

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

Sommario

**Preambolo**

**Capo I Disposizioni generali**

- Art. 1 Finalità e oggetto
- Art. 2 Principi del riordino

**Capo II Linee per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del  
Servizio Sanitario Regionale**

- Art. 3 Linee di indirizzo per l'organizzazione del servizio sanitario regionale
- Art. 4 Programmazione operativa e direttore di area vasta
- Art. 5 Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali
- Art. 6 Dipartimenti interaziendali di area vasta
- Art. 7 Aziende unità sanitarie locali

**Capo III – Norme Transitorie**

- Art. 8 Commissariamento delle aree vaste
- Art. 9 Commissariamento delle aziende unità sanitarie locali
- Art. 10 Funzioni del commissario dell'azienda unità sanitaria locale
- Art. 11 Funzioni dei vicecommissari
- Art. 12 Funzioni del direttore generale della azienda ospedaliero universitarie nel processo di riordino
- Art. 13 Ruolo e funzioni degli altri istituti, enti e aziende del servizio sanitario regionale nel processo di riordino
- Art.14 Processo di riordino del servizio sanitario regionale

**Capo IV Ulteriori misure di intervento per la razionalizzazione e l'efficienza del  
servizio sanitario regionale**

- Art. 15 Iniziative in tema di sobrietà, eticità e appropriatezza delle cure

## **Preambolo**

Il Consiglio regionale

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

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

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

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

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

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);

Considerato quanto segue:

1. Al fine di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e nel contempo assicurare la sostenibilità e il carattere pubblico e universale del sistema sanitario, a fronte del mutato quadro epidemiologico, dei costi crescenti dei processi di diagnosi e cura e della consistente riduzione dei trasferimenti statali in ambito regionale, si rende necessario avviare un processo di riordino complessivo del servizio sanitario regionale, che, partendo da una revisione e da un rilevante rafforzamento della programmazione di area vasta, prevede, altresì, una riduzione delle attuali aziende unità sanitarie locali da dodici a tre, una per area vasta.

2. Considerato che l'integrazione completa tra aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliero-universitarie in un'unica azienda a livello di area vasta può rappresentare il modello che, opportunamente definito e sviluppato, permette di migliorare ulteriormente la qualità dei servizi, potenziare gli aspetti di didattica e ricerca e il governo complessivo del sistema, ma che tale obiettivo è subordinato alla modifica del quadro normativo nazionale, di cui al d.lgs. 502/1992 e al d.lgs. 517/1999.

3. Al fine di garantire un'adeguata programmazione di area vasta e la sua integrazione tra l'azienda ospedaliero-universitaria e l'azienda unità sanitaria locale, evitando duplicazioni, sprechi di risorse, volumi di attività inadeguati, insufficiente utilizzo delle tecnologie è istituito, a regime, il direttore di area vasta, con il compito di elaborare, in attuazione della programmazione regionale, d'intesa con l'azienda ospedaliero-universitaria e l'azienda unità sanitaria locale, la proposta di programmazione di area vasta, previo parere della conferenza dei sindaci di area vasta e del rettore dell'università per quanto di competenza.

4. Si individua il dipartimento interaziendale di area vasta quale strumento di programmazione coordinata, per promuovere la qualità e l'appropriatezza delle cure, l'omogeneità sui territori e l'efficienza delle attività.

5. Si prevede, nella revisione dei modelli organizzativi integrati tra le varie forme di assistenza, il consolidamento del modello zonale-distrettuale dei servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso l'attribuzione di competenze organizzative e gestionali alla zona-distretto/società della salute, in linea con quanto già disposto dalla l.r.40/2005 e dalla l.r.41/2005.

6. La riforma complessiva del sistema verrà disciplinata con successiva legge regionale, nel rispetto dei principi e delle linee di indirizzo definite dalla presente legge, a conclusione di un articolato processo di analisi organizzativa, informazione, confronto e partecipazione che si svolgerà in tempo utile per l'avvio del nuovo assetto organizzativo con il 1° gennaio dell'anno 2016.

