REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 09-11-2012 *(punto N 5)*

Proposta di legge *N 5* *del 09-11-2012*

Proponente
LUIGI MARRONI
DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicita'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)
Dirigente Responsabile EDOARDO MICHELE MAJNO
Estensore KATIA BELVEDERE
Oggetto
Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) e alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale)

Presenti

ENRICO ROSSI	SALVATORE ALLOCCA	ANNA RITA BRAMERINI
LUCA CECCOBAO	ANNA MARSON	RICCARDO NENCINI
GIANNI SALVADORI	CRISTINA SCALETTI	GIANFRANCO SIMONCINI
STELLA TARGETTI	LUIGI MARRONI	

ALLEGATI N°4

ALLEGATI

Denominazion	*Pubblicazione*	*Tipo di trasmissione*	*Riferimento*
A	Si	Cartaceo+Digitale	Articolato
B	Si	Cartaceo+Digitale	Relazione illustrativa
C	Si	Cartaceo+Digitale	Relazione tecnico normativa
D	Si	Cartaceo+Digitale	Testo coordinato

LA GIUNTA REGIONALE

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

Vista la legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l'anno 2012);

Vista la proposta di legge "Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) e alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale)";

Visto l'articolo 13, comma 2 bis, della legge regionale 6 agosto 2001, n. 36 (Ordinamento contabile della Regione Toscana) che prevede che contemporaneamente alla legge finanziaria, la Giunta regionale può presentare all'approvazione del Consiglio regionale una o più proposte di legge ad essa collegate;

Considerato che la proposta di legge "Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) e alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale)" risponde al documento unitario del DPEF e pertanto viene presentata come collegata alla legge finanziaria per il 2013;

Acquisito il parere favorevole del CTD formulato nella seduta dell'8 novembre 2012;

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

di approvare la proposta di legge "Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) e alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale)", allegata al presente atto, disponendone l'inoltro al Consiglio regionale a cura della Segreteria della Giunta.

Il presente atto, che per il suo contenuto deve essere portato a conoscenza della generalità dei cittadini, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale, ai sensi dell'art.18, comma 2, lettera c) della l.r. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Direttore Generale
EDOARDO MICHELE MAJNO

Proposta di legge collegata “Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) e alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale)”

Sommario

Capo I – Misure per il contenimento e la razionalizzazione della spesa sanitaria

Art. 1 – Misure di contenimento della spesa di personale delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

Art. 2 – Misure di contenimento della spesa inerente i contratti ed accordi per l’acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti accreditati

Art. 3 – Budget economici farmaceutica e dispositivi medici

Art. 4 – Misure di razionalizzazione della rete ospedaliera

Art. 5 – Misure di razionalizzazione del sistema di emergenza urgenza territoriale

Art. 6 – Quote di compartecipazione alla spesa della prestazione sanitaria. Attività di controllo e recupero in caso di omesso pagamento

Art.7 – Prestazioni sanitarie specialistiche e diagnostico-strumentali. Disdetta della prenotazione

Capo II -Modifiche alla legge regionale legge regionale 5 agosto 2009, n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento)

Art. 8 – Modifiche all’articolo 42 della l.r. 51/2009

Art. 9 – Modifiche all’articolo 50 della l.r. 51/2009

Capo III – Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale)

Art. 10 – Sostituzione dell’articolo 67 della l.r. 40/2005

Art. 11 – Modifiche all’articolo 82 octies decies della l.r. 40/2005

Art. 12 – Modifiche all’articolo 101 della l.r. 40/2005

Art. 13 – Sostituzione dell’articolo 121 della l.r. 40/2005

Art. 14 – Inserimento dell’articolo 121 bis nella l.r. 40/2005

Art. 15 – Sostituzione dell’articolo 123 della l.r. 40/2005

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 legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

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);

Vista la legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l’anno 2012);

Vista la legge regionale 29 dicembre 2010, n. 65 (Legge finanziaria per l’anno 2011);

Vista la legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento);

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

Considerato quanto segue:

1. Si introducono alcune misure di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria in attuazione di quanto previsto dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario);

2. In particolare, si prevede una riduzione dell’importo dei contratti ed accordi che le aziende sanitarie hanno stipulato con i soggetti accreditati all’assistenza sanitaria ospedaliera, mentre nell’ambito dell’assistenza specialistica ambulatoriale è prevista una ridefinizione dei rapporti contrattuali in corso con i soggetti accreditati;

3. Si prevede, inoltre, che lo standard dei posti letto ospedalieri (comprensivo della riabilitazione e della lungo degenza) a carico del servizio sanitario regionale sia di 3,15 posti letto per ogni mille abitanti, assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a centoventi ricoveri annui per ogni mille abitanti;

4. Al fine di affinare il processo di razionalizzazione e semplificazione organizzativa del sistema sanitario regionale, avviato con le precedenti leggi finanziarie dell’anno 2011 e 2012, è prevista la riorganizzazione complessiva del sistema di emergenza urgenza territoriale ed il riordino dell’assetto complessivo dei dipartimenti di prevenzione;

5. Al fine di assicurare uniformità nelle procedure di riscossione coattiva delle quote di compartecipazione non pagate o corrisposte in misura inferiore al dovuto, sono quantificate le spese amministrative a carico del debitore ed è attribuita alle aziende sanitarie la competenza ad irrogare la sanzione amministrativa prevista dall’articolo 316 ter del codice penale;

6. Si provvede a dare fondamento normativo all’obbligo, già previsto con atto amministrativo, di disdire la prenotazione di una prestazione specialistica o diagnostica – strumentale almeno 48 ore prima della data fissata nel caso in cui l’assistito non voglia o non possa presentarsi all’appuntamento. La mancata comunicazione della disdetta nei termini comporta, anche per gli assistiti esenti, l’applicazione di una sanzione pecuniaria pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo della prestazione stabilita per la prestazione sanitaria prenotata e non usufruita;

7. Il regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006,n.163, in

materia di contratti pubblici contiene un'articolata disciplina delle funzioni degli organi del procedimento di gara, nonché la previsione, nel caso in cui operino centrali di committenza, della figura del responsabile del procedimento della esecuzione dei contratti e del direttore dell'esecuzione. Al fine di armonizzare tale dettato normativo con l'ordinamento del servizio sanitario regionale, che ha attribuito agli ESTAV funzioni di centrali di committenza ed anche funzioni di supporto tecnico amministrativo, si prevede l'adozione di un regolamento che disciplini l'attività contrattuale degli ESTAV, con particolare riferimento alle figure del responsabile del procedimento e del direttore dell'esecuzione nelle varie fasi degli appalti;

8. Si rende necessario effettuare un primo adeguamento delle previsioni della l.r.40/2005 in materia di patrimonio e contabilità degli enti del servizio sanitario regionale ai principi contenuti nel titolo II "Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario" del d.lgs.118/2011;

9. In particolare, si rende necessario modificare alcune disposizioni della l.r.40/2005, introducendo termini certi per l'approvazione dei bilanci aziendali da parte della Giunta regionale e l'obbligo della loro pubblicazione integrale sul sito internet della Regione;

10. Si rende infine necessario integrare le disposizioni della l.r.40/2005 per prevedere un rafforzamento della responsabilità del direttore generale ai fini della salvaguardia dell'equilibrio economico finanziario dell'azienda sanitaria.

Approva la presente legge

Capo I

Misure per il contenimento e la razionalizzazione della spesa sanitaria

Art. 1
Misure di contenimento della spesa di personale delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

1. Gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale adottano misure di riduzione delle spese, in linea con le previsioni già contenute nella legge regionale 29 dicembre 2010, n. 65 (Legge finanziaria per l'anno 2011), ed in particolare procedono all'adozione di misure per il contenimento della spesa per il personale che, in conformità a quanto sancito dall'articolo 2, comma 71 della legge 3 dicembre 2009, n. 191. (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2010") e fermo restando quanto disposto dal comma 73 del medesimo articolo, siano idonee a garantire che la spesa stessa non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento.

2. Al fine di cui al comma 1, si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

3. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al comma 2, le spese per il personale sono considerate al netto:

a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;

b) per l'anno 2013, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004.

4. Sono comunque fatte salve, e devono essere escluse sia per l'anno 2004 sia per l'anno 2013, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12-bis del 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).

5. Per le finalità di cui al presente articolo, ed anche a fini compensativi fra aziende, sono favoriti accordi per la mobilità interaziendale del personale, anche tra aziende di area vasta diversa da quella di appartenenza.

Art. 2
Misure di contenimento della spesa inerente i contratti ed accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti accreditati

1. Fermo restando quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 15, comma 14 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nonché dalle disposizioni di cui all'articolo 122, comma 3 della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l'anno 2012), le aziende sanitarie procedono alla rinegoziazione dei contratti e dei singoli accordi, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti accreditati per l'assistenza ospedaliera, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, al fine di pervenire ad una ulteriore riduzione dell'importo in una percentuale compresa fra il 6 per cento e l' 8 per cento.

2. Per quanto attiene ai contratti e gli accordi vigenti nell'esercizio 2012 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti accreditati, per l'assistenza specialistica ambulatoriale, sono assunte iniziative tese alla definizione di un nuovo rapporto di collaborazione con i soggetti privati, al fine di garantire una maggiore appropriatezza, accessibilità e sostenibilità economica dei servizi.

3. Per le finalità di cui al comma 2, la Giunta regionale formula indirizzi alle aziende sanitarie per la costruzione di nuovi modelli di erogazione delle prestazioni, anche attraverso la rinegoziazione dei contratti ed accordi vigenti o la eventuale risoluzione degli stessi e la valorizzazione dell'apporto del privato sociale.

