

## **RELAZIONE ILLUSTRATIVA ALLA PROPOSTA DI LEGGE**

**“Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale) e alla legge regionale 4 febbraio 2008, n. 3 (Istituzione e organizzazione dell’Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO). Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e prevenzione oncologica -CSPO) per il riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale”**

Scopo della proposta di legge è quello di portare a compimento il processo di organizzazione degli assetti del servizio sanitario regionale avviato con la legge regionale 16 marzo 2015, n. 28 (Disposizioni urgenti per il riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale).

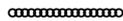
Nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa statale, tale processo si attua attraverso l'accorpamento delle dodici aziende unità sanitarie locali in tre aziende, una per ciascuna area vasta (azienda USL centro, azienda USL Toscana Nord Ovest, azienda USL Toscana Sud Est).

Il ridisegno dell’assetto organizzativo del servizio sanitario regionale è finalizzato a rendere sostenibile, maggiormente coerente ed efficace il sistema delle cure e dell’assistenza in uno scenario di profondo cambiamento, sia del sistema nazionale di finanziamento, sia dei profili epidemiologici e sociali dei bisogni di salute.

Ad uno scenario socio-sanitario in così rapida evoluzione, il sistema sanitario universalistico deve rispondere attraverso una sua complessiva razionalizzazione e revisione degli assetti e dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, che consenta di ricondurre i costi nei limiti degli attuali finanziamenti e di rivedere i servizi in base ai bisogni emergenti. Occorre infatti dare una risposta alla crescita inesorabile dei bisogni assistenziali legati alla cronicità, che assorbe oltre l'80 per cento del fondo sanitario e che impatta sul benessere della comunità regionale generando reali o percepite criticità.

I principi a cui si ispira l'impostazione del nuovo assetto organizzativo sono la semplificazione del sistema, la riduzione dei livelli apicali, l'uniformità e omogeneità organizzativa in contesti più ampi rispetto ai precedenti, la sinergia tra AOU e AUSL attraverso la programmazione integrata, la valorizzazione del territorio, la realizzazione di economie di scala sui diversi processi, l'integrazione della rete ospedaliera su contesti più ampi ed una diffusione omogenea delle migliori pratiche all'interno del sistema.

La proposta di legge procede, inoltre, ad un adeguamento delle disposizioni rispetto a normative nazionali sopravvenute, quali, in particolare, il Decreto "Balduzzi" (D.L. 13 settembre 2012, n.158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189) e il D. Lgs. 23 giugno 2011, 118 in materia di armonizzazione dei sistemi contabili.



### **Capo I – Modifiche al Titolo I (Oggetto, finalità, definizioni) della l.r.40/2005**

Con l'**articolo 1** sono apportate alcune modifiche all'articolo 2 della l.r. 40/2005, per allineare le definizioni in esso riportate ai nuovi modelli organizzativi disciplinati dalla proposta di legge.

### **Capo II - Modifiche al Titolo II (Principi) della l.r.40/2005**

**L'articolo 2** introduce un'integrazione all'articolo 4 della l.r.40/2005, nell'intento di precisare che il percorso assistenziale che deve essere garantito all'assistito può comprendere anche quelle prestazioni di medicina complementare e integrata che sulla base di indagini scientifiche siano risultate di comprovata efficacia.

**L'articolo 3** apporta alcune modifiche conseguenti alle innovazioni introdotte dalla PDL relativamente al modello organizzativo aziendale e del sistema.

**L'articolo 4** esplicita a livello normativo l'impegno che la Regione Toscana sostiene ormai da tempo in favore delle popolazioni più svantaggiate, sia attraverso interventi sul territorio regionale che tramite iniziative di cooperazione internazionale. Il coordinamento complessivo di questi interventi é svolto da anni tramite il "Centro di Salute Globale", operante presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer. Il Centro coordina infatti i

soggetti della rete di cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana (CSI), promuove attività internazionali in ambito sanitario regionale, facilita lo sviluppo di sinergie tra i professionisti che operano nell'ambito della ricerca sulle materie di competenza, della cooperazione internazionale e della salute dei migranti, e partecipa allo sviluppo di attività informative e formative su questi temi.