7. Al fine di avviare il processo di fusione e di elaborare il progetto di riorganizzazione dei servizi sanitari a livello di area vasta, si dispone la decadenza dei direttori generali, dei direttori amministrativi, dei direttori sanitari e dei direttori dei servizi sociali delle aziende unità sanitarie locali a far data dal 1° marzo 2015 e, contestualmente, si prevede la loro sostituzione con un commissario per tutte le aziende USL afferenti la stessa area vasta. Si dispone, inoltre, a decorrere dalla stessa data, la decadenza dei comitati di area vasta di cui all'articolo 9 della l.r.40/2005 e la nomina di commissari per la programmazione in ciascuna area vasta.

8. Si rende necessario disciplinare la fase transitoria con il riordino delle funzioni di programmazione di area vasta, definendo i compiti dei commissari di area vasta e dei commissari delle aziende unità sanitarie locali, dei direttori generali delle aziende ospedaliero-universitarie e dei dipartimenti interaziendali.

9. Allo scopo di garantire le regolari attività aziendali e di assicurare l'erogazione dei servizi sanitari si prevede la nomina da parte del Presidente della Giunta regionale di un vicecommissario presso ciascuna azienda unità sanitaria locale coinvolta nel processo di riordino.

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

11. Le rappresentanze degli enti locali a livello regionale, di area vasta e aziendale, partecipano al processo di riordino, di cui alla presente legge, secondo il ruolo loro riconosciuto dalla l.r.40/2005.

12. Le università toscane partecipano al processo di riordino, di cui alla presente legge, secondo il ruolo loro riconosciuto dall'articolo 13 della l.r. 40/2005.

13. La Regione, tramite la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, esercita le funzioni di indirizzo, monitoraggio e controllo del processo di riordino.

14. Le aziende, enti e istituti di livello regionale sono destinatari di specifiche disposizioni che disciplinano la loro partecipazione al processo di riordino.

15. Al fine di migliorare l'efficienza del sistema sono introdotte ulteriori disposizioni di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria.

## **Approva la presente legge**

### **Capo I Disposizioni generali**

#### **Art. 1 - Finalità e oggetto**

1. La presente legge reca disposizioni urgenti di riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, finalizzate a garantire l'ulteriore promozione della qualità dei servizi in un quadro di sostenibilità economica del sistema sanitario.

#### **Art. 2 - Principi del riordino**

1. La revisione dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale è definita nel rispetto dei seguenti principi:

- a) salute, come diritto per il singolo cittadino e dovere della collettività;
- b) cittadini e associazioni dei malati, professionisti e programmazione, come elementi fondanti del sistema sanitario regionale;
- c) uguaglianza, umanizzazione e personalizzazione delle cure;
- d) valorizzazione delle risorse umane, della professionalità e delle competenze in ogni ruolo e profilo professionale e valorizzazione della medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- e) valorizzazione del sistema del volontariato;
- f) appropriatezza ed eticità delle cure;
- g) equità di accesso ai servizi e uniformità nei livelli di assistenza;
- h) integrazione socio-sanitaria;
- i) vicinanza ai territori e attenzione alle zone disagiate;
- l) eticità e sobrietà nell'uso delle risorse;
- m) promozione della ricerca e dell'innovazione in tutti gli ambiti organizzativi e professionali;
- n) valorizzazione dell'organizzazione dell'assistenza per processi e della multidisciplinarietà nelle cure;
- o) valorizzazione ed integrazione degli operatori privati accreditati nelle strategie del sistema sanitario regionale.