Art. 3
Budget economici farmaceutica e dispositivi medici

1. Fermo restando i principi di cui all'articolo 14 della l.r. 65/2010 e all'articolo 124 della l.r. 66/2011 e tenuto conto delle ulteriori misure adottate di razionalizzazione del settore, la Giunta regionale definisce, entro 30 giorni dalla approvazione della presente legge, l'obiettivo di contenimento della spesa per l'anno 2013 per i farmaci e i dispositivi medici.

Art. 4
Misure di razionalizzazione della rete ospedaliera

1. Lo standard dei posti letto ospedalieri per acuti a carico del servizio sanitario regionale, comprensivo della riabilitazione e della lungo degenza, è determinato nella misura di 3,15 posti letto per ogni 1000 abitanti, assumendo come obiettivo di riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 120 ricoveri annui per ogni 1000 abitanti.

2. Il piano sanitario e sociale integrato regionale assume come obiettivo per la razionalizzazione della rete ospedaliera lo standard di cui al comma 1 e formula indirizzi alle aziende sanitarie per la pianificazione aziendale attuativa, individuando misure integrative ed alternative di assistenza territoriale.

Art. 5
Misure di razionalizzazione del sistema di emergenza urgenza territoriale

1. Le centrali operative territoriali, di cui all'articolo 76-ter, comma 2 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale) sono organizzate a livello di area vasta.

2. Per le finalità di cui al comma 1, entro l'anno 2013 le aziende sanitarie locali, tramite accordi di area vasta, procedono al superamento dei bacini di utenza provinciali o sub-provinciali delle attuali centrali operative 118 di livello aziendale, individuando, in ciascuna area vasta, la centrale operativa unica 118 fra quelle esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Nell'ambito degli accordi di area vasta, previsti al comma 2, si procede alla rivisitazione del sistema territoriale di emergenza urgenza, privilegiando una maggiore flessibilità organizzativa ed operativa del servizio, mediante l'utilizzo di mezzi di soccorso diversificati ed integrabili.

4. La riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza di cui al comma 3 prevede, in particolare, i seguenti interventi:

a) razionalizzazione della rete dei punti di emergenza sanitaria territoriale presidiati da personale medico ed utilizzo di tale personale nell'ambito del dipartimento di emergenza-urgenza;
b) implementazione delle automediche, quali risposte territoriali in grado di sostituire più postazioni di emergenza sanitaria territoriale medicalizzate;
c) implementazione della rete delle ambulanze infermieristiche sul territorio;
d) avvio del processo di riassetto dei punti di emergenza sanitaria territoriale.

Art.6
Quote di compartecipazione alla spesa della prestazione sanitaria. Attività di controllo e recupero in caso di omesso pagamento

1. Le aziende sanitarie effettuano i controlli sul corretto pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie e procedono al recupero delle somme indebitamente non corrisposte secondo modalità e procedure uniformi, definite con deliberazione della Giunta regionale.

2. Le spese amministrative del procedimento di riscossione, determinate nella misura fissa di euro 5,00, sono poste a carico del debitore.

3. Nei casi di applicazione della sanzione amministrativa pecuniaria prevista dall'articolo 316 ter comma 2 del codice penale, le aziende sanitarie osservano le disposizioni della legge regionale 28 dicembre 2000, n. 81 (Disposizioni in materia di sanzioni amministrative).

Art.7
Prestazioni sanitarie specialistiche e diagnostico-strumentali. Disdetta della prenotazione

1. Al fine di consentire una più efficiente gestione delle liste di attesa da parte del servizio sanitario regionale, l'assistito che ha prenotato una prestazione specialistica o diagnostico-strumentale e non possa o non intenda presentarsi nel giorno e nell'ora fissati è tenuto a disdire la prenotazione almeno 48 ore prima della data fissata.

2. L'assistito, anche se esente, che non si presenta alla data ed all'ora prenotata ed omette di effettuare la disdetta nei termini indicati al comma 1 è tenuto al pagamento di una sanzione amministrativa pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo della prestazione, stabilita per la prestazione sanitaria prenotata e non usufruita. Non è ammesso il pagamento in misura ridotta.

Capo II

Modifiche alla legge regionale legge regionale 5 agosto 2009, n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento)

Art. 8
Modifiche all'articolo 42 della l.r. 51/2009

1. Dopo il comma 3 dell'articolo 42 della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) è inserito il seguente:
"3 bis. L'indennità di carica di cui al comma 3 non è dovuta ai membri del gruppo di valutazione che siano dipendenti della Regione, degli enti del servizio sanitario regionale e dei dipendenti dell'Università che svolgono funzione assistenziale nel servizio sanitario regionale."

2. Dopo il comma 8 dell'articolo 42 della l.r. 51/2009 è inserito il seguente:
"8 bis. L'indennità di presenza di cui al comma 8 non è dovuta ai membri del gruppo di valutazione che sono dipendenti della Regione, degli enti del servizio sanitario regionale e dei dipendenti dell'Università che svolgono funzione assistenziale nel servizio sanitario regionale."

Art. 9
Modifiche all'articolo 50 della l.r. 51/2009

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 50 della l.r. 51/2009 è inserito il seguente:
"2 bis. Per le unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti, nelle more dell'approvazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, la Giunta regionale provvede a definire le

modalità della verifica di compatibilità, di cui all'articolo 2, nel rispetto del seguente criterio: distanza minima da qualsiasi struttura di medicina trasfusionale non inferiore a 10 Km."

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

Art. 10
Sostituzione dell'articolo 67 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 67 della l.r. 40/2005 è così sostituito:

"Art. 67
Dipartimento della prevenzione

1. In ciascuna azienda unità sanitaria locale il dipartimento della prevenzione è la struttura preposta alla tutela della salute collettiva; il dipartimento, mediante azioni volte ad individuare e prevenire i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, anche attraverso attività di sorveglianza epidemiologica, persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità degli stili di vita.

2. Il dipartimento della prevenzione si articola nelle seguenti unità funzionali, a valenza aziendale:
a) igiene pubblica e medicina dello sport;
b) sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;
c) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.

3. Il direttore del dipartimento della prevenzione è nominato dal direttore generale su proposta del direttore sanitario. Il direttore del dipartimento negozia con la direzione aziendale il budget complessivo del dipartimento della prevenzione e coadiuva la direzione aziendale nella programmazione delle attività per quanto di propria competenza, svolgendo in particolare i seguenti compiti:
a) promuove lo sviluppo di progetti di collaborazione in ambito regionale con i dipartimenti delle altre aziende, con la finalità di creare una rete regionale delle attività di prevenzione;
b) promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori e quelli di comunicazione istituzionale;
c) concorre per quanto di competenza alla definizione dei programmi di educazione alla salute;
d) individua strumenti specifici per il controllo di gestione e per la verifica della qualità delle prestazioni in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale;
e) coordina le attività al fine di assicurare che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio dell'azienda;
f) assicura l'attuazione uniforme sul territorio aziendale degli indirizzi contenuti nella programmazione regionale;
g) garantisce forme coordinate di raccordo con le strutture territoriali dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (ARPAT) e con le strutture territoriali dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana.

4. Il responsabile di unità funzionale partecipa al comitato direttivo di cui al comma 5, coadiuvando, per quanto di propria competenza, il direttore di dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni, assicura l'attuazione degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale per l'ambito di competenza, è responsabile dell'applicazione delle prescrizioni normative di livello

regionale, nazionale e internazionale; assicura altresì l'omogeneità sul territorio aziendale delle attività di propria competenza, attraverso la predisposizione di appositi protocolli operativi.

5. Presso il centro direzionale è costituito un comitato direttivo del dipartimento che assiste la direzione aziendale nella funzione di pianificazione strategica; il comitato direttivo è presieduto dal direttore del dipartimento ed è costituito dai responsabili delle unità funzionali; allo scopo di garantire il contributo delle varie professionalità presenti nel dipartimento il direttore generale, su proposta del direttore del dipartimento, individua ulteriori componenti del comitato direttivo di dipartimento. Nelle aziende unità sanitarie locali ove è presente un centro regionale specialistico di laboratorio appartenente alla struttura unica regionale dei laboratori di sanità pubblica, il direttore del centro laboratoristico fa parte del comitato direttivo del dipartimento di prevenzione.

6. La Giunta Regionale, attraverso la competente direzione generale, assicura il coordinamento e l'indirizzo delle attività di prevenzione svolte dai dipartimenti di prevenzione, promuovendo la qualità, l'omogeneità e lo sviluppo a rete dei servizi di prevenzione collettiva, anche attraverso l'elaborazione di piani di rilevanza interaziendale e regionale, e favorendo la partecipazione ed il confronto con le parti sociali sugli atti di programmazione e di valutazione dell'attività dei dipartimenti.

7. È istituito presso la competente direzione generale della Giunta regionale un comitato tecnico nominato dal direttore generale della medesima direzione e presieduto dal responsabile della competente struttura della direzione generale regionale. Al comitato tecnico partecipano i direttori dei dipartimenti della prevenzione delle aziende unità sanitarie locali ed i responsabili dei pertinenti settori della direzione generale regionale e il direttore della struttura regionale unica dei laboratori di sanità pubblica.

8. I dipartimenti della prevenzione possono svolgere in forma associata talune prestazioni, secondo le modalità definite dai comitati di area vasta sentito il comitato tecnico di cui al comma 7. In particolare ai dipartimenti, eventualmente su scala sovraziendale, viene ricondotta la funzione di sorveglianza epidemiologica.

