

## REGIONE TOSCANA

### LEGGE REGIONALE 16 marzo 2015, n. 28

Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale.  
(GU n.25 del 27-6-2015)

#### Capo I Disposizioni generali

(Pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 13 del  
18 marzo 2015)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Promulga  
la seguente legge:

SOMMARIO

PREAMBOLO

#### Capo I Disposizioni generali

Art. 1 - Finalita' e oggetto  
Art. 2 - Principi del riordino

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

Art. 3 - Linee di indirizzo per l'organizzazione del servizio sanitario regionale  
Art. 4 - Programmazione operativa e direttore per la programmazione di area vasta  
Art. 5 - Dipartimenti delle aziende unita' sanitarie locali  
Art. 6 - Dipartimenti interaziendali di area vasta  
Art. 7 - Zona-distretto  
Art. 8 - Aziende unita' sanitarie locali

#### Capo III Governio istituzionale multilivello

Art. 9 - Conferenza regionale dei sindaci  
Art. 10 - Conferenze aziendali  
Art. 11 - Conferenze zonali integrate

#### Capo IV Norme transitorie e processo di riordino

Art. 12 - Commissariamento delle aree vaste  
Art. 13 - Commissariamento delle aziende unita' sanitarie locali  
Art. 14 - Funzioni del commissario dell'azienda unita' sanitaria locale  
Art. 15 - Funzioni dei vicecommissari

Art. 16 - Funzioni del direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria nel processo di riordino

Art. 17 - Ruolo e funzioni degli altri istituti, enti e aziende del servizio sanitario regionale nel processo di riordino

Art. 18 - Processo di riordino del servizio sanitario regionale

#### Capo V

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

Art. 19 - Iniziative in tema di sobrieta', eticita' e appropriatezza delle cure

#### Capo V

Norme finali

Art. 20 - Entrata in vigore

Allegato A

#### PREAMBOLO

#### IL CONSIGLIO REGIONALE

Visto l'art. 117, terzo comma, della Costituzione;

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

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

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

Visto il parere istituzionale favorevole della Prima Commissione consiliare espresso nella seduta del 30 gennaio 2015;

Visto il parere favorevole con raccomandazioni del Consiglio delle autonomie locali espresso nella seduta del 20 febbraio 2015;

Considerato quanto segue:

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

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

3. Al fine di garantire un'adeguata programmazione di area vasta e la sua integrazione tra l'azienda ospedaliero-universitaria e l'azienda unita' sanitaria locale, evitando duplicazioni, sprechi di risorse, volumi di attivita' inadeguati, insufficiente utilizzo delle tecnologie e' istituito, a regime, il direttore per la programmazione di area vasta, con il compito di elaborare, in attuazione della

programmazione regionale, d'intesa con l'azienda ospedaliero-universitaria e l'azienda unita' sanitaria locale, la proposta di programmazione di area vasta, previo parere della conferenza dei sindaci di area vasta e del rettore dell'universita' per quanto di competenza;

4. Si individua il dipartimento interaziendale di area vasta quale strumento di programmazione coordinata, per promuovere la qualita' e l'appropriatezza delle cure, l'omogeneita' sui territori e l'efficienza delle attivita';

5. Si prevede, nella revisione dei modelli organizzativi integrati tra le varie forme di assistenza, il consolidamento del modello zonale-distrettuale dei servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso l'attribuzione di competenze organizzative e gestionali alla zona-distretto o societa' della salute, in linea con quanto gia' disposto dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) e della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);

6. Si interviene sul modello di governo istituzionale multilivello e, in particolare, sono stabilite linee di indirizzo finalizzate a ridefinire la composizione e le funzioni della conferenza dei sindaci e delle conferenze zonali;

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

8. Al fine di avviare il processo di fusione e di elaborare il progetto di riorganizzazione dei servizi sanitari a livello di area vasta, si dispone la decadenza dei direttori generali, dei direttori amministrativi, dei direttori sanitari e dei direttori dei servizi sociali delle aziende unita' sanitarie locali dal 1° luglio 2015 e, contestualmente, si prevede la loro sostituzione con un commissario per tutte le aziende unita' sanitarie locali afferenti alla stessa area vasta. Si dispone, inoltre, a decorrere dal 1° maggio 2015, la decadenza dei comitati di area vasta di cui all'art. 9 della l.r. 40/2005 e la nomina di commissari di area vasta;

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

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

11. Le nuove aziende unita' sanitarie locali e i direttori per la programmazione di area vasta sono istituiti a decorrere dal 1° gennaio 2016;

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

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

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

15. Le aziende, enti e istituti di livello regionale sono

destinatari di specifiche disposizioni che disciplinano la loro partecipazione al processo di riordino;

16. L'attuazione della presente legge determina una minore spesa a carico del bilancio regionale derivante, in questa prima fase, dal venire meno degli organi di vertice delle attuali dodici aziende unita' sanitarie locali e dalla loro sostituzione con organi straordinari, incaricati di gestire il processo di fusione e riorganizzazione che porterà a tre aziende unita' sanitarie locali di area vasta;

17. Sono altresì introdotte ulteriori misure di intervento per la razionalizzazione e l'efficienza del servizio sanitario regionale;

18. Di accogliere il parere del Consiglio delle autonomie locali, con conseguenti modifiche del testo;

Approva

la presente legge:

