



REGIONE TOSCANA
Consiglio Regionale

AOO - CONSIGLIO REGIONALE DELLA TOSCANA
04 MAR. 2014
N° 4562 / 2.6
CONSIGLIO REGIONALE DELLA TOSCANA
IX LEGISLATURA
Prop. Leg. N. 313

Proposta di legge

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

Proponenti:

Simone Naldoni	<i>Simone Naldoni</i>	E. GIANI	<i>E. GIANI</i>
PAOLO BAMBAGIONI	<i>Paolo Bambagioni</i>	G. VENTURI	<i>G. VENTURI</i>
FERRUCCI IVAN	<i>FERRUCCI IVAN</i>	DE ROBERTIS	<i>De Robertis</i>
PIERALDO CIUCCHI	<i>Pieraldo Ciucci</i>	ROSANNA PIGNANINI	<i>Rosanna Pignanini</i>
MAURO ROTANEI	<i>Mauro Rotanei</i>	ENZO BAGGI	<i>Enzo Baggi</i>
MARTA GAZZARRI	<i>Marta Gazzari</i>	DANIELA LOSTI	<i>Daniela Losti</i>
MONICA SCHEKLI	<i>Monica Schekli</i>	FABRIZIO MATEI	<i>Fabrizio Matei</i>
MARCO RUBORAI	<i>Marco Ruborai</i>	MATEO TOMOUSI	<i>Mateo Tomousi</i>
VANESSA BORETTI	<i>Vanessa Boretti</i>	ЖАННА ПАРРАНИ	<i>ЖАННА ПАРРАНИ</i>
MARCO SPINELLI	<i>Marco Spinelli</i>	LEMO PARI	<i>Lemo PARI</i>
LUCA MATERGI	<i>Luca Matergi</i>	Attilio (PELLEGRINO)	<i>Attilio (PELLEGRINO)</i>

SOMMARIO

Preambolo

Art.1 Sostituzione dell'articolo 11 della l.r. 40/2005

Art. 2 Inserimento dell'articolo 11 bis nella l.r. 40/2005

Art.3 Sostituzione dell'articolo 12 della l.r. 40/2005

Art.4 Sostituzione dell'articolo 21 della l.r. 40/2005

Art..5 Sostituzione dell'articolo 22 della l.r. 40/2005

Art.6 Sostituzione dell'articolo 64 della l.r. 40/2005

Art.7 Inserimento dell'articolo 64 ter nella l.r. 40/2005

Art.8 Modifiche all'articolo 70 della l.r. 40/2005

Art.9 Inserimento dell'articolo 70 bis nella l.r. 40/2005

Art. 10 Inserimento dell'articolo 71 novies decies nella l.r. 40/2005

Art. 11 Inserimento dell'articolo 71 vicies nella l.r. 40/2005

Preambolo

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visto l'articolo 117, comma 3, della Costituzione

Visto l'articolo 11, comma 1 dello Statuto;

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

Considerato quanto segue:

1. Gli impegni assunti dall'Assemblea regionale e 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'obbiettivo 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 Società 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 d'una governance multilivello, in grado di scongiurare l'allentamento degli indispensabili rapporti fra Comuni ed Asl. che la proposta di legge individua nelle tre conferenze Aziendale, di Area Vasta e Regionale. Tali conferenze sono intese quali luoghi di concertazione collegati fra loro tecnicamente e politicamente; così come, 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.

APPROVA LA SEGUENTE LEGGE:

Art.1

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

1. L'articolo 11 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) è così sostituito:

“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.

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 7;
- 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. La conferenza regionale dei sindaci propone i criteri per il riparto delle risorse attribuite dal piano sanitario e sociale integrato regionale 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 del soggetto rappresentativo ed associativo dei comuni.”