9. Le attività di carattere analitico inerenti la prevenzione collettiva sono svolte dalla struttura organizzativa denominata "laboratorio unico regionale di sanità pubblica" che si articola per sede unica o sede di area vasta.

10. Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica esercita tutte le funzioni amministrative e gestionali relative alle attività dei laboratori. La Giunta regionale disciplina con apposito atto criteri e modalità per il trasferimento delle risorse finanziarie e strumentali nonché per l'assegnazione del personale al laboratorio unico regionale di sanità pubblica.

11. Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica si raccorda funzionalmente con le strutture di laboratorio dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana, costituendo una rete integrata regionale dei laboratori per lo svolgimento di attività tendenzialmente esclusive tra i vari laboratori per l'intero territorio regionale.

12. La Giunta Regionale disciplina le modalità operative della rete, anche attraverso specifici accordi con i soggetti della rete."

Art. 11
Modifiche all’articolo 82 octies decies della l.r. 40/2005

1. La lettera a) del comma 1 dell’articolo 82 octies decies della l.r. 40/2005 è così sostituita:

“a) il finanziamento ordinario, determinato annualmente con legge di bilancio a valere sul fondo sanitario regionale ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera c), della l.r. 40/2005 per il funzionamento e l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 82-bis, comma 1;”

Art. 12
Modifiche all’articolo 101 della l.r. 40/2005

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

“1 ter. La Giunta regionale, nel rispetto di quanto previsto dall’articolo 274 del decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207 (Regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, recante «Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE»), disciplina con regolamento l’esercizio dell’attività contrattuale degli ESTAV quali centrali di committenza del sistema sanitario regionale, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

a) requisiti di professionalità e modalità di nomina del responsabile unico del procedimento e del direttore dell’esecuzione, anche in relazione ai rapporti organizzativi tra gli ESTAV e le aziende sanitarie, al fine di garantire la razionalizzazione delle attività amministrative connesse alle funzioni tecniche trasferite e l’ottimale impiego delle risorse nell’ambito del sistema sanitario regionale;
b) funzioni di competenza del responsabile unico del procedimento e del responsabile del procedimento per la fase di esecuzione dei contratti, anche per le finalità di cui alla lettera a);
c) modalità di esecuzione e competenze in relazione agli adempimenti di comunicazione all’Osservatorio regionale sui contratti pubblici di cui all’articolo 8 della legge regionale 13 luglio 2007, n. 38 (Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro).”

Art. 13
Sostituzione dell’articolo 121 della l.r. 40/2005

1. L’articolo 121 della l.r. 40/2005 è così sostituito:

“Art. 121
Bilancio preventivo economico annuale.

1. Il bilancio preventivo economico annuale disaggrega la proiezione economica del bilancio pluriennale in relazione alle funzioni ed ai servizi da svolgere, alla articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria o ai progetti indicati dal piano attuativo, in modo da evidenziare gli specifici apporti alla formazione delle singole poste previste dal bilancio pluriennale per il primo esercizio del periodo considerato.

2. Il bilancio preventivo economico annuale mette in separata evidenza i servizi socio-assistenziali ed è predisposto in conformità allo schema previsto dalla normativa statale vigente in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico–finanziaria. La Giunta regionale può integrare lo schema di bilancio preventivo economico annuale impartendo ulteriori e più dettagliate indicazioni.

3. Il bilancio preventivo economico annuale è composto:

a) dal conto economico preventivo;
b) da un piano di flussi di cassa mensilizzati;
c) dal piano annuale degli investimenti dettagliato, in coerenza con il piano triennale degli investimenti di cui all'articolo 120.

4. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato:

a) dal conto economico dettagliato secondo lo schema CE previsto a livello nazionale;
b) da una nota illustrativa che esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione;
c) da una relazione del direttore generale che evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali;
d) dalla relazione del collegio sindacale.

5. Le aziende sanitarie possono contrarre obbligazioni giuridiche, nel corso dell'esercizio, nel limite complessivo di tutti i costi relativi alle stesse iscritti nel bilancio preventivo economico annuale.

6. Il superamento del limite di cui al comma 5 può avvenire nel corso dell'esercizio solo nel caso siano preventivamente accertati maggiori ricavi provenienti da risorse nazionali o regionali aggiuntive e comunque nei limiti degli stessi, ovvero a condizione che sussista copertura in maggiori ricavi che si prevede di iscrivere nel bilancio di esercizio dell'azienda e che sia fornita congrua motivazione in sede di monitoraggio sull'andamento economico della gestione, di cui all'articolo 121 bis.

7. Il direttore generale può utilizzare risorse correnti per la realizzazione di investimenti nel limite tassativo previsto nel piano annuale degli investimenti di cui al comma 3, lettera c).

8. Il mancato rispetto dei vincoli di cui ai commi 5, 6, e 7 costituisce elemento negativo ai fini della valutazione del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 7-bis e può costituire grave motivo ai sensi dell'articolo 3, comma 7 d.lgs. 502/1992 valutabile ai fini della decadenza del direttore stesso."

Art. 14
Inserimento dell'articolo 121 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 121 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

"Art.121 bis
Monitoraggio sull'andamento economico delle gestioni aziendali

1. Per la salvaguardia dell'equilibrio economico complessivo del sistema sanitario regionale, la Regione effettua trimestralmente, attraverso i modelli CE regolarmente inviati dalle aziende tramite il sistema informativo regionale, il monitoraggio sull'andamento delle gestioni aziendali nel corso dell'esercizio e sul rispetto dei vincoli di cui all'articolo 121 commi 5, 6 e 7."

Art. 15
Sostituzione dell’articolo 123 della l.r. 40/2005

1. L’articolo 123 della l.r. 40/2005 è così sostituito:

“Art. 123
Procedimento di adozione degli atti di bilancio

1. Il direttore generale della azienda unità sanitaria locale, entro il 15 novembre, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, con allegata relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre alla Giunta regionale ed alla conferenza aziendale dei sindaci; la conferenza aziendale dei sindaci, nei venti giorni successivi, rimette le proprie osservazioni alla Giunta regionale; la Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.

2. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, entro il 15 novembre di ogni anno, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre di ogni anno; la Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.

3. Entro il 15 aprile di ogni anno i direttori generali delle aziende sanitarie adottano il bilancio di esercizio e lo trasmettono, con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 aprile alla Giunta regionale che lo approva entro il 31 maggio; nel caso delle aziende unità sanitarie locali, il bilancio è trasmesso anche alla conferenza aziendale dei sindaci che rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale.

4. I bilanci di cui ai commi 1, 2 e 3 sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione entro sessanta giorni dalla data della loro approvazione.

5. La Giunta regionale, in sede di approvazione degli atti di bilancio, qualora riscontri carenze documentali oppure ritenga necessaria la correzione, integrazione o modifica dei dati contenuti, assegna al direttore generale dell’azienda un termine non superiore a 15 giorni per effettuare le integrazioni o modifiche richieste, nonché l’eventuale riadozione del bilancio.”

Relazione illustrativa alla proposta di legge collegata “Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) e alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale).

La sanità costituisce uno dei settori strategici su cui si concentrano le azioni di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica previste dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini).

La manovra governativa, attuata nell’esercizio del bilancio in corso, richiede la tempestiva adozione di interventi di ulteriore sviluppo della qualità e dei livelli di efficienza ed efficacia dei servizi a difesa degli attuali livelli di erogazione delle prestazioni, con la finalità di scongiurare la compromissione dei LEA assicurati dal servizio sanitario regionale.

Il presente intervento normativo, che non comporta effetti di spesa a carico del bilancio regionale, ha lo scopo di dare attuazione al citato d.l. 95/2012 e contiene quindi le misure necessarie a realizzare il progressivo contenimento dei costi attraverso il processo di razionalizzazione organizzativa del sistema sanitario regionale..

Il testo si articola in tre capi.

Il primo contiene norme con le quali si affina il processo di razionalizzazione avviato con le precedenti leggi finanziarie dell’anno 2011 e 2012 e si dà attuazione a quanto previsto al d.l. 95/2012.

Il secondo contiene alcune modifiche alla legger regionale 51 del 2009, mentre il terzo contiene modifiche alla l.r. 40/205, riguardanti i dipartimenti di prevenzione ed i bilanci delle aziende sanitarie.

L’articolo 1 conferma le previsioni già contenute nella legge regionale 29 dicembre 2010, n. 65 (Legge finanziaria per l’anno 2011), che in conformità a quanto previsto a livello nazionale con la legge 23 dicembre 2009 n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (“legge finanziaria 2010”), fissa un tetto alla spesa per il personale, pari a quella del 2004, diminuita dell’1,4 per cento.

L’articolo 2 detta misure di contenimento della spesa per l’assistenza erogata da soggetti privati accreditati, distinguendo la spesa ospedaliera, da quella per la diagnostica e la specialistica ambulatoriale. Per quanto riguarda la prima, si prevede che le aziende sanitarie procedano alla stipula di accordi o alla rinegoziazione di quelli vigenti per ottenere una ulteriore (rispetto alle previsioni dell’articolo 15, comma 14 del d.l. 6 luglio 2012, n. 95 e a quanto previsto dalla l.r. 66/2011) riduzione di spesa in una percentuale compresa tra il 6 e l’8 per cento. Per quanto riguarda, invece, l’assistenza specialistica si rinvia ad un provvedimento della Giunta regionale la formulazione di indirizzi per la definizione di nuovi modelli di relazione con i soggetti privati, l’eventuale risoluzione degli accordi in essere e la valorizzazione dell’apporto del privato sociale.

L’articolo 3 rinvia ad una deliberazione della Giunta regionale il compito di definire l’obiettivo di contenimento della spesa per l’anno 2013 nel settore dei farmaci e dei dispositivi medici.