### **Capo II**

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

#### **Art.3 - Linee di indirizzo per la organizzazione del servizio sanitario regionale**

1. Il modello organizzativo di riordino del servizio sanitario regionale si realizza secondo le seguenti linee di indirizzo:

- a) area vasta, quale sede di attuazione della programmazione strategica regionale;
- b) dipartimento interaziendale di area vasta quale strumento di programmazione coordinata;
- c) valorizzazione, attraverso modelli convenzionali tra azienda unità sanitaria locale e azienda ospedaliero-universitaria, della formazione, didattica e ricerca negli ambiti delle attività di prevenzione, territoriali e ospedaliere;
- d) rafforzamento della *governance* con le comunità e gli enti locali;
- e) consolidamento del modello zonale-distrettuale dei servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso il rafforzamento del ruolo organizzativo e gestionale della zona-distretto/società della salute;
- f) istituzione presso ciascuna azienda unità sanitaria locale del dipartimento della medicina generale e partecipazione della medicina generale nei dipartimenti interaziendali;
- g) sviluppo delle reti e dei percorsi clinico-assistenziali attraverso l'integrazione delle attività tra le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliero-universitarie;
- h) rispetto di specifici standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale e ospedaliera dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliero-universitaria, con particolare attenzione alle zone disagiate;
- i) rafforzamento dell'appropriatezza ed eticità nei percorsi di cura e nell'impiego dei medicinali e dei dispositivi medici;
- l) valorizzazione e partecipazione del ruolo direzionale, della professione infermieristica e tecnico-sanitaria, della medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- m) partecipazione di tutti gli operatori del servizio sanitario regionale al processo di riordino, valorizzazione delle risorse umane e sviluppo delle competenze;
- n) coordinamento e riorganizzazione delle attività di governo clinico regionale;
- o) riallineamento delle retribuzioni delle figure direzionali del sistema sanitario e socio-sanitario regionale il cui trattamento economico è collegato a quello degli organi di direzione delle aziende sanitarie.

#### **Art.4 - Programmazione operativa e direttore di area vasta**

1. La Regione tramite l'area vasta garantisce, e sovrintende, in coerenza con le disposizioni di cui all'articolo 9 della l.r.40/2005, all'attuazione della programmazione strategica regionale attraverso i piani operativi di area vasta e i piani delle singole aziende sanitarie che ne fanno parte, assicurando omogeneità della metodologia organizzativa. La Regione assicura, inoltre, l'omogeneità dei modelli organizzativi dipartimentali delle aziende unità sanitarie locali.

2. L'azienda unità sanitaria locale e l'azienda ospedaliero-universitaria operano attraverso i propri dipartimenti aziendali coordinati nei dipartimenti interaziendali di area vasta e attraverso eventuali modelli convenzionali nei diversi ambiti delle attività delle aziende stesse.

3. Il nuovo modello della programmazione di area vasta é formulato nell'ambito della proposta di legge di cui all'articolo 14, in coerenza con quanto disposto dal Capo II del Titolo III della l.r. 40/2005 e secondo le linee di indirizzo sotto espresse:

a) presso ciascuna area vasta è nominato un direttore, che svolge le seguenti funzioni:

1. elaborazione, in attuazione della programmazione regionale, di intesa con l'azienda ospedaliero-universitaria e l'azienda unità sanitaria locale, della proposta di programmazione di area vasta, previo parere della conferenza dei sindaci di area vasta e del rettore dell'università per quanto di competenza;
2. verifica dell'attuazione della programmazione di area vasta nei piani operativi dell'azienda ospedaliero-universitaria e dell'azienda unità sanitaria locale; attività di monitoraggio delle iniziative assunte dalle aziende in attuazione della programmazione di area vasta, anche attraverso l'attribuzione di specifici obiettivi alle aziende stesse ove sia riscontrata difformità rispetto a quanto programmato, nel rispetto, in ogni caso, dell'autonomia gestionale aziendale;
3. predisposizione per la Regione, in rapporto alla programmazione di area vasta e alla valutazione dei relativi piani operativi annuali dell'azienda ospedaliero-universitaria e dell'azienda unità sanitaria locale, di una proposta di attribuzione delle risorse necessarie;

b) presso ciascuna area vasta è costituito, sotto la responsabilità del direttore di area vasta, un comitato operativo, composto dai direttori generali delle aziende sanitarie afferenti l'area vasta e dal direttore generale dell'ESTAR.