### **Capo III - Modifiche al Titolo III Capo I (Programmazione sanitaria e sociale integrata regionale) della l.r.40/2005**

Gli **articoli 5 e 6** del Capo III definiscono il nuovo **modello di programmazione di area vasta**, quale strumento di integrazione della programmazione delle aziende USL e AOU appartenenti all'ambito territoriale.

Le attuali aziende ospedaliero-universitarie, che rimangono ovviamente invariate, sono poste in un legame ancora più stretto con le nuove aziende USL per assicurare un coordinato sviluppo delle reti e dei percorsi clinico-assistenziali. Questo obiettivo viene perseguito attraverso la ridefinizione del concetto di area vasta che, nel nuovo scenario, si rafforza come ambito ottimale di attuazione della programmazione strategica regionale.

Il processo formativo della programmazione di area vasta garantisce la partecipazione delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliero-universitarie e anche degli altri enti del servizio sanitario regionale, ognuno secondo la specificità dei ruoli e delle competenze assegnate.

I contenuti e gli obiettivi principali della programmazione di area vasta sono definiti in coerenza con il piano sanitario e sociale integrato regionale, di cui essa costituisce attuazione e di cui assume i riferimenti temporali.

E' inoltre espressamente previsto che l'Azienda ospedaliera universitaria Meyer, la Fondazione Gabriele Monasterio per la ricerca medica e l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) partecipino, in quanto soggetti di riferimento regionale e per gli aspetti di competenza, alla programmazione delle tre aree vaste.

**Gli articoli 7 e 8** introducono nel sistema sanitario, presso ciascuna area vasta, la figura del Direttore per la programmazione e ne disciplinano il rapporto di lavoro e le funzioni.

Il Direttore opera in attuazione della programmazione regionale e, per assicurare la governance dei processi da parte della competente Direzione regionale, secondo le direttive impartite dalla Giunta regionale.

Il direttore per la programmazione elabora, in attuazione della programmazione regionale, secondo le direttive impartite dalla Giunta regionale e d'intesa con i direttori generali delle aziende sanitarie di area vasta, la proposta di piano di area vasta, previa intesa con la conferenza aziendale dei sindaci e con il Rettore dell'Università di riferimento per quanto di competenza.

Inoltre, il Direttore della programmazione definisce gli obiettivi di fabbisogno formativo e di sviluppo delle competenze del personale afferente l'area vasta e cura il monitoraggio delle iniziative assunte dalle aziende in attuazione della programmazione di area vasta.

In ragione del ruolo attribuito alla nuova figura, se ne prevede inoltre la partecipazione alla Commissione tecnica di supporto al Comitato Regione-Università di cui all'art. 13 della l.r.40/2005 (**articolo 16**).

Il livello di raggiungimento degli obiettivi di area vasta è documentato in un rapporto annuale, che il Direttore della Programmazione redige ed inoltra alla Direzione regionale ed alla competente Commissione consiliare.

Le attività di programmazione a livello di area vasta sono coordinate a livello regionale attraverso un comitato regionale di coordinamento della programmazione di area vasta, composto dai tre direttori per la programmazione e dal direttore della direzione regionale competente in materia (**articolo 9**).

In questo nuovo contesto assume un ruolo di rilievo il dipartimento interaziendale, quale strumento organizzativo di riferimento per il coordinamento della programmazione delle aziende USL e delle aziende AOU in ambito di area vasta, con carattere tecnico-professionale.

Il dipartimento interaziendale è dotato di un'assemblea multiprofessionale ed è coordinato

dal direttore per la programmazione di area vasta.

I dipartimenti interaziendali di area vasta sono individuati con apposita deliberazione di Giunta regionale, su proposta del direttore per la programmazione di area vasta, sulla base del percorso assistenziale e tenendo conto delle reti cliniche già attive nel sistema (**articolo 10**).