L’articolo 4 prevede che lo standard dei posti letto ospedalieri (comprensivo della riabilitazione e della lungo degenza) a carico del servizio sanitario regionale sia di 3,15 posti letto per ogni mille

abitanti, assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a centoventi ricoveri annui per ogni mille abitanti.

L'articolo 5, riprendendo alcune disposizioni già contenute nel piano sanitario vigente, prevede una riorganizzazione complessiva del sistema di emergenza-urgenza territoriale, fondata su due elementi: l'accorpamento delle centrali operative del 118, che dovranno passare dalle attuali dodici a tre (centrale operativa unica di area vasta), e la razionalizzazione della rete dei punti di emergenza sanitaria territoriale. Fra gli interventi necessari a realizzarla, il comma 4 menziona l'implementazioni delle auto mediche e delle ambulanze infermieristiche.

L'articolo 6 nasce dall'esigenza di assicurare uniformità nelle procedure di riscossione coattiva dei tickets non pagati o corrisposti in misura inferiore al dovuto. In quest'ambito, infatti, sono stati registrati comportamenti assai difformi da parte delle aziende sanitarie. In particolare si è provveduto a quantificare direttamente in legge le spese del procedimento di riscossione a carico dell'assistito (nella misura di Euro 5). E' stata inoltre introdotta una disposizione (comma 3) che attribuisce espressamente alle aziende sanitarie la competenza ad applicare la sanzione amministrativa prevista dall'art.316 ter, comma 2 c.p. (Indebita percezione di erogazione a danno dello stato).

L'articolo 7 contiene due disposizioni: con la prima si prescrive all'assistito, che non possa o non voglia effettuare la prestazione prenotata, di disdire la prenotazione entro quarantotto ore dalla data fissata. Si tratta di un obbligo già fissato in via amministrativa, con la DGR 27 febbraio 2006, n.143 (Disposizioni in materia di erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche), che si è inteso rafforzare, conferendogli veste legislativa. Con la seconda, si punisce la mancata presenza alla data stabilita ovvero la mancata disdetta nel termine prescritto, con una sanzione amministrativa pecuniaria pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo della prestazione. La novità principale, rispetto alla analoga previsione statale, contenuta nell'art. 3, comma 15 del d.lgs.124/1998, consiste nel fatto che le sanzione si applica anche agli assistiti esenti.

L'articolo 8 integra l'articolo 42 della l.r 5 agosto 2009 n.51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) con due nuovi commi, il comma 3 bis ed il comma 8 bis. Con il primo si stabilisce che l'indennità di carica, prevista dal comma 3 per i componenti del gruppo di valutazione (il gruppo tecnico regionale istituito per effettuare il controllo ed il monitoraggio sulle strutture accreditate) non spetta ai dipendenti della Regione, degli enti del servizio sanitario regionale ed ai dipendenti dell'Università che svolgono funzioni assistenziali nel servizio sanitario regionale. Analogamente dispone il comma 8 bis per gli esperti che possono integrare il gruppo, allorché si tratti di valutare "particolari aree o percorsi assistenziali specifici". Anche in questo caso l'indennità non viene corrisposta a coloro che siano dipendenti degli enti sopra citati.

L'articolo 9 integra l'articolo 50 della l.r. 51/2009, inserendovi una ulteriore disposizione transitoria.
Per comprendere il significato dell'articolo occorre ricordare che le recenti modifiche alla l.r. 51/2009, hanno inserito le unità di raccolta di sangue e di emoderivati nel sistema regionale di accreditamento, attenuando la "specialità" della materia, prima integralmente disciplinata dalla normativa statale (cfr d.lgs. 6 novembre 2007 n. 191 così come modificato dal d.lgs. 20 dicembre 2007 n. 261, attuativi delle direttive comunitarie 2004/23/CE e 2002/98/CE). In assenza della presente integrazione i Comuni sarebbero privi di indirizzi regionali per la verifica di compatibilità. Per ovviare a questo rischio, la nuova disposizione introduce direttamente un criterio di salvaguardia, quello della distanza minima (10 chilometri) da qualsiasi struttura di medicina trasfusionale.

L’articolo 10 sostituisce integralmente l’articolo 67 della l.r.40/2005, dedicato al dipartimento della prevenzione delle aziende unità sanitarie locali.
Le novità principali sono due: la drastica semplificazione dell’organizzazione interna del dipartimento e la nuova disciplina dei laboratori di sanità pubblica. Per quanto riguarda l’organizzazione, sono state soppresse le aree funzionali di zona, i settori (un tipo di struttura funzionale presente solo nel dipartimento della prevenzione) e sono state istituite tre unità funzionali a valenza aziendale, l’unità funzionale di “igiene pubblica e medicina dello sport” (comma 2, lettera a), l’unità funzionale di “sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare” (comma 2, lettera b) e quella di “prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro” (comma 2, lettera c). Per quanto riguarda invece i laboratori di sanità pubblica, cui sono dedicati i commi 9, 10, 11 e 12, è stata prevista un’unica struttura organizzativa complessa, denominata “Laboratorio unico regionale di sanità pubblica”, in luogo delle tre strutture, previste dal vigente comma 3-bis . La nuova struttura, che assorbirà funzioni e risorse, oggi attribuite ai “laboratori di sanità pubblica di area vasta”, opererà in raccordo funzionale con le strutture laboratoristiche dell’ARPAT e dell’Istituto zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana, costituendo una rete integrata regionale di laboratori.

L’articolo 11 modifica il comma 1, lettera a) dell’articolo 82-octies decies, prevedendo che l’ammontare del contributo ordinario spettante all’ARS, a valere sul fondo sanitario regionale, sia determinato con la legge di bilancio, invece che con il piano sanitario e sociale integrato.

L’articolo 12 rinvia ad un regolamento la disciplina dell’attività contrattuale dell’ESTAV, con particolare riferimento alle figure del responsabile unico del procedimento e del direttore dell’esecuzione.
La norma nasce dall’esigenza di adeguare le previsioni del decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010 n. 207 (Regolamento di esecuzione e attuazione del DGLS 12 aprile 2006) alle specificità della realtà toscana, caratterizzata dalla presenza degli ESTAV, enti che, com’è noto, non svolgono funzioni di centrali di committenza del SSR, oltre che gran parte delle funzioni di supporto tecnico amministrativo.

L’articolo 13 sostituisce integralmente l’articolo 121, dettando una disciplina assai più puntuale dei contenuti del bilancio preventivo economico annuale e ribadendo espressamente i limiti e le condizioni, entro i quali i direttori generali possono ordinare spese superiori ai costi complessivamente iscritti nel bilancio.
I nuovi contenuti obbligatori sono individuati nel comma 3, secondo cui il bilancio si compone del conto economico preventivo, di un piano di flussi di cassa mensilizzati e del piano annuale degli investimenti dettagliato, in coerenza con il piano triennale degli investimenti di cui all’articolo 120. Il comma 4 elenca i documenti che devono essere allegati al bilancio, aggiungendo a quelli già previsti nel comma 3 dell’articolo vigente, il “conto economico dettagliato secondo lo schema CE previsto a livello nazionale” Il comma 6 precisa che il superamento del limite di spesa previsto nel bilancio preventivo annuale può avvenire solo nel caso siano preventivamente accertati maggiori ricavi provenienti da risorse nazionali o regionali aggiuntive e nei limiti degli stessi, ovvero a condizione che sussista copertura in maggiori ricavi che si prevede di iscrivere nel bilancio di esercizio dell'azienda e che sia fornita congrua motivazione in sede di monitoraggio sull’andamento economico della gestione, di cui all’articolo 121 bis. Il comma 8 introduce in legge, una previsione già inserita nello schema generale di contratto dei direttori generali, sulla base di una disposizione della legge finanziaria 2003 (cfr articolo 52, comma 4, lettera d) della legge 27 dicembre 2002, n.289). Si prevede che il mancato rispetto dei vincoli previsti dai commi 6 e 7 (oltre a quelli appena prima richiamati, il divieto di utilizzare risorse correnti per la realizzazione di investimenti oltre il limite tassativo previsto nel paino annuale degli investimenti) possa costituire grave motivo ai sensi

dell’articolo 3, comma 7 del d.lgs. 502/1992 e pertanto possa condurre ad una pronuncia di decadenza del direttore generale.

L’articolo 14 prevede una costante monitoraggio da parte della Regione dell’andamento della spesa delle aziende sanitarie e sul rispetto dei vincoli fissati dai commi 5, 6 e 7 dell’articolo 121. Il monitoraggio verrà effettuato trimestralmente, attraverso i modelli CE trasmessi dalle aziende sanitaria.

L’articolo 15 sostituisce integralmente l’articolo 123 della l.r.40/2005, dedicato al procedimento di adozione degli atti di bilancio La novità principale consiste nell’introduzione di date certe per l’approvazione da parte della Giunta regionale degli atti di bilancio delle aziende sanitarie (31 dicembre per il bilancio preventivo economico annuale e per il bilancio pluriennale e 31 maggio per il bilancio di esercizio). Con questa modifica si riallinea la normativa contabile sul servizio sanitario regionale ad alcune previsioni dettate dal titolo II “Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario” del d.lgs. 23.6.2011, n.118. (si tratta del decreto legislativo, emanato in attuazione dell’articolo 2, comma 1, lettera h) della legge delega sul federalismo fiscale, la l.n.42/2009, che si propone di armonizzare i bilanci degli enti territoriali per renderli maggiormente confrontabili).
Altra importante novità è rappresentata dalla previsione di un anticipo di 15 giorni per l’adozione dei bilanci da parte del direttore generale.
Il comma 5 colma una lacuna, presente nell’articolo 123, relativa all’ipotesi in cui la Giunta regionale, in sede di esame del bilancio, riscontri carenze documentali oppure ritenga necessario chiedere integrazioni e correzioni. La norma prevede, in questo caso, l’assegnazione di un termine non superiore a quindici giorni, entro il quale il direttore generale è tenuto a conformarsi alle richieste regionali.