Art. 2

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, provvede a organizzare 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 e delle conferenze zonali, o loro delegati, afferenti alla stessa area vasta; 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 esprime pareri sulle proposte di piani di area vasta e sulle proposte di piani attuativi delle aziende ospedaliero-universitarie e relative relazioni aziendali, nonché sugli atti di programmazione dell'area vasta e sui conseguenti 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 attività della sanità territoriale, dell'organizzazione delle reti ospedaliere e delle reti specialistiche di area vasta, della riorganizzazione dei dipartimenti di prevenzione.

4. La conferenza di area vasta inoltre:

- 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 ospedaliero-universitarie e relative relazioni aziendali.

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 l'articolazione di area vasta.”

Art. 3

Sostituzione dell'articolo 12 della l.r. 40/2005

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

“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 rappresentanti delle unioni ricompresi nell'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale 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 di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005.

2. I componenti degli enti locali rappresentano complessivamente il 66 % dei voti e li distribuiscono al proprio interno in relazione alla popolazione residente; il direttore generale dell'azienda sanitaria rappresenta il 33% dei voti.

3. La conferenza aziendale dei sindaci assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole dei componenti che rappresentino almeno il 67% dei voti.

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 di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005. Le conferenze aziendali dei sindaci e le conferenze zonali sono supportate, nell'esercizio delle loro attività, da un ufficio di piano costituito da personale messo a disposizione dai comuni e dalle azienda unità sanitaria locale per le strutture di cui all'art. 64, comma 9.”

Art. 4

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

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

“Art. 21

Piani integrati di salute

1. Il piano integrato di salute, di seguito denominato PIS, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello aziendale ed è articolato per ciascuna zona-distretto.

2. È compito del PIS:

a) definire il profilo epidemiologico delle comunità locali, con particolare attenzione alle condizioni dei gruppi di popolazione che, per caratteristiche socio-economiche, etnico-culturali, residenziali, sono a maggiore rischio in termini di:

1) stili di vita, con particolare riferimento a quelli connessi alle patologie croniche;

2) difficoltà di carattere culturale e organizzativo nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento ai servizi di prevenzione individuale e collettiva e alla medicina generale;

3) barriere strutturali all'accesso ai servizi e alla continuità delle cure assistenziali (viabilità, percorsi, accessi per portatori di handicap, orari inadeguati per specifiche categorie di utenza);

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, ed in particolare: attivare progetti coerenti con la sanità d'iniziativa (promuovere interventi rivolti ad aumentare la capacità delle persone a gestire con maggiore competenza e correttezza la propria salute);

c) individuare efficaci zone di contrasto nei confronti delle diseguglianze 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 azioni attuative;

f) 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;

g) 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;

h) definire il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con la programmazione regionale;

i) attivare 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 di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005, 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 e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono costituire aggiornamento; le conferenze zonali dei sindaci formulano le proposte di cui al precedente comma 3, previo parere dei consigli comunali da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento.

6. La Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione del PIS.”

Art. 5

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

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

“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, 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 il programma annuale di attività di cui al comma 5 entro l'anno precedente a quello di riferimento e lo 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. 6

Sostituzione dell'articolo 64 della l.r. 40/2005

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

“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 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.

3. A ciascuna zona-distretto è preposto un responsabile di zona, nominato dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale 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 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 dei sindaci;
- d) ai fini dello svolgimento delle attività di assistenza territoriale, e nei limiti delle deleghe ricevute dal direttore generale, stabilisce forme di collaborazione con i presidi ospedalieri e di committenza con i privati accreditati in relazione alle determinazioni della azienda sanitaria e agli atti di programmazione pluriennale e annuale di livello zonale coordinati dal PIS;
- e) svolge attività di monitoraggio e controllo della rete dei servizi territoriali anche in relazione con la conferenza 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, laddove costituita la società della salute;

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).

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 coordinatore sociale di cui all'articolo 37 della l.r. 41/2005, quando non coincide con il coordinatore sociosanitario, integra l'ufficio di direzione zonale di cui al comma 6.

9. 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, in stretto coordinamento con l'analoga struttura che fa riferimento alla conferenza aziendale dei sindaci di cui all'articolo 12.