#### **Capo IV – Modifiche al Titolo III Capo II (Il concorso dei soggetti istituzionali e delle autonomie sociali alla programmazione sanitaria e sociale integrata) della l.r.40/2005.**

**L'articolo 11** è diretto a dotare la Regione di un nucleo specializzato nella valutazione delle tecnologie sanitarie, in quanto le decisioni inerenti la selezione, l'adozione e la diffusione delle tecnologie nel settore sanitario sono rilevanti perché spesso immobilizzano risorse economico-finanziarie per lunghi periodi di tempo e devono contestualmente soddisfare gli obiettivi di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Le competenze della Commissione si estendono anche in merito al rilascio del parere propedeutico all'autorizzazione regionale alle aziende sanitarie a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste nei LEA nazionali e regionali (**articolo 24**) e alla valutazione degli investimenti sanitari (**articolo 94**).

Il nuovo modello organizzativo del servizio sanitario regionale determina anche una semplificazione del sistema della governance istituzionale.

La conferenza regionale dei sindaci rimane inalterata nelle funzione e nella sua composizione, salva l'integrazione come componente del direttore per la programmazione di area vasta (**articolo 12**).

Le conferenze di area vasta previste dall'articolo 11 bis della l.r. 40/2005 sono soppresse, in quanto superate in relazione ai nuovi ambiti territoriali (**articolo 13**) e sostituite dalle conferenze aziendali dei sindaci, che vengono integralmente riviste (**articolo 14**).

Le conferenze aziendali dei sindaci sono composte dai Presidenti delle conferenze zonali

dei sindaci o dai presidenti delle società della salute; alle sedute della conferenza partecipano per gli atti di competenza i direttori generali delle aziende sanitarie di area vasta, il direttore della programmazione di area vasta e il Rettore dell'Università di riferimento. Il ruolo della conferenza risulta notevolmente potenziato in quanto l'organo cumula le competenze proprie della previgente conferenza aziendale e della soppressa conferenza di area vasta.

L'**articolo 15** introduce nel sistema la conferenza zonale integrata, costituita dalla conferenza zonale dei sindaci di cui alla l.r.41/2005 integrata dalla componente aziendale. Tale conferenza esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale in coerenza con la programmazione aziendale e sulla base del profilo di salute. Approva il piano integrato di salute (PIS) e la "convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria" di cui all'art.70 bis della l.r.40/2005.

#### **Capo V – Modifiche al Titolo III Capo III (Gli strumenti della programmazione sanitaria e sociale integrata) della l.r. 40/2005.**

Le innovazioni apportate al modello organizzativo e programmatico rendono necessari alcuni adeguamenti al complesso degli strumenti di programmazione e valutazione ed alle competenze degli organi (**articoli 17, 18, 19, 20 e 22**).

Di rilievo **l'articolo 21**, che introduce il piano di area vasta, di cui definisce obiettivi e contenuti ed il processo di formazione.

Infine, vengono apportate alcune piccole modifiche alle disposizioni in tema di finanziamento e indebitamento delle aziende USL, in adeguamento al d.lgs.118/2011 in materia di armonizzazione dei sistemi contabili (**articoli 23 e 25**)

#### **Capo VI - Modifiche al Titolo IV Capo I (Aziende sanitarie) della l.r.40/2005**

L'**articolo 26** introduce una nuova disposizione volta a definire il ruolo dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer in ambito regionale per la riorganizzazione e il coordinamento operativo della rete pediatrica regionale.

In ragione della elevatissima specializzazione raggiunta in ambito pediatrico che ha fatto

del Meyer uno degli ospedali pediatrici di riferimento a livello nazionale e internazionale, l'azienda viene impegnata nelle attività di definizione dei percorsi assistenziali, nella specificazione dei ruoli dei diversi soggetti che fanno parte della rete pediatrica, nonché nella definizione dei fabbisogni formativi del personale medico e di quello delle professioni sanitarie che opera in ambito pediatrico.

Inoltre, l'azienda dovrà contribuire alla elaborazione di una metodologia organizzativa omogenea finalizzata alla promozione della qualità e dell'appropriatezza delle cure pediatriche.

### **Capo VII- Modifiche al Titolo IV Capo II (Funzioni Gestionali) della l.r.40/2005**

Gli **articoli 27, 28, 29 e 30** apportano lievi modifiche alle disposizioni che disciplinano gli organi aziendali per esigenze di coordinamento con altre disposizioni modificate dalla PDL.