RELAZIONE TECNICO-NORMATIVA
Proposta di legge

Titolo: Misure per il contenimento e la razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l'anno 2012) ed alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale)

I. Analisi della compatibilità con l'ordinamento costituzionale, statutario e comunitario

1. Obiettivi e necessità dell'intervento normativo

Con il presente intervento normativo si interviene per introdurre alcune misure di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria in attuazione di quanto previsto dal decreto legge 95 del 2012 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.)
Si apportano inoltre alcune modifiche alla legge regionale 40 del 2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale) allo scopo di dare attuazione alle previsioni del titolo II del d.lgs. 118/2011, che ha dettato nuovi principi contabili per il settore sanitario.

2. Tipologia della competenza legislativa regionale interessata dalla proposta (residuale/ concorrente)
La materia rientra nella competenza legislativa concorrente delle Regioni ai sensi dell'art. 117, terzo comma, della Costituzione.

3. Compatibilità con il quadro normativo nazionale, con riferimento ai rapporti con le fonti statali vigenti e, in caso di competenza concorrente, con riferimento ai principi della materia
La presente proposta di legge è compatibile con la normativa nazionale.

4. Rapporti del futuro intervento normativo con le leggi regionali in materia
La proposta di legge modifica e integra alcune disposizioni della l.r.51/2009 e della l.r. 40/2005.

5. Compatibilità dell'intervento con i principi costituzionali e statutari, con particolare riferimento ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza sanciti dall'articolo 118, primo comma della Cost., e con la potestà regolamentare degli enti locali, di cui all'articolo 117, sesto comma della Cost., anche alla luce della giurisprudenza costituzionale
Le modifiche proposte sono conformi alle previsioni costituzionali e statutarie e non presentano alcun profilo di interferenza con la potestà regolamentare degli enti locali

6. Compatibilità dell'intervento con l'ordinamento comunitario, anche alla luce della giurisprudenza, della pendenza di giudizi innanzi alla Corte di giustizia delle Comunità europee o dell'esistenza di procedure di infrazione da parte della Commissione europea sul medesimo o analogo oggetto
La proposta è compatibile con l'ordinamento comunitario.

7. Necessità di notificare la proposta alla Commissione europea nei casi previsti dall'ordinamento (aiuti di Stato, norme tecniche, norme ricadenti nella sfera di applicazione della direttiva Bolkenstein)
La proposta non necessita di notifica.

II. Analisi dell'osservanza dei principi e delle regole sulla qualità della normazione

1. Rispetto dei principi in materia di qualità della normazione di cui all'articolo 2 della legge regionale 22 ottobre 2008, n. 55 (Disposizioni in materia di qualità della normazione) con particolare riferimento agli obiettivi di semplificazione normativa e amministrativa
La proposta è stata elaborata nel rispetto dei principi in materia di qualità della normazione di cui all'articolo 2 della legge regionale 22 ottobre 2008, n. 55 (Disposizioni in materia di qualità della normazione)

2. Rispetto delle tecniche redazionali definite dal Manuale operativo del processo giuridico-legislativo, con particolare riferimento alla necessità delle definizioni normative e alla loro coerenza con quelle già esistenti nell'ordinamento
La proposta è stata redatta nel rispetto delle tecniche redazionali definite dal Manuale operativo del processo giuridico-legislativo.

3. Individuazione di disposizioni derogatorie rispetto alla normativa vigente, aventi effetto retroattivo, di reviviscenza di norme precedentemente abrogate o di interpretazione autentica
La proposta non contiene disposizioni di tale natura.

4. Congruenza dei termini previsti per l'adozione di eventuali successivi atti attuativi
Non sono previsti termini.

5. Necessità di una disciplina transitoria per i rapporti giuridici o i procedimenti instauratisi per effetto della eventuale precedente disciplina
La proposta di legge contiene una norma transitoria, che riguarda le unità di raccolta di sangue ed emoderivati. La norma è destinata ad operare nelle more dell'approvazione del nuovo piano sanitario e sociale integrato regionale, in quanto, per questo tipo di strutture sanitarie, il piano vigente non contiene criteri utilizzabili ai fini della verifica di compatibilità di cui all'articolo 2 della l.r. 51/2009.

Testo coordinato

Modifiche alla legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento)

Art. 42 Gruppo tecnico regionale di valutazione.	Art. 42 Gruppo tecnico regionale di valutazione.
1. Il direttore generale della direzione generale competente per materia costituisce il gruppo tecnico regionale di valutazione, di seguito denominato "gruppo di valutazione", con proprio decreto, sulla base dell'elenco di cui all'articolo 41, assicurando la presenza al suo interno delle diverse professionalità, in grado di fornire l'apporto integrato delle varie competenze teoriche ed esperienziali necessarie per lo svolgimento delle funzioni attribuite al gruppo stesso.	1. Il direttore generale della direzione generale competente per materia costituisce il gruppo tecnico regionale di valutazione, di seguito denominato "gruppo di valutazione", con proprio decreto, sulla base dell'elenco di cui all'articolo 41, assicurando la presenza al suo interno delle diverse professionalità, in grado di fornire l'apporto integrato delle varie competenze teoriche ed esperienziali necessarie per lo svolgimento delle funzioni attribuite al gruppo stesso.
2. Il regolamento di cui all'articolo 48 disciplina i criteri di scelta e le modalità di funzionamento del gruppo di valutazione e le ipotesi di astensione dei suoi membri, atte a garantire l'assenza di conflitto di interessi nello svolgimento delle attività di valutazione.	2. Il regolamento di cui all'articolo 48 disciplina i criteri di scelta e le modalità di funzionamento del gruppo di valutazione e le ipotesi di astensione dei suoi membri, atte a garantire l'assenza di conflitto di interessi nello svolgimento delle attività di valutazione.
3. Ai membri del gruppo di valutazione compete un'indennità di carica ed il rimborso delle spese sostenute, secondo quanto stabilito per i dipendenti regionali.	3. Ai membri del gruppo di valutazione compete un'indennità di carica ed il rimborso delle spese sostenute, secondo quanto stabilito per i dipendenti regionali.
	3 bis. L'indennità di carica di cui al comma 3 non è dovuta ai membri del gruppo di valutazione che siano dipendenti della Regione, degli enti del servizio sanitario regionale e dei dipendenti dell'Università che svolgono funzione assistenziale nel servizio sanitario regionale.
4. Il gruppo di valutazione valuta i livelli di qualità e sicurezza raggiunti dalle strutture pubbliche e private oggetto di visita e la loro coerenza con quanto dichiarato dal responsabile legale della struttura.	4. Il gruppo di valutazione valuta i livelli di qualità e sicurezza raggiunti dalle strutture pubbliche e private oggetto di visita e la loro coerenza con quanto dichiarato dal responsabile legale della struttura.
5. A tali fini, il gruppo di valutazione:	5. A tali fini, il gruppo di valutazione:
a) organizza e realizza le visite a campione nelle strutture organizzative funzionali che hanno	a) organizza e realizza le visite a campione nelle strutture organizzative funzionali che hanno

ottenuto l'accreditamento istituzionale per la verifica del possesso dei requisiti dichiarati e del loro mantenimento negli anni successivi; b) organizza e realizza le visite a campione nelle strutture organizzative funzionali che hanno conseguito l'accreditamento di eccellenza; c) organizza e realizza le ulteriori visite, disposte dalla Commissione di cui all'articolo 40, in conseguenza di eventi sentinella accaduti o per controlli su aree di criticità emerse nelle visite a campione; d) monitora sistematicamente l'andamento dei risultati misurati dal sistema di valutazione regionale nelle strutture organizzative delle aziende sanitarie oggetto di accreditamento sia istituzionale che di eccellenza; e) verifica la coerenza delle richieste di accreditamento di eccellenza con la performance riscontrata dal sistema di valutazione regionale, ai fini della elaborazione del report di sintesi di cui all'articolo 36, comma 3. 6. Attraverso le attività di verifica di cui al comma 4, il gruppo di valutazione incentiva e supporta le strutture sanitarie pubbliche e private a sviluppare al loro interno la cultura del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza. 7. Il gruppo di valutazione opera presso il competente settore regionale; per il suo funzionamento il gruppo individua al suo interno un proprio coordinatore. 8. In caso di particolari azioni valutative che richiedano specifiche competenze professionali in ambito sanitario, il direttore generale della direzione generale competente per materia integra il gruppo di valutazione con l'apporto di professionisti esperti per la valutazione su particolari aree e percorsi assistenziali specifici, su indicazione del Consiglio sanitario regionale; a tali professionisti compete un'indennità di presenza ed il rimborso delle spese sostenute, determinate in rapporto a quanto stabilito per i dipendenti regionali.	ottenuto l'accreditamento istituzionale per la verifica del possesso dei requisiti dichiarati e del loro mantenimento negli anni successivi; b) organizza e realizza le visite a campione nelle strutture organizzative funzionali che hanno conseguito l'accreditamento di eccellenza; c) organizza e realizza le ulteriori visite, disposte dalla Commissione di cui all'articolo 40, in conseguenza di eventi sentinella accaduti o per controlli su aree di criticità emerse nelle visite a campione; d) monitora sistematicamente l'andamento dei risultati misurati dal sistema di valutazione regionale nelle strutture organizzative delle aziende sanitarie oggetto di accreditamento sia istituzionale che di eccellenza; e) verifica la coerenza delle richieste di accreditamento di eccellenza con la performance riscontrata dal sistema di valutazione regionale, ai fini della elaborazione del report di sintesi di cui all'articolo 36, comma 3. 6. Attraverso le attività di verifica di cui al comma 4, il gruppo di valutazione incentiva e supporta le strutture sanitarie pubbliche e private a sviluppare al loro interno la cultura del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza. 7. Il gruppo di valutazione opera presso il competente settore regionale; per il suo funzionamento il gruppo individua al suo interno un proprio coordinatore. 8. In caso di particolari azioni valutative che richiedano specifiche competenze professionali in ambito sanitario, il direttore generale della direzione generale competente per materia integra il gruppo di valutazione con l'apporto di professionisti esperti per la valutazione su particolari aree e percorsi assistenziali specifici, su indicazione del Consiglio sanitario regionale; a tali professionisti compete un'indennità di presenza ed il rimborso delle spese sostenute, determinate in rapporto a quanto stabilito per i dipendenti regionali.