10. 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, ruolo che a questo scopo è ricoperto da una figura dirigenziale dipendente del servizio sanitario regionale o del comune; 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. 7

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 è istituito il comitato di partecipazione, 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 di Piano integrato di salute e sullo schema di relazione annuale e contribuire con proposte alla formazione del bilancio di previsione entro trenta giorni dal loro 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 Piano Integrato di Salute e sul Piano attuativo locale in merito allo stato dei servizi.
5. Il comitato di partecipazione 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 analisi 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 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 5, 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."

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. 9

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. La convenzione è stipulata unitariamente da tutti i comuni, ovvero dalle unioni, della zona distretto e dall'azienda unità sanitaria locale del territorio, previa comunicazione a tutti i consigli comunali della zona distretto, e prevede quale ente responsabile della gestione l'azienda unità sanitaria locale medesima. La convenzione può essere estesa all'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 11, comma 2 della l.r. 41/2005 anche per i comuni tenuti all'esercizio associato di tali funzioni.

2. I comuni approvano la convenzione con deliberazione della conferenza zonale 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, ovvero delle unioni, della conferenza medesima; è sottoscritta dal presidente dell'unione in caso di coincidenza dell'ambito territoriale.

3. L'organo comune della convenzione è la conferenza zonale 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.

4. 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.

5. 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.

6. Per quanto non previsto dalla convenzione, la conferenza opera sulla base delle norme di funzionamento deliberate ai sensi dell'articolo 34 della l.r. 41/2005.
7. L'esercizio associato opera con personale individuato, con atto formale, dall'azienda unità sanitaria locale e personale proveniente dagli enti alla medesima azienda.
8. 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. Le risorse sono trasferite dagli enti associati all'azienda unità sanitaria locale e sono allocate nel bilancio della medesima azienda con destinazione vincolata.
9. Se i comuni della zona distretto costituiscono una unione il cui ambito territoriale coincide con la zona distretto, l'organo comune di cui al comma 3 è la giunta dell'unione integrata dal rappresentante dell'azienda unità sanitaria locale. Le deliberazioni sono adottate con la stessa maggioranza di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005.
10. La convenzione prevede la costituzione della consulta zonale per l'integrazione formata da tutte le organizzazioni del volontariato, dell'associazionismo sociale e della cooperazione che sono presenti in maniera rilevante nell'ambito territoriale e operano nel campo dell'integrazione sociosanitaria.
11. Per quanto non previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 20 della l.r. 68/2011. La giunta regionale elabora un apposito schema-tipo per la predisposizione della convenzione di cui al presente articolo.”

Art. 10

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:

“Articolo 71 novies decies

Disposizioni concernenti le società della salute già costituite ai sensi dell'articolo 71 bis e seguenti

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

- a) la società della salute eserciti in forma prevalentemente diretta le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettera d);
- b) la società della salute eserciti in forma prevalentemente diretta le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettera c), individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

2. La Giunta regionale effettua, con propria deliberazione, la ricognizione delle società della salute che posseggono i requisiti di cui alle precedenti lettere a) e b).

3. 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 elaborano il piano integrato di salute secondo le modalità definite dall'articolo 21, ed in particolare:

- a) elaborano il piano di inclusione zonale secondo le modalità definite dall'art. 29 della l.r. 41/2005;
- b) elaborano il piano integrato di salute secondo le modalità definite dall'articolo 21 della l.r. 40/2005.

4. Il proseguimento delle attività delle società della salute in attuazione del precedente comma 1 assolve alle funzioni previste dall'art. 70 bis della l.r. 40/2005 e alle funzioni previste dall'art. 36 della l.r. 41/2005.”

Art. 11

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 a decorrere dal 1° gennaio 2015.

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 dicembre 2014, 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 posteriore al 31 marzo 2014, 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 dicembre 2014 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 dicembre 2014 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 o dal dirigente dell'azienda da lui nominato. 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 di adozione dei 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. Provvede alla dichiarazione di estinzione dell'ente a decorrere da una data non successiva al 31 marzo 2014. 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, detti enti restano obbligati, secondo le quote previste dall'atto costitutivo o, in mancanza, dallo statuto, alla partecipazione alla spesa di detto personale.