4. Il direttore di area vasta è nominato dal Presidente della Giunta regionale, sentita la conferenza dei sindaci di area vasta e sentito il rettore dell'università che insiste nell'area vasta, tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 bis, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l.23 ottobre 1992, n.421).

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

6. Il direttore di area vasta si avvale di un nucleo tecnico appositamente costituito, senza oneri aggiuntivi, con personale messo a disposizione dalle aziende sanitarie e dal servizio sanitario regionale.

7. I provvedimenti connessi o conseguenti le attività del direttore di area vasta sono adottati dalla Regione, su proposta del direttore medesimo.

#### **Art. 5 - Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali**

1. Il dipartimento aziendale è confermato quale strumento organizzativo delle aziende unità sanitarie locali, secondo le normative vigenti.

2. Al fine di assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuità dei percorsi assistenziali, nonché per garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione fra le prestazioni erogate in regimi diversi, le aziende unità sanitarie locali, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 70 della l.r.40/2005, costituiscono dipartimenti a carattere gestionale prendendo a riferimento i dipartimenti interaziendali.

3. Le aziende unità sanitarie locali costituiscono, inoltre, il dipartimento della medicina generale composto dai coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali di cui all'articolo 1

del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito, con modificazioni, in legge 8 novembre 2012, n. 189.

4. Il dipartimento aziendale è disciplinato in dettaglio nell'ambito della proposta di legge di cui all'articolo 14 tenendo conto, in particolare, di quanto previsto ai commi 2 e 3.

## **Art. 6 - Dipartimenti interaziendali di area vasta**

1. Il dipartimento interaziendale di area vasta è lo strumento organizzativo di riferimento per la programmazione nell'area vasta.

2. Il dipartimento interaziendale di area vasta è disciplinato in dettaglio nell'ambito della proposta di legge di cui all'articolo 14 secondo le seguenti linee di indirizzo:

a) il dipartimento interaziendale di Area Vasta è composto dai dipartimenti aziendali, o loro unità costitutive, della azienda USL e della AOU e da eventuali aree, o unità funzionali;

b) analizza e valuta gli schemi organizzativi in essere, i livelli di attività e i risultati; formula e propone una programmazione finalizzata a garantire la omogeneità territoriale dei servizi, la qualità e appropriatezza delle cure, l'efficienza organizzativa e il migliore utilizzo delle risorse tecniche unitamente alla valorizzazione e allo sviluppo delle risorse umane e delle competenze, relativamente alla qualità, sicurezza, efficacia ed efficienza della rete della prevenzione, dell'assistenza territoriale e ospedaliera di area vasta, anche formulando proposte per l'attribuzione delle risorse economico-finanziarie;

c) propone azioni atte a garantire e sviluppare, sulla base di modelli convenzionali, le attività di formazione, didattica e ricerca;

d) il dipartimento è dotato di un'assemblea e di un coordinatore;

e) l'assemblea del dipartimento è composta: dai responsabili di ciascuna unità operativa, o unità assimilata, da uno o più rappresentanti per ogni area professionale del dipartimento, da uno o più rappresentanti della medicina generale, da un responsabile per la didattica.

f) il direttore di area vasta nomina il coordinatore del dipartimento, sentito il direttore generale dell'azienda USL e il direttore generale dell'AOU;

g) il coordinatore presiede l'assemblea e coordina le attività del dipartimento interaziendale di area vasta;

h) Il direttore di area vasta costituisce il comitato dei dipartimenti interaziendali composto dai direttori generali dell'azienda USL e dell'AOU e dai coordinatori dei dipartimenti interaziendali. Ai lavori del comitato partecipano: a) un rappresentante dei direttori di zona- distretto/società della salute dell'azienda unità sanitaria locale; b) un rappresentante, per quanto di competenza, per ogni dipartimento universitario medico, costituito ai sensi della legge 30 dicembre 2010, n. 240, (Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, non che delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario), dell'università che insiste nell'area vasta; c) il direttore del dipartimento aziendale della medicina generale; d) un rappresentante delle professioni infermieristiche

e delle professioni tecnico-sanitarie. Il comitato contribuisce alla formulazione delle linee di indirizzo per la programmazione annuale di area vasta con particolare riferimento alla integrazione delle attività socio-sanitarie, ospedaliere, formative, di didattica e di ricerca.