9. La Giunta regionale, con propria deliberazione, disciplina la corresponsione delle indennità di presenza e di carica e dei rimborsi spese spettanti ai componenti del gruppo di valutazione, determinandone gli importi, i criteri e le modalità di erogazione; l'importo delle indennità è determinato tenendo conto della funzione dell'organismo, della complessità dell'attività che è chiamato a svolgere, dell'impegno richiesto ai componenti e delle conseguenti responsabilità.	**8 bis. L'indennità di presenza di cui al comma 8 non è dovuta ai membri del gruppo di valutazione che sono dipendenti della Regione, degli enti del servizio sanitario regionale e dei dipendenti dell'Università che svolgono funzione assistenziale nel servizio sanitario regionale.** 9. La Giunta regionale, con propria deliberazione, disciplina la corresponsione delle indennità di presenza e di carica e dei rimborsi spese spettanti ai componenti del gruppo di valutazione, determinandone gli importi, i criteri e le modalità di erogazione; l'importo delle indennità è determinato tenendo conto della funzione dell'organismo, della complessità dell'attività che è chiamato a svolgere, dell'impegno richiesto ai componenti e delle conseguenti responsabilità.
Art. 50 Norme transitorie 1. Fino all'entrata in vigore del regolamento di attuazione della presente legge, mantengono la propria validità gli atti approvati dal Consiglio regionale e dalla Giunta regionale in attuazione della L.R. n. 8/1999. 2. Fino all'approvazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, gli indirizzi per la verifica di compatibilità di cui all'articolo 2 e gli indirizzi per la verifica di funzionalità di cui all'articolo 31, sono quelli definiti dal piano sanitario regionale 2008-2010. 3. I procedimenti in corso alla data di entrata in vigore del regolamento di cui all'articolo 48, si concludono secondo la normativa previgente.	Art. 50 Norme transitorie. 1. Fino all'entrata in vigore del regolamento di attuazione della presente legge, mantengono la propria validità gli atti approvati dal Consiglio regionale e dalla Giunta regionale in attuazione della L.R. n. 8/1999. 2. Fino all'approvazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, gli indirizzi per la verifica di compatibilità di cui all'articolo 2 e gli indirizzi per la verifica di funzionalità di cui all'articolo 31, sono quelli definiti dal piano sanitario regionale 2008-2010. **2 bis) per le unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti, nelle more dell'approvazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, la Giunta regionale provvede a definire le modalità della verifica di compatibilità, di cui all'articolo 2, nel rispetto del seguente criterio: distanza minima da qualsiasi struttura di medicina trasfusionale non inferiore a 10 Km.** 3. I procedimenti in corso alla data di entrata in vigore del regolamento di cui all'articolo 48, si concludono secondo la normativa previgente.

4. Al fine di garantire la continuità della funzione di verifica per il rilascio dell'accreditamento istituzionale, le commissioni regionali di accreditamento di cui alla L.R. n. 8/1999, operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, continuano nelle funzioni fino alla costituzione della Commissione di cui all'articolo 40 e del gruppo di valutazione di cui all'articolo 42.	4. Al fine di garantire la continuità della funzione di verifica per il rilascio dell'accreditamento istituzionale, le commissioni regionali di accreditamento di cui alla L.R. n. 8/1999, operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, continuano nelle funzioni fino alla costituzione della Commissione di cui all'articolo 40 e del gruppo di valutazione di cui all'articolo 42.

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

Art. 67 Dipartimento della prevenzione. 1. In ciascuna azienda unità sanitaria locale il dipartimento della prevenzione è la struttura preposta alla tutela della salute collettiva; il dipartimento, mediante azioni volte ad individuare e rimuovere i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita, nonchè di tutela medico-legale delle persone con disabilità funzionali, anche in coerenza con gli obiettivi di salute e di benessere di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) dei portatori di menomazioni. 2. Ciascuna azienda unità sanitaria locale definisce con atto regolamentare l'articolazione organizzativa funzionale del dipartimento in settori, aree funzionali di zona ed unità funzionali; i settori sono strutture organizzative funzionali del dipartimento della prevenzione di dimensione aziendale che aggregano le unità funzionali del dipartimento; a ciascuno dei settori è preposto un responsabile nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, sentito il direttore del dipartimento; al responsabile è attribuita la responsabilità di una unità funzionale. 3. Il dipartimento della prevenzione si articola nelle seguenti attività: a) igiene pubblica e medicina dello sport;	Art. 67 Dipartimento della prevenzione **1. In ciascuna azienda unità sanitaria locale il dipartimento della prevenzione è la struttura preposta alla tutela della salute collettiva; il dipartimento, mediante azioni volte ad individuare e prevenire i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, anche attraverso attività di sorveglianza epidemiologica, persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità degli stili di vita.** **2. Il dipartimento della prevenzione si articola nelle seguenti unità funzionali, a valenza aziendale:** **a) igiene pubblica e medicina dello sport;** **b) sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;** **c) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.** **3. Il direttore del dipartimento della prevenzione è nominato dal direttore generale su proposta del direttore sanitario. Il direttore del dipartimento negozia con la direzione aziendale il budget complessivo del dipartimento della prevenzione e coadiuva la direzione aziendale nella programmazione delle attività per quanto di propria competenza, svolgendo in particolare i seguenti compiti:** **a) promuove lo sviluppo di progetti di collaborazione in ambito regionale con i dipartimenti delle altre aziende, con la**

b) alimenti e nutrizione; c) igiene degli alimenti di origine animale, sanità animale, igiene degli allevamenti e zootecnia; d) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro; e) medicina legale. Ogni azienda unità sanitaria locale costituisce settori che comprendono le attività di cui alle lettere precedenti. 3-bis. Nei dipartimenti di prevenzione delle aziende unità sanitarie locali 2, 7 e 10 è presente la struttura complessa Laboratorio di sanità pubblica di area vasta (LSPAV) istituita per l'individuazione e la determinazione del rischio biologico, chimico e fisico nell'ambito delle attività di prevenzione collettiva. I tre LSPAV costituiscono sul territorio regionale un servizio a rete che opera secondo un unico sistema di gestione della qualità. È istituita la funzione regionale di coordinamento della rete dei LSPAV, al fine di assicurare le modalità operative di raccordo, nonché razionalizzare e programmare la ripartizione delle risorse, degli investimenti e delle attività. 4. Le unità funzionali sono strutture organizzative funzionali a carattere multiprofessionale che aggregano le funzioni operative della prevenzione individuate, ai sensi dell'articolo 58, dal piano sanitario e sociale integrato regionale; a ciascuna delle unità funzionali è preposto un responsabile nominato dal direttore generale su proposta del responsabile del dipartimento, sentito il responsabile del settore di competenza ove costituito; il responsabile di unità funzionale dirige il personale assegnato, propone il programma di lavoro della struttura e ne garantisce l'espletamento, è responsabile dell'utilizzo finale delle risorse. 5. In ciascuna zona-distretto è attivata l'area funzionale della prevenzione che aggrega le unità funzionali zonali e le attività svolte in zona da quelle aziendali; il responsabile	**finalità di creare una rete regionale delle attività di prevenzione;** **b) promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori e quelli di comunicazione istituzionale;** **c) concorre per quanto di competenza alla definizione dei programmi di educazione alla salute;** **d) individua strumenti specifici per il controllo di gestione e per la verifica della qualità delle prestazioni in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale;** **e) coordina le attività al fine di assicurare che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio dell'azienda;** **f) assicura l'attuazione uniforme sul territorio aziendale degli indirizzi contenuti nella programmazione regionale;** **g) garantisce forme coordinate di raccordo con le strutture territoriali dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (ARPAT) e con le strutture territoriali dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana.** **4. Il responsabile di unità funzionale partecipa al comitato direttivo di cui al comma 5, coadiuvando, per quanto di propria competenza, il direttore di dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni, assicura l'attuazione degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale per l'ambito di competenza, è responsabile dell'applicazione delle prescrizioni normative di livello regionale, nazionale e internazionale; assicura altresì l'omogeneità sul territorio aziendale delle attività di propria competenza, attraverso la predisposizione di appositi protocolli operativi.** **5. Presso il centro direzionale è costituito un comitato direttivo del dipartimento che assiste la direzione aziendale nella funzione di pianificazione strategica; il comitato direttivo è presieduto dal direttore del dipartimento ed è costituito dai responsabili delle unità funzionali; allo scopo di garantire**