8. Nei casi di cui ai commi 2, 3 e 4 il personale che, alla data di entrata in vigore della presente legge, 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, detti 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; è 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 detti rapporti si applicano le regole della solidarietà attiva e passiva tra gli enti già partecipanti alla società della salute. Delle obbligazioni rispondono i soggetti medesimi ciascuno per la quota di partecipazione prevista dall'atto costitutivo o, in mancanza, dallo statuto.”

RELAZIONE

La presente proposta di legge apporta alcune modifiche ed integrazioni alla l.r. 24.2.2005 n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale). Il suo impianto di basa su alcuni insiemi coerenti di modifiche che si dipanano lungo l'articolato della l.r. 24.2.2005 n. 40 e si riferiscono a tre temi generali:

A. La nuova *governance* istituzionale multilivello.

Vengono individuati tre livelli di *governance* istituzionale (regionale, area vasta, aziendale), per ciascuno dei quali sono definiti gli organismi e la loro composizione, i ruoli e le funzioni assegnate, gli strumenti da utilizzare. A questi tre livelli, in cui si incontrano le capacità di governo della regione e delle aziende sanitarie con quelle degli enti locali, si aggiunge il livello zonale, che acquista un ruolo più orientato all'organizzazione delle attività territoriali e dell'integrazione sociosanitaria. E' questo un passaggio fondamentale che immette la '*nuova organizzazione degli enti del servizio sanitario*' in un contesto razionale e compiuto di relazioni reciproche, volte alla condivisione e alla costruzione del sistema regionale sanitario e sociosanitario integrato.

B. Le capacità di governo tecnico della zona-distretto.

Il ruolo della zona-distretto nel governo tecnico delle attività sanitarie territoriali e nell'integrazione sociosanitaria viene meglio identificato e rafforzato, allo scopo di fornire un riferimento certo ed operativo su cui impennare il grande sforzo prodotto dalla regione toscana per realizzare un assetto maggiormente orientato sulle attività territoriali. In particolare, lo snodo della zona-distretto viene identificato come il livello più adeguato per l'organizzazione delle cure primarie e per l'integrazione sociosanitaria.

C. Nuovi strumenti per l'integrazione socio-sanitaria.

Solo l'introduzione di nuovi strumenti per l'integrazione sociosanitaria di livello zonale, una volta incastonati nella infrastruttura della *governance* multilivello, rende possibile e plausibile un percorso per il superamento della centralità delle società della salute. La seconda condizione è che tali strumenti siano coordinati con le modalità di esercizio delle funzioni sociali comunali, materia che è stata oggetto di ripetuti interventi normativi statali spesso provvisori o contraddittori. La convenzione di livello zonale per l'integrazione sociosanitaria, risponde a tali requisiti. Allo scopo di assicurare la necessaria continuità assistenziale delle attività esercitate direttamente, le società della salute che al 31 dicembre 2014 soddisfino i relativi requisiti possono proseguire inserendosi nel nuovo sistema di *governance*.

A queste tre tematiche, proprie del sistema sanitario regionale, si aggiunge il richiamo e il coordinamento costante con le modifiche proposte alla l.r. 24.2.2005 n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), e più precisamente alle nuove disposizioni individuate per:

- La conferenza dei sindaci di livello zonale;
- La gestione associata delle funzioni sociali e il suo ambito territoriale;