3. Nella fase di riordino al fine di dare immediata operatività alla programmazione di area vasta e di sperimentare modelli innovativi, anche con riferimento a particolari esigenze della programmazione regionale, sono individuati, quale livello minimo, i seguenti dipartimenti interaziendali, ferma restando l'operatività delle reti cliniche, quali la rete materno infantile, delle reti tempo-dipendenti, quali la rete trauma, la rete infarto e la rete ictus, nonché dei coordinamenti tecnico-professionali presenti nelle aree vaste, quali neurologia e anestesia e rianimazione, già esistenti:

- a) dipartimento interaziendale di area vasta di emergenza urgenza;
- b) dipartimento interaziendale di area vasta di chirurgia generale e d'urgenza;
- c) dipartimento interaziendale di area vasta delle specialità chirurgiche;
- d) dipartimento interaziendale di area vasta di medicina diagnostica per immagini;
- e) dipartimento interaziendale di area vasta di medicina diagnostica di laboratorio;
- f) dipartimento interaziendale di area vasta per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari;
- g) dipartimento interaziendale di area vasta delle specialità mediche;
- h) dipartimento interaziendale di area vasta medico per intensità di cura ospedaliera;
- i) dipartimento interaziendale di area vasta per la prevenzione, diagnosi e cura della malattia oncologica.

4. Le funzioni operative e le strutture organizzative professionali relative ai dipartimenti di cui al comma 3 sono quelle individuate nell'allegato 1 alla presente legge.

5. Sulla base dei risultati della sperimentazione di cui al comma 3, la proposta di legge di cui all'articolo 14, procede alla definizione puntuale della tipologia, composizione e del numero dei dipartimenti interaziendali di area vasta e dell'azienda unità sanitaria locale di area vasta, ferma restando l'autonomia organizzativa dell'azienda ospedaliero-universitaria in riferimento ai dipartimenti ad attività integrata; la medesima proposta di legge aggiorna l'elenco delle funzioni operative territoriali e ospedaliere e le relative strutture organizzative professionali, di cui all'allegato 1, sulla base della normativa nazionale vigente, della evoluzione scientifica e dell'epidemiologia dei bisogni.

## **Art. 7 - Aziende unità sanitarie locali**

1. A far data dal 1° gennaio 2016 sono istituite le seguenti aziende USL:

- a) azienda USL Toscana centro, istituita mediante la fusione delle aziende USL 10 di Firenze, USL 4 di Prato, USL 3 Pistoia e USL 11 Empoli;
- b) azienda USL Toscana nord-ovest, istituita mediante la fusione delle aziende USL 2 di Lucca, USL 1 di Massa e Carrara, USL 12 Versilia, USL 5 di Pisa e USL 6 Livorno;
- c) azienda USL Toscana sud-est, istituita mediante la fusione delle aziende USL 7 di Siena, USL 8 di Arezzo, e USL 9 di Grosseto.



2. Le aziende di cui al comma 1 sono enti del servizio sanitario regionale, dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica.

### **Capo III Norme transitorie e processo di riordino**

#### **Art.8- Commissariamento delle aree vaste**

1. A far data dal 1° marzo 2015 decadono i comitati di area vasta di cui all'articolo 9 della l.r. 40/2005 e le relative funzioni sono assunte da un commissario in ciascuna area vasta, di seguito definito "commissario di area vasta".

