



Prot. n. 12652 /2.6

Firenze, 11 luglio 2014

Oggetto: **proposta di Legge n° 313**

- Al Presidente del Consiglio regionale e.p.c.
- Ai consiglieri regionali
- Al Segretario generale del Consiglio regionale
- Al Direttore dell' Area istituzionale
- Al Dirigente del settore assistenza al procedimento degli atti consiliari e ai lavori d'aula. Nomine

S E D E

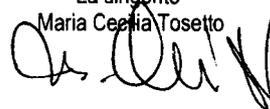
Modiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale)

| IN SEDE REFERENTE PARERE FAVOREVOLE | | SEDUTA DEL 10/07/2014 A MAGGIORANZA | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--|
| Consiglieri | Presente | Favorevole | Contrario | Astenuto | |
| 1. Marco Remaschi (PD) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Stefano Mugnai (FI) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Maria Luisa Chincarini (CD) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Marco Carraresi (UdC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Gian Luca Lazzeri (+TOSC/Ncd) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Lucia Matergi(PD) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Simone Naldoni (PD) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Relatore di maggioranza | | Relatore di minoranza | | | |

| Pareri esaminati | favorevole | contrario | condizionato | non espresso | non richiesto |
|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| istituzionale obbligatorio Prima Commissione (art. 42) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| obbligatorio Commissione di Controllo (art. 60) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| obbligatorio Consiglio delle Autonomie Locali (art. 63) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| obbligatorio Commissione Reg. le Pari Opportunità (art. 66) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| obbligatorio Conferenza Permanente Aut. Sociali (art.70) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| secondario Commissione n° allegato - (art. 41) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| secondario Commissione n° allegato - (art. 41) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ISTRUTTORIA | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|---|
| scheda di legittimità | con rilievi | <input checked="" type="checkbox"/> | senza rilievi | <input type="checkbox"/> | |
| scheda di fattibilità | con rilievi | <input checked="" type="checkbox"/> | senza rilievi | <input type="checkbox"/> | |
| attestazione copertura finanziaria e rispetto norme contabilità | SI | <input type="checkbox"/> | non richiesta | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Testo Approvato con | Modifiche al titolo | <input type="checkbox"/> | Modifiche al testo | <input checked="" type="checkbox"/> | Drafting <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | | Sostanziali | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | | | Proposta di risoluzione (allegata) <input type="checkbox"/> |
| Rinvio alla Prima Commissione (ex art. 42, comma 4 del Regolamento) | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Notifica U.E. | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Note: Si trasmette in allegato il testo della proposta di legge come riformulato e approvato dalla commissione. | | | | | |

La dirigente
Maria Cecilia Tosetto



PDL 313

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

SOMMARIO

Preambolo

Art. 1 Modifiche all'articolo 9 della l.r. 40/2005

Art. 2 Sostituzione dell'articolo 11 della l.r. 40/2005

Art. 3 Inserimento dell'articolo 11 bis nella l.r. 40/2005

Art. 4 Sostituzione dell'articolo 12 della l.r. 40/2005

Art. 5 Sostituzione dell'articolo 21 della l.r. 40/2005

Art. 6 Sostituzione dell'articolo 22 della l.r. 40/2005

Art.7 Modifiche all'articolo 37 della l.r. 40/2005

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

Art. 9 Sostituzione dell'articolo 64 della l.r. 40/2005

Art.10 Inserimento dell'articolo 64 ter nella l.r. 40/2005

Art.11 Modifiche all'articolo 70 della l.r. 40/2005

Art.12 Inserimento dell'articolo 70 bis nella l.r. 40/2005

Art. 13 Modifiche all'articolo 71 sexies della l.r. 40/2005

Art. 14 Modifiche all'articolo 71 novies della l.r. 40/2005

Art. 15 Inserimento dell'articolo 71 novies decies nella l.r. 40/2005

Art. 16 Inserimento dell'articolo 71 vicies nella l.r. 40/2005

Art. 17 Modifiche all'articolo 101 della l.r.40/2005

Preambolo

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visto l'articolo 117, comma 3, della Costituzione

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

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

Visto il parere istituzionale della prima commissione, espresso nella seduta del 3 aprile 201;

Considerato quanto segue:

1. L'assemblea 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 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 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.

5. Ritenuto di accogliere parzialmente il parere istituzionale della prima commissione, con conseguenti modifiche del testo.

APPROVA

LA SEGUENTE 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: "f) 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 i sindaci 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 ospedaliero 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 di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005 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 ospedaliero-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 ricompresi 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 di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005.

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'art. 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 (**PIS**), 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 zone 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 n....del.....** 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 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. 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 della 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, compone il supporto tecnico della conferenza zonale 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 quindicies.”

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 a livello zonale 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, ovvero **dai presidenti** 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 presente legge**, 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 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 **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 all'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'art. 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 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, **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.”

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La presente proposta di legge apporta modifiche e integrazioni alla **legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale)**. Il suo impianto si basa su un insieme d'interventi all'articolato della l.r. 40/2005 riferiti 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 socio sanitaria, 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 **legge regionale 24 febbraio 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 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, **è da 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 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, non sono ancora giunte a dei punti di 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 del 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 17 articoli.

L'articolo 1 modifica l'articolo 9 della l.r. 40/2005, precisa la durata in carica del coordinatore del comitato di area vasta e stabilisce che il suo operato venga annualmente valutato sulla base del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla regione.

L'articolo 2 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 3 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 **legge regionale 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 4 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 5 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 6 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 7 modifica l'articolo 37 non prevedendo più il limite dei sessantacinque anni per essere nominati Direttore generale.

L'articolo 8 modifica l'articolo 40 sempre per quanto riguarda la rimozione del limite dei sessantacinque anni per essere nominati Direttore dei servizi sociali.