dell'area funzionale partecipa al comitato direttivo di cui al comma 8, garantisce la programmazione e la gestione coordinata delle attività intersettoriali attraverso l'utilizzo integrato delle risorse e degli spazi comuni; è nominato dal direttore generale su proposta del direttore del dipartimento tra i responsabili delle unità funzionali zonali, mantiene la responsabilità della propria unità funzionale. 6. Il direttore del dipartimento della prevenzione è nominato dal direttore generale su proposta del direttore sanitario; l'incarico può essere conferito in via esclusiva. Il direttore del dipartimento negozia con la direzione aziendale il budget complessivo del dipartimento della prevenzione e propone l'attribuzione del medesimo ai settori ove costituiti, coadiuva la direzione aziendale nella programmazione delle attività per quanto di propria competenza, svolgendo in particolare i seguenti compiti: a) promuove lo sviluppo di progetti di collaborazione in ambito regionale con i dipartimenti delle altre aziende, con la finalità di creare una rete regionale delle attività di prevenzione; b) promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori e quelli di comunicazione istituzionale; c) concorre per quanto di competenza alla definizione dei programmi di educazione alla salute, in sede aziendale e della società della salute; d) individua strumenti specifici per il controllo di gestione e per la verifica della qualità delle prestazioni in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale; e) coordina le attività al fine di assicurare che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio dell'azienda; f) assicura, in stretto raccordo con i settori costituiti, l'attuazione uniforme sul territorio aziendale degli indirizzi contenuti nella	**il contributo delle varie professionalità presenti nel dipartimento il direttore generale, su proposta del direttore del dipartimento, individua ulteriori componenti del comitato direttivo di dipartimento. Nelle aziende unità sanitarie locali ove è presente un centro regionale specialistico di laboratorio appartenente alla struttura unica regionale dei laboratori di sanità pubblica, il direttore del centro laboratoristico fa parte del comitato direttivo del dipartimento di prevenzione.** **6. La Giunta Regionale, attraverso la competente direzione generale, assicura il coordinamento e l'indirizzo delle attività di prevenzione svolte dai dipartimenti di prevenzione, promuovendo la qualità, l'omogeneità e lo sviluppo a rete dei servizi di prevenzione collettiva, anche attraverso l'elaborazione di piani di rilevanza interaziendale e regionale, e favorendo la partecipazione ed il confronto con le parti sociali sugli atti di programmazione e di valutazione dell'attività dei dipartimenti.** **7. È istituito presso la competente direzione generale della Giunta regionale un comitato tecnico nominato dal direttore generale della medesima direzione e presieduto dal responsabile della competente struttura della direzione generale regionale. Al comitato tecnico partecipano i direttori dei dipartimenti della prevenzione delle aziende unità sanitarie locali ed i responsabili dei pertinenti settori della direzione generale regionale e il direttore della struttura regionale unica dei laboratori di sanità pubblica.** **8. I dipartimenti della prevenzione possono svolgere in forma associata talune prestazioni, secondo le modalità definite dai comitati di area vasta sentito il comitato tecnico di cui al comma 7. In particolare ai dipartimenti, eventualmente su scala sovraziendale, viene ricondotta la funzione di sorveglianza epidemiologica.** **9. Le attività di carattere analitico inerenti la prevenzione collettiva sono svolte dalla**

programmazione regionale; g) garantisce forme coordinate di raccordo con le strutture territoriali dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (ARPAT) e con le strutture territoriali dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana. 7. Il responsabile di settore partecipa al comitato direttivo di cui al comma 8, coadiuvando, per quanto di propria competenza, il direttore di dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni, assicura l'attuazione degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale per l'ambito di competenza, è responsabile dell'applicazione delle prescrizioni normative di livello regionale, nazionale e internazionale; assicura altresì l'omogeneità sul territorio aziendale dell'operatività delle unità funzionali di propria competenza, attraverso la predisposizione di appositi protocolli operativi e l'attribuzione dei budget alle unità funzionali. 8. Presso il centro direzionale è costituito un comitato direttivo del dipartimento che assiste la direzione aziendale nella funzione di pianificazione strategica; il comitato direttivo è presieduto dal direttore del dipartimento ed è costituito dai responsabili dei settori costituiti, dai responsabili delle aree funzionali di zona-distretto; nel caso di aziende unità sanitarie locali monozonali, il comitato direttivo è composto dai responsabili dei settori o, se non costituiti, dai responsabili delle unità funzionali; allo scopo di garantire il contributo delle varie professionalità presenti nel dipartimento il direttore generale, su proposta del direttore del dipartimento, individua ulteriori componenti del comitato direttivo di dipartimento. Nelle aziende unità sanitarie locali 2, 7 e 10, il direttore del LSPAV fa parte del comitato direttivo del dipartimento di prevenzione. 9. Ai fini di favorire lo sviluppo a rete dei servizi di prevenzione collettiva e di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, è istituito presso la competente direzione generale della Giunta regionale un comitato tecnico nominato dal direttore generale della medesima direzione e presieduto dal responsabile della	**struttura organizzativa denominata "laboratorio unico regionale di sanità pubblica" che si articola per sede unica o sede di area vasta.** **10. Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica esercita tutte le funzioni amministrative e gestionali relative alle attività dei laboratori. La Giunta regionale disciplina con apposito atto criteri e modalità per il trasferimento delle risorse finanziarie e strumentali nonché per l'assegnazione del personale al laboratorio unico regionale di sanità pubblica.** **11. Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica si raccorda funzionalmente con le strutture di laboratorio dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana, costituendo una rete integrata regionale dei laboratori per lo svolgimento di attività tendenzialmente esclusive tra i vari laboratori per l'intero territorio regionale.** **12. La Giunta Regionale disciplina le modalità operative della rete, anche attraverso specifici accordi con i soggetti della rete**

competente struttura della direzione generale regionale; al comitato tecnico partecipano i direttori dei dipartimenti della prevenzione delle aziende unità sanitarie locali ed i responsabili dei pertinenti settori della direzione generale regionale e il direttore del LSPAV titolare della funzione regionale di coordinamento della rete dei LSPAV. 10. Il direttore generale, anche avvalendosi del comitato di dipartimento, promuove la partecipazione ed il confronto con le parti sociali sugli atti di programmazione e di valutazione dell'attività del dipartimento, con particolare riferimento alla prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.	
Art. 82-octies decies Finanziamento 1. Il finanziamento dell'ARS avviene mediante: a) il contributo ordinario, determinato dal piano sanitario e sociale integrato regionale a valere sul fondo sanitario regionale ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera c), della L.R. n. 40/2005 per il funzionamento e l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 82-bis, comma 1; b) quote aggiuntive, a valere sul fondo sanitario regionale ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera b), della medesima L.R. n. 40/2005 per l'eventuale finanziamento degli specifici progetti non compresi nel programma di attività di cui all'articolo 82-undecies; c) ricavi e proventi per prestazioni rese a favore dei soggetti di cui all'articolo 82-bis, comma 2	Art. 82-octies decies Finanziamento 1. Il finanziamento dell'ARS avviene mediante: **a) il finanziamento ordinario, determinato annualmente con legge di bilancio,** a valere sul fondo sanitario regionale ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera c), della l.r. 40/2005 per il funzionamento e l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 82-bis, comma 1; b) quote aggiuntive, a valere sul fondo sanitario regionale ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera b), della medesima L.R. n. 40/2005 per l'eventuale finanziamento degli specifici progetti non compresi nel programma di attività di cui all'articolo 82-undecies; c) ricavi e proventi per prestazioni rese a favore dei soggetti di cui all'articolo 82-bis, comma 2
Art. 101 Competenze e attribuzioni 1. Gli ESTAV sono competenti in materia di: a) approvvigionamento di beni e servizi; b) gestione dei magazzini e della logistica; c) gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione	Art. 101 Competenze e attribuzioni 1. Gli ESTAV sono competenti in materia di: a) approvvigionamento di beni e servizi; b) gestione dei magazzini e della logistica; c) gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione

del Centro unificato di prenotazione (CUP); d) gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni; e) organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale; f) gestione delle procedure concorsuali e selettive in materia di personale; g) gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale. 1-bis. Nell'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, lettera a), gli ESTAV operano quali centrali di committenza ai sensi dell'articolo 33 del D.Lgs. n. 163/2006 e dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2007"), per conto delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie e sono pertanto soggetti a tutte le disposizioni nazionali e regionali che disciplinano gli acquisti delle aziende stesse.	del Centro unificato di prenotazione (CUP); d) gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni; e) organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale; f) gestione delle procedure concorsuali e selettive in materia di personale; g) gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale. 1-bis. Nell'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, lettera a), gli ESTAV operano quali centrali di committenza ai sensi dell'articolo 33 del D.Lgs. n. 163/2006 e dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2007"), per conto delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie e sono pertanto soggetti a tutte le disposizioni nazionali e regionali che disciplinano gli acquisti delle aziende stesse. **1 ter. La Giunta regionale, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 274 del decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207 (Regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, recante «Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE»), disciplina con regolamento l'esercizio dell'attività contrattuale degli ESTAV quali centrali di committenza del sistema sanitario regionale, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:** **a) requisiti di professionalità e modalità di nomina del responsabile unico del procedimento e del direttore dell'esecuzione, anche in relazione ai rapporti organizzativi tra gli ESTAV e le aziende sanitarie, al fine di garantire la razionalizzazione delle attività amministrative connesse alle funzioni tecniche trasferite e l'ottimale impiego delle risorse nell'ambito del sistema sanitario**