2. Il commissario di area vasta, nel rispetto di quanto disposto dagli articoli 3, 4 e 5, ed in attuazione della programmazione regionale, elabora un piano annuale di area vasta, istituisce in via sperimentale i dipartimenti interaziendali di cui all'articolo 6, comma 3, ne nomina i coordinatori sentiti il commissario dell'azienda USL e il direttore generale dell'AOU e definisce il riassetto delle funzioni e delle attività di area vasta.

3. Il commissario di area vasta è nominato dal Presidente della Giunta regionale, sentita la conferenza dei sindaci di area vasta e sentito il rettore dell'università che insiste nell'area vasta, tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3bis, comma 3, del d.lgs.502/1992.

4. Al commissario di area vasta si applicano i commi 4, 5, 6 e 10 dell'articolo 9; i relativi oneri sono posti a carico del fondo sanitario regionale.

5. Il commissario di area vasta si avvale di un nucleo tecnico appositamente costituito, senza oneri aggiuntivi, con personale o attività messi a disposizione dal servizio sanitario regionale.

6. I provvedimenti connessi o conseguenti le attività del commissario di area vasta sono adottati dalla Regione, su proposta del commissario medesimo.

#### **Art.9- Commissariamento delle aziende sanitarie locali**

1. A far data dal 1° marzo 2015 decadono i direttori generali, i direttori amministrativi, i direttori sanitari, i direttori dei servizi sociali delle aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 7 comma 1. Restano in carica gli altri organi aziendali e i titolari degli ulteriori incarichi la cui durata è connessa all'incarico del direttore generale.

2. Le aziende USL incluse in ciascun ambito territoriale aziendale di cui all' articolo 7 comma 1 sono rette da un unico commissario, di seguito definito “commissario dell'azienda USL”.

3. I commissari delle aziende USL sono nominati dal Presidente della Giunta regionale tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 bis, comma 3, del d.lgs.502/1992, sentite le conferenze dei sindaci di area vasta.

4. Gli oneri derivanti dall'attività commissariale, compresi quelli derivanti da contenzioso a qualsiasi titolo insorgente, sono a carico delle aziende cui il commissario è preposto. L'atto di nomina individua l'azienda che provvede direttamente alle spese, compresi l'indennità e i rimborsi spettanti al commissario, e definisce i criteri di ripartizione delle stesse tra le aziende cui il commissario è preposto.

5. L'incarico di commissario comporta l'esercizio delle pubbliche funzioni previste dalla presente legge. Al commissario spetta un'indennità forfetaria, unica per il complesso delle funzioni commissariali che è tenuto a esercitare verso le aziende sanitarie cui è preposto, stabilita nell'atto di nomina. L'indennità non può superare il trattamento economico lordo previsto per un direttore generale di azienda sanitaria, commisurato al periodo di svolgimento dell'incarico, ed è erogata per mensilità. Al commissario spetta altresì il rimborso delle spese sostenute, nella misura prevista per il direttore generale di azienda sanitaria.

6. Il commissario è revocato qualora sia accertato il venir meno dei requisiti e delle condizioni per la nomina. Può essere altresì revocato in ogni tempo dall'incarico per inadempienze o gravi irregolarità nell'attuazione del mandato commissariale, e comunque in tutti i casi in cui è prevista la revoca del direttore generale di azienda sanitaria. Il provvedimento di revoca è disposto con decreto del Presidente della Giunta regionale.

7. Il Presidente della Giunta regionale nomina presso ogni azienda USL un vicecommissario, in possesso dei requisiti per la nomina a direttore generale, direttore amministrativo o direttore sanitario, di cui agli articoli 3 e 3bis del d.lgs.502/1992. La nomina del vicecommissario è effettuata previo confronto con la conferenza aziendale dei sindaci.

8. Il trattamento economico del vicecommissario è determinato nell'atto di nomina e non può superare la misura del 80 per cento di quello previsto per i direttori generali delle aziende sanitarie.