Di rilievo l'**articolo 31**, che, in attuazione di recenti disposizioni nazionali, ridefinisce il ruolo del collegio di direzione, che assume natura di organo dell'azienda USL, unitamente al direttore generale ed al collegio sindacale. Il Collegio svolge funzioni di supporto alla direzione aziendale per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali. Sono conseguentemente abrogati gli articoli che disciplinavano il Collegio quale organismo aziendale di governo clinico (**articoli 34 e 35**).

Sempre in attuazione di recenti disposizioni nazionali, l'**articolo 32** ridefinisce il numero dei componenti il Collegio sindacale delle aziende sanitarie, che vengono ridotti da cinque a tre.

### **Capo VIII - Modifiche al Titolo IV Capo III (Funzioni consultive del governo clinico) della l.r.40/2005**

L'**articolo 33** amplia la individuazione ex lege degli organismi di governo clinico, attribuendo tale qualifica ad alcuni organismi, istituiti con provvedimenti amministrativi successivamente all'approvazione della l.r.40/2005, che hanno assunto un ruolo di riferimento per il sistema sanitario.

## **Capo IX - Modifiche al Titolo IV Capo IV (Statuto aziendale) della l.r.40/2005**

L'**articolo 36** rivede marginalmente la disposizione che disciplina i contenuti e l'iter formativo dello statuto aziendale e del regolamento di organizzazione aziendale.

## **Capo X - Modifiche al Titolo IV Capo V (Formazione sanitaria e ricerca) della l.r.40/2005.**

L'**articolo 37** allinea la norma in materia di rete formativa in adeguamento a sopravvenuti adempimenti di monitoraggio prescritti a livello nazionale. Inoltre, sono introdotte alcune modifiche in merito alla promozione dell'accreditamento delle agenzie formative e all'implementazione di un'anagrafe formativa regionale.

## **Capo XI - Modifiche al Titolo V Capo I (Principi organizzativi) della l.r.40/2005.**

Gli **articoli 38, 39 e 41** apportano alcune modifiche conseguenti alle innovazioni introdotte dalla PDL relativamente al modello organizzativo aziendale e del sistema.

L'**articolo 40** innova la compagine della direzione aziendale, introducendo la nuova figura del Responsabile della Rete Ospedaliera.

## **Capo XII - Modifiche al Titolo V Capo II (Articolazione organizzativa professionale) della l.r.40/2005.**

L'**articolo 42** apporta alcune modifiche conseguenti alle innovazioni introdotte dalla PDL relativamente al modello organizzativo aziendale e del sistema.

L'**articolo 43** apporta modifiche marginali alla disposizione in materia di strutture organizzative professionali delle aziende sanitarie.

## **Capo XIII - Modifiche al Titolo V Capo III (Articolazione organizzativa funzionale) della l.r.40/2005.**

L'**articolo 44** apporta alcune modifiche conseguenti alle innovazioni introdotte dalla PDL

relativamente al modello organizzativo aziendale e del sistema.

Rilevanti sono le innovazioni connesse al rafforzamento della zona-distretto (**articoli 45, 46, 47 e 48**).

Le zone distretto sono potenziate quali luoghi di cooperazione istituzionale, sedi quindi di una governance multilivello allineata agli strumenti operativi di programmazione e gestione delle organizzazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali.

Inoltre si rafforza il ruolo della zona distretto quale ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti le reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

In coerenza con le ulteriori competenze attribuite alla zona distretto, si rafforza il ruolo del responsabile di zona distretto e vengono ridefiniti i requisiti di accesso all'incarico.

Si prevede (**articolo 126**) che la Giunta regionale entro il 30 giugno 2016 presenta, previo parere della Conferenza regionale dei sindaci, al Consiglio regionale una proposta di deliberazione consiliare, mediante la quale si procede alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto delle nuove aziende USL, sulla base di criteri strutturali ed infrastrutturali, fra i quali il numero di abitanti, l'estensione del territorio, il numero di comuni, nel rispetto del criterio di attenzione alle zone disagiate, montane, alla loro identità territoriale, alle esperienze socio-sanitarie maturate e consolidate, anche in ragione del rapporto fra dimensioni elevate del territorio e scarsa densità abitativa.

