alla partecipazione alla spesa del suddetto personale.

8. Nei casi di cui ai commi 2, 3 e 4 il personale che, alla data di entrata in vigore della l.r. 44/2014, risulta trasferito alla società della salute rientra nella disponibilità dell'ente che ha disposto il trasferimento. Il personale assunto direttamente dalla società della salute mediante concorso pubblico è trasferito all'ente individuato dagli atti di cui ai commi 2, 3 e 4. Salvo diverso accordo tra gli enti partecipanti alla società della salute, tali enti restano obbligati, secondo le quote previste dall'atto costitutivo o dallo statuto, alla partecipazione alla spesa di detto personale.

9. Al personale di cui al comma 8 è riconosciuta a tutti gli effetti la continuità del rapporto di lavoro e l'anzianità di servizio maturata presso la società della salute. Qualora l'importo complessivo del trattamento fisso e continuativo in godimento presso la società della salute sia superiore a quello derivante dall'inquadramento presso l'ente cui il personale è trasferito, la differenza viene attribuita a titolo di assegno ad personam riassorbibile.

10. Se lo scioglimento della società della salute è effettuato ai sensi dello statuto, i beni mobili e immobili della società della salute sono assegnati agli enti partecipanti secondo quanto previsto dall'atto costitutivo o, in mancanza, dallo statuto. E' comunque ammessa, in caso di mancanza o di carenza di disposizioni dell'atto costitutivo e dello statuto, l'assegnazione dei beni mediante accordo tra gli enti medesimi, sottoscritto da tutti i sindaci dei comuni e dal direttore dell'azienda unità sanitaria locale.

11. Se si procede allo scioglimento della società della salute ai sensi del comma 3, la deliberazione dispone sull'assegnazione dei beni mobili e immobili. Se si procede allo scioglimento ai sensi del comma 4, i beni mobili e immobili conferiti a qualsiasi titolo dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale rientrano nella disponibilità dei soggetti medesimi. I beni mobili e immobili acquisiti direttamente dalla società della salute sono assegnati dal commissario agli enti partecipanti previo accordo tra gli enti medesimi. In caso di mandato accordo, il commissario provvede all'assegnazione in maniera indivisa, sulla base delle quote che risultano in capo ai comuni e all'azienda unità sanitaria locale ai sensi dell'atto costitutivo o, in mancanza, dello statuto.

12. Se, successivamente all'estinzione della società della salute, emergono rapporti attivi o passivi non considerati negli atti di successione e subentro, per i suddetti rapporti si applicano le regole della solidarietà attiva a passiva tra gli enti già partecipanti alla società della salute. I soggetti medesimi rispondono delle obbligazioni ciascuno per la quota di partecipazione prevista dall'atto costitutivo o, in mancanza, dallo statuto. ”.

Art 17

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

1. Dopo il comma 3 bis dell'articolo 101 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“ 3 ter. Al fine di promuovere ulteriormente l'efficienza e l'operatività delle competenze di cui al comma 1 lettere c) e d), l'ESTAR promuove azioni finalizzate all'integrazione funzionale delle esperienze innovative attive in Toscana in tali ambiti, anche valorizzando formule societarie o consortili per le quali sussistono i requisiti previsti dalla legge per gli affidamenti in house. ”.