9. Il vicecommissario, per l'espletamento delle sue funzioni, nomina uno staff composto da professionisti del servizio sanitario regionale e, qualora se ne dimostri la necessità, da non più di un soggetto esterno di comprovata esperienza nell'area interessata, tutti iscritti negli elenchi degli aspiranti al ruolo di direttore sanitario o direttore amministrativo.

10. All'attività commissariale disciplinata dalla presente legge non si applicano le disposizioni della legge regionale 31 ottobre 2001, n. 53 (Disciplina dei commissari nominati dalla Regione).

## **Art.10 – Funzioni del commissario dell'azienda USL**

1. Il commissario esercita per ciascuna azienda USL cui è preposto le funzioni attribuite al direttore generale ai sensi della l.r.40/2005 e della normativa nazionale vigente in materia.

2. In attuazione dei principi e delle linee di indirizzo, di cui agli articoli 2, 3, 4 e 5 della presente legge ed in coerenza con gli atti del commissario di area vasta, il commissario dell'azienda USL cura il processo di fusione aziendale e il progetto di riorganizzazione dei servizi sanitari, propedeutico alla nascita della nuova azienda, promuovendo interventi di semplificazione dei processi, razionalizzazione delle risorse e riassetto dell'organizzazione del personale. A tali fini il commissario dell'azienda USL, nel rispetto delle direttive regionali, impartisce direttive ai vicecommissari per l'espletamento delle analisi organizzative in ciascuna azienda sanitaria, finalizzate all'unitarietà del sistema aziendale. In tale ambito può fare ricorso alle procedure di cui all'articolo 2, commi 11 e seguenti, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini), convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nei casi di dichiarazione di eccedenza di personale.

3. Per le attività connesse con gli interventi di revisione della spesa già avviati ed in fase di avvio, il commissario opera in attuazione degli specifici indirizzi regionali; a tale fine dirige e coordina le attività poste in essere dai vicecommissari per il raggiungimento degli obiettivi prefissati attraverso i bilanci di previsione e gli altri atti di indirizzo regionali adottati a tale fine.

4. Il commissario dell'azienda USL si avvale di un nucleo tecnico appositamente costituito, senza oneri aggiuntivi, con personale o attività messi a disposizione dal servizio sanitario regionale.

#### **Art.11 – Funzioni dei vicecommissari**

1. I vicecommissari esercitano le funzioni di gestione ordinaria delle aziende USL nei limiti della delega loro conferita dal commissario, sulla base degli indirizzi definiti con deliberazione della Giunta regionale. Gli atti di gestione straordinaria possono essere adottati dai vicecommissari se autorizzati dal commissario. L'atto si intende autorizzato se, trascorsi quindici giorni dalla sua comunicazione, il commissario non si esprime negativamente. I vicecommissari attuano gli interventi di revisione della spesa per quanto di competenza.

2. I vicecommissari, sulla base delle direttive del commissario, realizzano un'analisi organizzativa per il conseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 10 comma 2.

3. I vicecommissari effettuano la ricognizione dei rapporti giuridici attivi e passivi, della consistenza del patrimonio immobiliare e mobiliare e dei rapporti di lavoro in essere. L'atto di ricognizione è sottoposto al parere del collegio sindacale e trasmesso al commissario entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

#### **Art.12 – Funzioni del direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria nel processo di riordino**

1. In attuazione dei principi e delle linee di indirizzo, di cui agli articoli 2, 3, 4 e 5 della presente legge ed in coerenza con la programmazione regionale e con gli atti del

commissario di area vasta, il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, ferme restando le prerogative dell'azienda medesima, cura l'elaborazione del processo di riorganizzazione aziendale al fine di renderlo coerente con l'organizzazione e la programmazione di area vasta, in particolare in merito all'istituzione dei dipartimenti interaziendali di area vasta e ai modelli convenzionali che favoriscono l'integrazione tra assistenza, ricerca e didattica.