Questa ridefinizione sarà effettuata in modo da garantire la piena partecipazione di tutti gli attori istituzionali interessati dal processo riorganizzativo. Inoltre si prevede che, sino alla definizione delle nuove zone, restano fermi gli ambiti territoriali delle zone-distretto operanti alla data di approvazione della PDL.

L'**articolo 49** apporta alcune innovazioni relativamente all'organizzazione del Dipartimento della Prevenzione.

Il dipartimento di prevenzione continuerà ad assicurare la tutela della salute collettiva, mediante l'attività di sorveglianza epidemiologica, l'analisi del rischio e le attività di

prevenzione e promozione della salute, anche in rapporto alle esigenze ed alle specificità territoriali.

Tenuto conto delle nuove dimensioni territoriali aziendali, si prevede che l'ambito di operatività delle unità funzionali sia determinato con deliberazione della Giunta regionale, eccezion fatta per le unità funzionali di medicina dello sport e delle altre ad alta specializzazione per le quali si prevede un ambito aziendale.

Sino alla adozione della citata delibera di Giunta regionale, le unità funzionali mantengono come ambito di operatività quello delle aziende USL soppresse (**articolo 129**).

L'**articolo 50** ridefinisce la nuova organizzazione del presidio ospedaliero, alla luce dell'istituzione dell'organizzazione dipartimentale, al fine di perseguire la maggiore efficienza tecnica e gestionale ed uniformare specifiche linee di produzione, attraverso una gestione più ampia e flessibile, nella quale le risorse sono messe in comune (posti letto, sale operatorie, ambulatori, strutture logistiche).

L'**articolo 51** istituisce la nuova figura del Direttore della Rete ospedaliera, con funzioni di presidio del funzionamento in rete degli Ospedali, garantendo unitarietà di gestione e omogeneità di approccio, nonché di supporto alla Direzione sanitaria aziendale nella pianificazione di lungo termine e nella programmazione della rete ospedaliera.

La proposta di legge, inoltre, individua il dipartimento aziendale, quale strumento organizzativo ordinario di gestione delle attività delle aziende unità sanitarie locali (**articoli 52, 53, 54 e 55**).

Nello specifico, sono definite le differenti tipologie di dipartimenti sia a livello territoriale che ospedaliero, come segue:

- a) dipartimenti di tipo ospedaliero;
- b) dipartimenti territoriali;
- c) dipartimento della medicina generale;
- d) dipartimenti delle professioni distinti in:
  - 1) dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche;
  - 2) dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e dei tecnici della prevenzione.

Di ogni tipologia di Dipartimento sono definite le specifiche funzioni e competenze.

- Dipartimenti di tipo ospedaliero: costituiscono il modello ordinario di governo operativo delle attività ospedaliere, con carattere tecnico-professionale per quanto riguarda gli aspetti clinici ed organizzativi dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, e gestionale in relazione al razionale utilizzo delle risorse assegnate.
- Dipartimenti aziendali territoriali: costituiscono il modello ordinario per il governo clinico delle attività territoriali, hanno carattere tecnico-professionale e multidisciplinare e coordinano l'integrazione dei principali percorsi assistenziali, presidiando l'aggiornamento professionale degli operatori, la qualità, la sicurezza, l'efficienza e l'innovazione organizzativa.
- Dipartimenti delle professioni distinti in:
  - 1) dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche;
  - 2) dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e dei tecnici della prevenzione.

Hanno funzioni di tipo programmatico e di tipo gestionale, in quanto hanno il compito di organizzare le risorse umane e le attività, nel rispetto delle linee guida generali sia nei percorsi ospedalieri che in quelli territoriali.

L'**articolo 57** opera una marginale modifica alla composizione del Comitato Direttivo del Dipartimento di emergenza-urgenza.

#### **Capo XIV - Modifiche al Titolo V Capo III bis (Società della Salute) della l.r.40/2005.**

L'**articolo 58** allinea i requisiti per la nomina a Direttore della SdS a quelli del responsabile di zona.

L'**articolo 59**, nell'ottica del massimo risparmio ed economicità dell'azione amministrativa, ed al fine di evitare duplicazioni prevede che le società della salute debbano prioritariamente avvalersi delle risorse umane e strumentali messe a disposizione dagli enti consorziati.