Per far dialogare opportunamente le attività sociali dei comuni con quelle socio sanitarie della ASL, superando il modello della Società della Salute, occorre agire sul piano della praticità istituzionale, valorizzando le vocazioni e le tradizioni dei territori che si sono tradotte in prassi consolidate. A questo fine risulta quindi praticabile l'utilizzo della Convenzione e/o dell'Accordo di Collaborazione fra gli Enti interessati per collegare in modo coerente ed efficace sociale e sanitario, con la possibilità di inserire all'interno degli accordi tutto il rapporto tra le cure primarie e le nuove Case della Salute. Per i territori che lo decidessero è inoltre possibile prevedere il mantenimento di forme consortili simili alle attuali, così come previsto e consentito dal combinato disposto della legge di Stabilità e del decreto "Del Rio". In questo modo si viene a costituire una forma prevalente basata sulle Conferenze e le Convenzioni, opportunamente sostenuta e incentivata, e una forma residuale basata sulle Società della Salute che decidono di proseguire le attività.

In termini generali, occorre sottolineare come l'indirizzo approvato dal Consiglio regionale intervenga in un periodo di grandi mutamenti, che si producono senza soluzione di continuità sia in campo sanitario che nelle materie degli enti locali. Non è possibile agire sulla riorganizzazione degli enti del servizio sanitario senza tenere conto di dinamiche tanto profonde e significative. Soprattutto queste dinamiche, la riorganizzazione dei sistemi sanitari verso assetti organizzativi basati sulle attività territoriali e la riorganizzazione delle funzioni fondamentali degli enti locali con le relative modalità di esercizio, sono non sono ancora giunte a dei punti ai approdo stabili, certi e duraturi.

Per queste ragioni, il complesso delle modifiche appena descritto nelle sue linee essenziali, risponde contemporaneamente a due vincoli: operare una oculata riorganizzazione ed armonizzazione degli enti del sistema regionale sanitario e sociosanitario integrato che rende più completo, razionale ed efficace il quadro delle competenze da esercitare e delle relazioni da sviluppare; individuare degli strumenti operativi 'di sistema' per l'integrazione sociosanitaria, per la programmazione per la salute e per l'esercizio delle funzioni, in grado di fornire nuovo impulso alla costruzione dei sistemi regionali e locali di servizio, garantendo la necessaria elasticità richiesta dai processi nazionali di riforma ancora in corso.

In ogni caso, pur nelle necessarie evoluzioni, il primo dovere del legislatore regionale resta sempre e comunque quello di sostenere e di assicurare la continuità a tutte quelle grandi e piccole realizzazioni raggiunte dai nostri sistemi, sia in sanità che nel sociale, grazie all'impegno di intere comunità di professionisti, di cittadini, di associazioni, di amministratori. Malgrado i tempi tanto travagliati, la qualità dell'assistenza toscana è confermata praticamente in tutte le analisi nazionali. Si registrano anche tanti episodi e tante difficoltà da affrontare senza indugio, per evitare che il loro accumulo possa portare ad una riduzione della qualità dell'assistenza assicurata normalmente ai cittadini toscani, tuttavia la conferma del buon lavoro fatto in passato risiede proprio nelle attuali analisi degli esiti di salute prodotti nel medio periodo da quelle scelte.

Le disposizioni contenute nella presente proposta di legge non comportano oneri finanziari per l'amministrazione regionale toscana.

Gli articoli della proposta di legge

Nello specifico, il testo della presente proposta di legge 'Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40' si compone di 11 articoli.

L'articolo 1 sostituisce l'articolo 11 e modifica la denominazione della conferenza regionale che torna a rappresentare le conferenze zonali dei sindaci. Inoltre interviene al comma 6 per specificare le materie per le quali la conferenza regionale propone i criteri di riparto delle risorse da attribuire.

L'articolo 2 inserisce il nuovo articolo 11 bis, che istituisce e disciplina la conferenza dei sindaci di area vasta quale organismo formato dai presidenti delle conferenze aziendali e zonali dei sindaci afferenti alla medesima area vasta, insieme ai relativi direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere. La finalità di questa nuova norma è riconducibile all'esigenza di integrare le modifiche già introdotte dalla l.r. 27 dicembre 2011 n. 66 (legge finanziaria per l'anno 2012) all'articolo 9 (la programmazione di area vasta) con un adeguato strumento di *governance* istituzionale. Tale articolo definisce funzioni e competenze della conferenza dei sindaci di area vasta, che opera prevalentemente attraverso la formulazioni di pareri in relazione al piano di area vasta e agli altri atti di programmazione del medesimo livello.