2. La Giunta regionale, con propria deliberazione, può prevedere il conferimento agli ESTAV di ulteriori funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie, rispetto a quelle indicate al comma 1. 3. L'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, lettere c), d), e), g), e di cui al comma 2, ove riferito alle aziende ospedaliero-universitarie, è subordinato, all'approvazione di appositi accordi tra l'azienda ospedaliero-universitaria e l'università interessata. 4. Gli ESTAV fanno parte della rete telematica toscana ai sensi dell'articolo 8, comma 2, della legge regionale 26 gennaio 2004, n. 1 (Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della Rete telematica regionale Toscana); essi concorrono, con gli strumenti e le modalità ivi previste, al raggiungimento degli obiettivi indicati nell'articolo 10 della L.R. n. 1/2004 e contribuiscono, attraverso il coordinamento delle politiche e delle attività di sviluppo del settore, alla promozione della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. 5. Gli ESTAV possono, previa stipula di apposite convenzioni, prestare i loro servizi anche a favore di altri soggetti pubblici del servizio sanitario nazionale	**regionale;** **b) funzioni di competenza del responsabile unico del procedimento e del responsabile del procedimento per la fase di esecuzione dei contratti, anche per le finalità di cui alla lettera a);** **c) modalità di esecuzione e competenze in relazione agli adempimenti di comunicazione all'Osservatorio regionale sui contratti pubblici di cui all'articolo 8 della legge regionale 13 luglio 2007, n. 38 (Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro).** 2. La Giunta regionale, con propria deliberazione, può prevedere il conferimento agli ESTAV di ulteriori funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie, rispetto a quelle indicate al comma 1. 3. L'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, lettere c), d), e), g), e di cui al comma 2, ove riferito alle aziende ospedaliero-universitarie, è subordinato, all'approvazione di appositi accordi tra l'azienda ospedaliero-universitaria e l'università interessata. 4. Gli ESTAV fanno parte della rete telematica toscana ai sensi dell'articolo 8, comma 2, della legge regionale 26 gennaio 2004, n. 1 (Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della Rete telematica regionale Toscana); essi concorrono, con gli strumenti e le modalità ivi previste, al raggiungimento degli obiettivi indicati nell'articolo 10 della L.R. n. 1/2004 e contribuiscono, attraverso il coordinamento delle politiche e delle attività di sviluppo del settore, alla promozione della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. 5. Gli ESTAV possono, previa stipula di apposite convenzioni, prestare i loro servizi anche a favore di altri soggetti pubblici del servizio sanitario nazionale
Art. 121	**Art. 121**

Bilancio preventivo economico annuale	**Bilancio preventivo economico annuale**
1. Il bilancio preventivo economico annuale disaggrega la proiezione economica del bilancio pluriennale in relazione alle funzioni ed ai servizi da svolgere, alla articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria o ai progetti indicati dal piano attuativo, in modo da evidenziare gli specifici apporti alla formazione delle singole poste previste dal bilancio pluriennale per il primo esercizio del periodo considerato.	**1. Il bilancio preventivo economico annuale disaggrega la proiezione economica del bilancio pluriennale in relazione alle funzioni ed ai servizi da svolgere, alla articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria o ai progetti indicati dal piano attuativo, in modo da evidenziare gli specifici apporti alla formazione delle singole poste previste dal bilancio pluriennale per il primo esercizio del periodo considerato.**
2. Il bilancio preventivo economico annuale mette in separata evidenza i servizi socio-assistenziali ed è predisposto in conformità allo schema approvato dalla Giunta regionale, anche in considerazione del contenuto del piano sanitario e sociale integrato regionale; il bilancio individua separatamente le risorse destinate all'esercizio delle funzioni socio-assistenziali da realizzare per conto delle società della salute.	**2. Il bilancio preventivo economico annuale mette in separata evidenza i servizi socio-assistenziali ed è predisposto in conformità allo schema previsto dalla normativa statale vigente in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico–finanziaria. La Giunta regionale può integrare lo schema di bilancio preventivo economico annuale impartendo ulteriori e più dettagliate indicazioni.**
	3. Il bilancio preventivo economico annuale è composto: **a) dal conto economico preventivo;** **b) da un piano di flussi di cassa mensilizzati;** **c) dal piano annuale degli investimenti dettagliato, in coerenza con il piano triennale degli investimenti di cui all'articolo 120.**
3. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato di una nota illustrativa che esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione e di una relazione del direttore generale che evidenzia i collegamenti con gli obiettivi del programma annuale; al bilancio annuale è allegato il prospetto delle previsioni sui flussi di cassa, strutturato in conformità alle disposizioni sul consolidamento dei conti pubblici; al bilancio è altresì allegato il piano annuale degli investimenti che definisce le destinazioni e le modalità di finanziamento degli stessi, qualora presenti modifiche rispetto a quello allegato al bilancio pluriennale.	**4. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato:** **a) dal conto economico dettagliato secondo lo schema CE previsto a livello nazionale;** **b) da una nota illustrativa che esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione;** **c) da una relazione del direttore generale che evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali e regionali;** **d) dalla relazione del collegio sindacale.**
	5. Le aziende sanitarie possono contrarre obbligazioni giuridiche, nel corso dell'esercizio, nel limite complessivo di tutti i costi relativi alle stesse iscritti nel bilancio preventivo economico annuale.

	6. Il superamento del limite di cui al comma 5 può avvenire nel corso dell'esercizio solo nel caso siano preventivamente accertati maggiori ricavi provenienti da risorse nazionali o regionali aggiuntive e comunque nei limiti degli stessi, ovvero a condizione che sussista copertura in maggiori ricavi che si prevede di iscrivere nel bilancio di esercizio dell'azienda e che sia fornita congrua motivazione in sede di monitoraggio sull'andamento economico della gestione, di cui all'articolo 121 bis. **7. Il direttore generale può utilizzare risorse correnti per la realizzazione di investimenti nel limite tassativo previsto nel piano annuale degli investimenti di cui al comma 3, lettera c).** **8. Il mancato rispetto dei vincoli di cui ai commi 5, 6, e 7 costituisce elemento negativo ai fini della valutazione del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 7-bis e può costituire grave motivo ai sensi dell'articolo 3, comma 7 d.lgs. 502/1992 valutabile ai fini della decadenza del direttore stesso."**
	Art.121 bis **Monitoraggio sull'andamento economico delle gestioni aziendali** **1. Per la salvaguardia dell'equilibrio economico complessivo del sistema sanitario regionale, la Regione effettua trimestralmente, attraverso i modelli CE regolarmente inviati dalle aziende tramite il sistema informativo regionale, il monitoraggio sull'andamento delle gestioni aziendali nel corso dell'esercizio e sul rispetto dei vincoli di cui all'articolo 121 commi 5, 6 e 7.**
Art. 123 Procedimento di adozione degli atti di bilancio 1. Il direttore generale della azienda unità sanitaria locale, entro il 30 novembre di ogni anno, adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, con allegata relazione del collegio sindacale, alla Giunta regionale ed alla conferenza aziendale dei sindaci; la conferenza aziendale	**Art. 123** **Procedimento di adozione degli atti di bilancio** **1. Il direttore generale della azienda unità sanitaria locale, entro il 15 novembre, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, con allegata relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre alla Giunta regionale ed alla conferenza aziendale dei**

dei sindaci, nei venti giorni successivi, rimette le proprie osservazioni alla Giunta regionale; la Giunta regionale approva i bilanci nel termine di quaranta giorni dalla ricezione.	**sindaci; la conferenza aziendale dei sindaci, nei venti giorni successivi, rimette le proprie osservazioni alla Giunta regionale; la Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.**
2. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, entro il 30 novembre di ogni anno, alla Giunta regionale che li approva nel termine di quaranta giorni.	**2. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, entro il 15 novembre di ogni anno, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre di ogni anno; la Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.**
3. Entro il 30 aprile di ogni anno i direttori generali delle aziende sanitarie adottano il bilancio di esercizio e lo trasmettono alla Giunta regionale che lo approva nel termine di quaranta giorni; nel caso delle aziende unità sanitarie locali, il bilancio è trasmesso anche alla conferenza aziendale dei sindaci che rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale. 3-bis. Entro i termini di cui ai commi 1 e 3 il bilancio pluriennale ed il bilancio preventivo economico annuale, ed il bilancio di esercizio, per le parti relative agli ambiti territoriali di competenza, sono trasmessi alle società della salute, ove costituite.	**3. Entro il 15 aprile di ogni anno i direttori generali delle aziende sanitarie adottano il bilancio di esercizio e lo trasmettono, con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 aprile alla Giunta regionale che lo approva entro il 31 maggio; nel caso delle aziende unità sanitarie locali, il bilancio è trasmesso anche alla conferenza aziendale dei sindaci che rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale.**
4. Ai fini del controllo regionale di cui ai commi 2 e 3 sugli atti di bilancio dell'azienda unità sanitaria locale, il termine di quaranta giorni decorre dal momento del ricevimento delle osservazioni della conferenza aziendale dei sindaci e comunque dal ventesimo giorno dal ricevimento dell'atto.	**4. I bilanci di cui ai commi 1, 2 e 3 sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione entro sessanta giorni dalla data della loro approvazione.**
5. La Giunta regionale in sede di approvazione degli atti di bilancio può richiedere l'adeguamento degli stessi alle prescrizioni contestualmente impartite; di tale adeguamento le aziende sanitarie devono dare atto in sede di bilancio di esercizio.	**5. La Giunta regionale, in sede di approvazione degli atti di bilancio, qualora riscontri carenze documentali oppure ritenga necessaria la correzione, integrazione o modifica dei dati contenuti, assegna al direttore generale dell'azienda un termine non superiore a 15 giorni per effettuare le integrazioni o modifiche richieste, nonché l'eventuale riadozione del bilancio**