2. Per le finalità di cui al comma 1 il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria promuove interventi di semplificazione dei processi, razionalizzazione delle risorse e riassetto dell'organizzazione del personale.

3. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria realizza un'analisi organizzativa per il conseguimento degli obiettivi di semplificazione dei processi, razionalizzazione delle risorse e riassetto dell'organizzazione del personale. In tale ambito può fare ricorso alle procedure di cui all'articolo 2, commi 11 e seguenti, del d.l. 95/2012, nei casi di dichiarazione di eccedenza di personale.

4. Per le attività connesse con gli interventi di revisione della spesa già avviati ed in fase di avvio, il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria opera in attuazione degli specifici indirizzi regionali per il raggiungimento degli obiettivi prefissati attraverso i bilanci di previsione e gli altri atti di indirizzo regionali adottati a tale fine.

#### **Art.13 - Ruolo e funzioni degli altri istituti, enti e aziende del servizio sanitario regionale nel processo di riordino**

1. L'azienda ospedaliero-universitaria Meyer partecipa, per quanto di competenza, alle attività dei commissari delle aree vaste, con la finalità di elaborare una proposta di riorganizzazione nel settore pediatrico ospedaliero a livello regionale.

2. La fondazione Toscana Gabriele Monasterio per la Ricerca medica e di Sanità Pubblica partecipa, per quanto di competenza, alle attività del commissario dell'area vasta nord-ovest e ai dipartimenti interaziendali della medesima area vasta.

3. Gli istituti, enti ed aziende del servizio sanitario regionale realizzano un'analisi organizzativa per il conseguimento degli obiettivi di semplificazione dei processi, razionalizzazione delle risorse e riassetto dell'organizzazione del personale. In tale ambito possono fare ricorso alle procedure di cui all'articolo 2, commi 11 e seguenti, del d.l.95/2012, nei casi di dichiarazione di eccedenza di personale.

#### **Art. 14- Processo di riordino del Servizio sanitario regionale**

1. La Giunta regionale adotta con deliberazione, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, criteri, direttive e determinazioni per la sua attuazione, prevedendo, altresì, tempistica e modalità di partecipazione e concertazione del processo di riordino.

2. La Giunta regionale presenta al Consiglio regionale entro il 30 settembre 2015 una proposta di legge che disciplina compiutamente il nuovo assetto istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario regionale, con riferimento a tutti gli istituti, enti e

aziende del servizio sanitario regionale, nonché agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e alla direzione regionale competente in materia di diritto alla salute.

#### **Capo IV**

### **Ulteriori misure di intervento per la razionalizzazione e l'efficienza del Servizio Sanitario Regionale**

#### **Art.15 - Iniziative in tema di sobrietà, eticità ed appropriatezza delle cure**

1. Al fine di promuovere ulteriori processi di efficientamento e razionalizzazione delle risorse, la Giunta regionale, entro 60 giorni dalla entrata in vigore della presente legge, mediante appositi provvedimenti, adotta iniziative volte a garantire sobrietà nei comportamenti prescrittivi, appropriatezza nelle attività di diagnostica e terapia, eticità nelle cure erogate, con particolare riferimento alle cure di fine vita, nonché una sostenibile innovazione tecnologica nell'ambito del servizio sanitario regionale.

2. Le iniziative di cui al comma 1 sono assunte anche attraverso processi di coordinamento degli organismi già deputati a garantire la sicurezza, l'appropriatezza e l'economicità delle cure erogate.

3. La Giunta regionale individua, altresì, con proprio atto, da adottarsi nei termini di cui al comma 1, fra i dispositivi medici di fabbricazione continua o di serie finiti, di cui all'elenco n.1 dell'allegato 1 al decreto ministeriale 27 agosto 1999, n.332 (Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe), quelli che devono essere acquisiti con procedure pubbliche di acquisto e distribuiti direttamente agli assistiti dalle aziende sanitarie, fatti salvi specifici accordi di livello regionale con la filiera distributiva.