L'articolo 9 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 10 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 11 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 12 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 13 modifica l'articolo 71 sexies.

L'articolo 14 modifica l'articolo 71 novies specificando che l'incarico del direttore della società della salute è esclusivo ed omnicomprensivo.

L'articolo 15 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 16 inserisce il nuovo articolo 71 vicies che definisce le modalità e il percorso di trasformazione o di liquidazione del consorzio della società della salute.

L'articolo 17 inserisce un comma all'articolo 101 e stabilisce che ESTAR promuova azioni finalizzate all'integrazione funzionale delle esperienze innovative attive in Toscana, anche valorizzando formule societarie o consortili per le quali sussistono i requisiti previsti dalla legge per gli affidamenti in house.



Prot. n. 7054/2.6

Firenze, 2 aprile 2014

Oggetto: **proposta di Legge n° 313**

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

e.p.c.

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

S E D E

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

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

SEDUTA DEL 3 APRILE 2014

PARERE FAVOREVOLE

A MAGGIORANZA

| Consiglieri | Delega | Presente | Favorevole | Contrario | Astenuto |
|------------------------------------|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Marco MANNESCHI (IdV-ALDE) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vanessa BORETTI (PD) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lucia DE ROBERTIS (PD) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Marco RUGGERI (PD) | Morelli | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Marco SPINELLI (PD) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Alessandro ANTICHI (PdL) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Alberto MAGNOLFI (Ncd) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Gabriele CHIURLI (Gruppo Misto) | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Note e Osservazioni: La Commissione, all'esito dell'esame dell'atto sotto il profilo di propria competenza, ha fatto propri i seguenti rilievi formulati dal settore di assistenza professionale ed esprime, quindi, **parere favorevole condizionato all'accoglimento delle seguenti osservazioni:**

- **All'articolo 1**, comma 8 non è individuato espressamente il *sogetto rappresentativo ed associativo dei comuni*, quale destinatario dell'obbligo di fornire supporto tecnico amministrativo alla conferenza regionale dei sindaci che viene ivi istituita. Si nutrono comunque in proposito le perplessità relative alla previsione di imporre obblighi di tale contenuto nei confronti di un soggetto che si presume estraneo alla Regione.
- **All'articolo 2**, comma 4, lettera c) occorre chiarire se la formula: *esamina gli atti del bilancio...* identifica l'espressione di un parere al pari delle altre fattispecie o meno.
- **All'articolo 3**, comma 1, la partecipazione, in luogo dei sindaci, alle conferenze aziendali dei sindaci, da parte dei rappresentanti delle unioni di comuni, per la sola circostanza dell'esistenza di un'unione nell'ambito territoriale dell'azienda usl, indipendentemente dalle funzioni esercitate da quest'ultima (delle unioni di comuni) e dai comuni che ne fanno parte, non appare coerente con la ratio della norma e con il sistema cui essa fa appartiene. Ad ogni buon conto il rappresentante dell'unione è, ai sensi della l.r. 68/2011, il Presidente della stessa. In ogni caso la partecipazione alla conferenza del direttore generale dell'azienda usl può dar luogo a evidenti conflitti d'interesse atteso che quest'ultima esercita poteri di indirizzo e di controllo sull'azienda USL e la nomina e la revoca del direttore generale stesso sono rimesse al parere (?) e alla proposta della Conferenza stessa. A tale proposito va chiarito al comma 6 lettera c) la portata dell'espressione: *esprime le proprie valutazioni in merito alla nomina del direttore generale...* e quale sia, nel caso della lettera e) in cui la seduta è riservata alle sole componenti comunali (pari al 66% dei voti), la maggioranza dei voti richiesta, che il comma 3 fissa al 67%.
- **All'articolo 6**, si osserva una pluralità di figure le cui funzioni e attività si articolano e si intrecciano in un quadro normativo non di agevole lettura anche per i rinvii interni che vengono utilizzati, figure a cui si aggiungono quelle previste dall'articolo 7.
- **All'articolo 7**, il potere di accedere ai dati di cui al comma 5 da parte del comitato di partecipazione va previsto nel rispetto delle disposizioni del d.lgs 196/2003 in materia di protezione dei dati personali in ambito sanitario.
- **All'articolo 9**, comma 3 si individua la conferenza zonale di cui all'art.34 della l.r.41/2005 quale *organo comune della convenzione*: ciò necessita di chiarimento e di un'eventuale riformulazione. La stessa osservazione si ripete a proposito del comma 9. Al comma 10 si prevede la costituzione della *consulta zonale per l'integrazione*, di cui non viene indicata alcuna forma di disciplina, né in ordine alla organizzazione né alle

funzioni che è chiamata ad esercitare. In relazione ai componenti della stessa va chiarito cosa s'intende per organizzazioni *presenti in modo rilevante* nell'ambito territoriale.

- **All'articolo 10** a proposito dei requisiti per il proseguimento delle attività da parte delle società della salute di cui alle lettere a) e b) del nuovo articolo 71 novies decies, va specificato cosa s'intende con: *esercizio in forma prevalentemente diretta*.
- **All'articolo 11** il procedimento di estinzione delle società della salute non risulta chiaro, negli atti, nei termini, nelle singole fasi procedurali. Data l'estrema importanza e delicatezza della successione in tali enti, è necessaria la riformulazione del procedimento stesso. In ogni caso si osserva un possibile conflitto d'interessi nell'esercizio da parte del direttore generale dell'azienda usl delle attività di commissario straordinario della società della salute, l'azienda Usl è infatti uno dei soggetti chiamati a succedere alla società della salute.

LA DIRIGENTE

(*Maria Cecilia Tosetto*)