#### **Capo XV - Modifiche al Titolo VI Capo I (Presidi) della l.r.40/2005.**

**L'articolo 60** procede ad un mero intervento di manutenzione

#### **Capo XVI - Modifiche al Titolo VI Capo II (Prestazioni) della l.r.40/2005.**

**L'articolo 61** adegua la disposizione inerente il fascicolo sanitario elettronico alle mutate disposizioni nazionali, introdotte dal DPCM 178/2015.

#### **Capo XVII - Modifiche al Titolo VI Capo II bis (Sistema sanitario di emergenza-urgenza) della l.r.40/2005.**

Gli **articoli 62 e 63** procedono a marginali modifiche delle disposizioni sul sistema di emergenza-urgenza in adeguamento alle innovazioni degli assetti organizzativi e programmatori introdotti dalla PDL.

#### **Capo XVIII- Modifiche al Titolo VI Capo III (Prestazioni di assistenza farmaceutica) della l.r.40/2005.**

Gli **articoli 64, 65 e 66** apportano lievi modifiche, in particolare in merito all'approvazione del prontuario terapeutico e al termine di approvazione delle direttive regionali alle aziende sanitarie per la programmazione dell'assistenza farmaceutica territoriale.

**L'articolo 67** innova integralmente la disposizioni inerente la Commissione Terapeutica regionale, per la quale si prevede una articolazione in due sezioni: una dedicata alle problematiche del farmaco e l'altra alle problematiche dei dispositivi medici.

Si prevedono inoltre la composizione delle due sezioni e le relative modalità di nomina e designazione.

Restano invariate le funzioni della Commissione, ma si prevede, inoltre, che la Giunta regionale approva il prontuario terapeutico regionale dei farmaci e dei dispositivi medici e i relativi aggiornamenti su proposta della Commissione terapeutica regionale.

#### **Capo XIX- Modifiche al Titolo VII Capo I (Agenzia regionale di sanità) della l.r.40/2005**

**L'articolo 68** procede ad un mero intervento di manutenzione

**L'articolo 69** attribuisce alla Giunta regionale la competenza all'approvazione del Programma di attività dell'ARS, previa acquisizione del parere della Commissione consiliare competente.

**Capo XX - Modifiche al Titolo VII Capo II (Consiglio sanitario regionale) della l.r.40/2005.**

Gli **articoli 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, e 80** innovano le disposizioni inerenti il Consiglio Sanitario regionale.

Innanzitutto, si prende atto che in ragione delle competenze tecniche che gli sono proprie, l'organo espleta le funzioni consultive nei confronti della Giunta regionale.

Viene soppressa la previsione di una presidenza di tipo politico e la nomina del Consiglio sanitario viene demandata al Presidente della Giunta regionale.

E', inoltre, modificata la composizione dell'Ufficio di Presidenza ed i relativi compiti, nonché la composizione dell'Assemblea con una riduzione dei componenti ed una maggiore definizione delle professionalità richieste, definendone le relative modalità di designazione. Infine, l'indennità viene circoscritta al solo Presidente, con esclusione degli altri membri dell'Ufficio di Presidenza.

**Capo XXI - Modifiche al Titolo VII Capo III (Commissione regionale di bioetica) della l.r.40/2005.**

**Gli articoli 81, 82 e 83** introducono importanti innovazioni nella composizione e nel funzionamento della Commissione regionale di Bioetica, prevedendo una riduzione dei componenti dell'organo, una maggiore definizione delle professionalità richieste e le relative modalità di designazione.

Si esclude la corresponsione di indennità di carica, eccezion fatta per il presidente, se non dipendente del Servizio sanitario.

### **Inserimento Capo III-bis (Comitati etici) della l.r.40/2005.**

**Gli articoli 84, 85 e 86** definiscono le competenze dei comitati per l'etica clinica e del Comitato Etico regionale per la Sperimentazione clinica, istituito in attuazione di disposizioni nazionali.