L'articolo 3 sostituisce l'articolo 12 e introduce modifiche che riguardano l'inserimento della conferenza aziendale dei sindaci nella nuova organizzazione della *governance* regionale multilivello in materia sanitaria e sociosanitaria integrata. Tale articolo prevede l'evoluzione della conferenza aziendale definendo a cui viene attribuita la funzione di snodo tra l'area vasta e la dimensione locale delle zone-distretto, e che adotta le decisioni secondo un sistema di pesi relativi tra le componenti comunali e quella aziendale. Le competenze dell'organismo riguardano principalmente l'approvazione del Piano Integrato di Salute, l'espressione di parere sul bilancio della azienda sanitaria, e lo sviluppo di accordi nelle materie della sanità territoriali e dell'organizzazione della rete dei servizi sociosanitari integrati.

L'articolo 4 sostituisce l'articolo 21 e introduce le modifiche necessarie ad allineare il processo di elaborazione e i contenuti del piano integrato di salute alle nuove competenze previste per la conferenza aziendale dei sindaci.

L'articolo 5 sostituisce l'articolo 22 e introduce le modifiche necessarie ad allineare il processo di elaborazione del piano attuativo locale con quello del piano integrato per la salute. Inoltre definisce due nuovi strumenti di settore con lo scopo di rendere più efficace la programmazione operativa aziendale e creare un collegamento

circolare e coerente con i livelli zonali: il programma operativo per le cure primarie, articolato per zona-distretto; e l'atto per l'integrazione sociosanitaria, articolato per zona-distretto.

L'articolo 6 sostituisce l'articolo 64 e reca alcune modifiche con lo scopo di esplicitare le funzioni esercitate dalle zone-distretto nelle materie della cronicità, delle non autosufficienze e dell'integrazione sociosanitaria. Inoltre prevede che la nomina del responsabile di zona sia condivisa tra il direttore generale e la conferenza zonale dei sindaci, ne specifica i compiti e li connette con il nuovo quadro di *governance* istituzionale e con gli strumenti per l'integrazione.

L'articolo 7 inserisce il nuovo articolo 64 ter che istituisce e disciplina il Comitato di partecipazione degli utenti. Tale organismo viene istituito a livello di zona-distretto allo scopo di promuovere e sostenere la partecipazione attiva delle associazioni che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi, purché non erogatori di prestazioni. Lo stesso articolo prevede anche la promozione di due Agorà della salute, allo scopo di promuovere la partecipazione diretta della popolazione.

L'articolo 8 rende coerente l'articolo 70 con le modifiche che riguardano i dipartimenti interaziendali a carattere sperimentale già introdotte all'articolo 9 dalla l.r. 27 dicembre 2011 n. 66 (legge finanziaria per l'anno 2012).

L'articolo 9 inserisce il nuovo articolo 70 bis che definisce gli strumenti per l'integrazione posti alla base del rinnovato sistema sociosanitario regionale. Lo scopo dell'articolo è quello di collegare stabilmente i processi di integrazione con gli strumenti per l'esercizio associato delle funzioni sociali e con l'organizzazione delle attività sanitarie territoriali. A tale proposito, l'articolo è coordinato con le analoghe norme previste nella proposta di modifica della l.r. 24 febbraio 2005 n. 41, con le funzioni della conferenza zonale dei sindaci e con quelle della zona-distretto.

L'articolo 10 inserisce il nuovo articolo 71 novies decies che definisce le condizioni individuate per assicurare la continuità assistenziale attraverso l'eventuale proseguimento delle attività svolte dal consorzio della società della salute.

L'articolo 11 inserisce il nuovo articolo 71 vicies che definisce le modalità e il percorso di trasformazione o di liquidazione del consorzio della società della salute.