Si prevede inoltre un nucleo di supporto alle attività regionali di bioetica e sperimentazione clinica **(articolo 87)**

### **Capo XXII- Modifiche al Titolo VII Capo IV (Ente di Supporto tecnico amministrativo regionale – ESTAR) della l.r.40/2005.**

**Gli articoli 88, 89, 90, 91, 92 e 93** introducono alcune disposizioni di adeguamento della disciplina di ESTAR al nuovo modello organizzativo del sistema sanitario, previsto dalla PDL. Inoltre, sono introdotte disposizioni volte a chiarire il trattamento contributivo del Direttore generale e del Direttore Amministrativo, in allineamento alle corrispondenti figure delle aziende sanitarie.

### **Capo XXIV- Modifiche al Titolo VIII Capo II (Contabilità) della l.r.40/2005.**

L'**articolo 95** è dedicato alla istituzione della gestione sanitaria accentrata, in conformità all'articolo 22, comma 1 del D.Lgs.118/2011.

**Gli articoli 96, 97, 98, 99, 100 e 101** introducono modifiche alle disposizioni in materia di contabilità aziendale al fine di conformarle alle disposizioni nazionali sopravvenute in materia. Vengono rivisti alcuni termini di adozione/trasmissione degli atti di bilancio al fine di renderli maggiormente aderenti alla funzionalità aziendale.

### **Capo XXV- Modifiche al Titolo IX (Norme transitorie e finali) della l.r.40/2005.**

Gli articoli **104, 105, 106, 107, 108, 109, 110 e 111** operano l'abrogazione di disposizioni transitorie della l.r.40/2005, connesse ad interventi progressivi, che hanno ormai esaurito i loro effetti.

L'allegato A alla l.r. 40/2005, recante gli ambiti territoriali aziendali e le zone distretto che vi sono comprese, viene sostituito da nuovo Allegato aggiornato (**articolo 112**).

### **Capo XXVI- Modifiche alla legge regionale 3/2008**

Gli **articoli 113, 114, 115 e 116** introducono disposizioni volte a chiarire il trattamento contributivo del Direttore generale, del Direttore sanitario e del Direttore Amministrativo di ISPO, in allineamento alle corrispondenti figure delle aziende sanitarie.

### **Capo XXVII- Disposizioni finali e transitorie**

**L'articolo 117** introduce le norme transitorie relative alla istituzione a partire dal 1° gennaio 2016 delle nuove Aziende unità sanitarie locali e norma la fase transitoria relativamente alla ricognizione del patrimonio immobiliare e mobiliare, dei rapporti giuridici attivi e passivi e dei rapporti di lavoro in essere delle aziende soppresse, nonché le misure relative all'operatività delle nuove aziende.

**L'articolo 118** disciplina il trasferimento del patrimonio delle Aziende unità sanitarie locali soppresse alle aziende di nuova istituzione.

**L'articolo 119** introduce le norme transitorie di attività dei collegi sindacali delle Aziende unità sanitarie locali soppresse.

**L'articolo 120** introduce il subentro in tutti i rapporti di lavoro delle nuove Aziende unità sanitarie locali.

**Gli articoli 121 e 122** prevedono l'assunzione delle funzioni di direttore generale e di direttore per la programmazione dei commissari di azienda sanitaria e commissari per la programmazione.

**L'articolo 123** garantisce l'operatività del consiglio dei sanitari e ne attribuisce al direttore generale la presidenza nelle more della nomina del direttore sanitario.

**Gli articoli 124 e 125** individuano i collegi sindacali e gli organismi indipendenti di valutazione della performance delle nuove Aziende unità sanitarie locali.

**L'articolo 126** definisce il processo mediante il quale si procederà alla revisione dei nuovi ambiti territoriali delle zone-distretto.

**L'articolo 127** prevede la riorganizzazione delle funzioni di supporto tecnico-scientifico e di governo clinico.

**L'articolo 128** indica alcune misure tecniche relative al fascicolo sanitario elettronico.

**L'articolo 129** definisce l'ambito di operatività del dipartimento di prevenzione.

**L'articolo 130** indica le misure di rafforzamento organizzativo della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute.

**L'articolo 131** abroga per intero la legge regionale 16 marzo 2015, n.28 (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale) a decorrere dalla data di avvio delle nuove aziende USL.

**L'articolo 132** determina l'entrata in vigore della presente legge.