Art. 1

Finalita' e oggetto

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

Art. 2

Principi del riordino

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

a) salute, come diritto per il singolo cittadino e dovere della collettività;

b) cittadini e associazioni dei malati, professionisti e programmazione, come elementi fondanti del sistema sanitario regionale;

c) uguaglianza, umanizzazione e personalizzazione delle cure anche con riferimento alla medicina complementare e integrata;

d) valorizzazione delle risorse umane, con attenzione al benessere organizzativo, della professionalità e delle competenze in ogni ruolo e profilo professionale e valorizzazione della medicina generale e dei pediatri di libera scelta;

e) valorizzazione del sistema del volontariato;

f) appropriatezza ed eticità delle cure;

g) equità di accesso ai servizi e uniformità nei livelli di assistenza;

h) integrazione socio-sanitaria;

i) vicinanza ai territori e attenzione alle zone disagiate;

l) eticità e sobrietà nell'uso delle risorse;

m) salvaguardia e valorizzazione delle eccellenze presenti sul territorio;

n) promozione della ricerca e dell'innovazione in tutti gli ambiti organizzativi e professionali;

o) valorizzazione dell'organizzazione dell'assistenza per processi e della multidisciplinarietà nelle cure;

p) valorizzazione ed integrazione degli operatori privati accreditati nelle strategie del sistema sanitario regionale.

## Capo II

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

#### Art. 3

Linee di indirizzo per l'organizzazione del servizio sanitario regionale

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

- a) area vasta, quale sede di attuazione della programmazione strategica regionale;
- b) dipartimento interaziendale di area vasta quale strumento di programmazione coordinata;
- c) valorizzazione, attraverso modelli convenzionali tra azienda unita' sanitaria locale e azienda ospedaliero-universitaria, della formazione, didattica e ricerca negli ambiti delle attivita' di prevenzione, territoriali e ospedaliere;
- d) rafforzamento del governo con le comunita' e gli enti locali;
- e) consolidamento del modello zonale-distrettuale dei servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso il rafforzamento del ruolo organizzativo e gestionale della zona-distretto o societa' della salute;
- f) istituzione presso ciascuna azienda unita' sanitaria locale del dipartimento della medicina generale e partecipazione della medicina generale nei dipartimenti interaziendali;
- g) sviluppo delle reti e dei percorsi clinico-assistenziali attraverso l'integrazione delle attivita' tra le aziende unita' sanitarie locali e le aziende ospedaliero-universitarie;
- h) definizione e rispetto di specifici standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale e ospedaliera dell'azienda unita' sanitaria locale e dell'azienda ospedaliero-universitaria, con particolare attenzione alle zone disagiate, entro il 31 dicembre 2016;
- i) rafforzamento dell'appropriatezza ed eticita' nei percorsi di cura e nell'impiego dei medicinali e dei dispositivi medici;
- l) valorizzazione e partecipazione del ruolo direzionale, della professione infermieristica e tecnico-sanitaria, della medicina generale e dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali;
- m) partecipazione di tutti gli operatori del servizio sanitario regionale al processo di riordino, valorizzazione delle risorse umane e sviluppo delle competenze;
- n) coordinamento e riorganizzazione delle attivita' di governo clinico regionale, di studio e ricerca in materia di epidemiologia, qualita' e sicurezza dei servizi sanitari, formazione sanitaria e consulenza in materia di organizzazione e programmazione sanitaria, anche mediante l'eventuale costituzione di un unico organismo regionale;
- o) riallineamento delle retribuzioni delle figure direzionali del sistema sanitario e socio-sanitario regionale il cui trattamento economico e' collegato a quello degli organi di direzione delle aziende sanitarie.

#### Art. 4

Programmazione operativa e direttore per la programmazione di area vasta

1. La Regione tramite l'area vasta garantisce, e sovrintende, in coerenza con le disposizioni di cui all'articolo 9 della legge

regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) all'attuazione della programmazione strategica regionale attraverso i piani operativi di area vasta e i piani delle singole aziende sanitarie che ne fanno parte, assicurando omogeneita' della metodologia organizzativa anche mediante una eventuale revisione degli ambiti di riferimento territoriale. La Regione assicura, inoltre, l'omogeneita' dei modelli organizzativi dipartimentali delle aziende unita' sanitarie locali;

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

3. Il nuovo modello della programmazione di area vasta e' formulato nell'ambito della proposta di legge di cui all'art. 18, in coerenza con quanto disposto dal Capo II del Titolo III della l.r. 40/2005 e secondo le seguenti linee di indirizzo:

a) presso ciascuna area vasta e' nominato un direttore per la programmazione, che svolge le seguenti funzioni:

1) elaborazione, in attuazione della programmazione regionale, di intesa con l'azienda ospedaliero-universitaria e l'azienda unita' sanitaria locale, della proposta di programmazione di area vasta, previo parere della conferenza dei sindaci di area vasta e del rettore dell'universita' per quanto di competenza;

2) verifica dell'attuazione della programmazione di area vasta nei piani operativi dell'azienda ospedaliero-universitaria e dell'azienda unita' sanitaria locale;

3) attivita' di monitoraggio delle iniziative assunte dalle aziende in attuazione della programmazione di area vasta, nel rispetto, in ogni caso, dell'autonomia gestionale aziendale;

4) predisposizione per la Regione, in rapporto alla programmazione di area vasta e alla valutazione dei relativi piani operativi annuali dell'azienda ospedaliero-universitaria e dell'azienda unita' sanitaria locale, di una proposta di attribuzione delle risorse necessarie;

b) presso ciascuna area vasta e' costituito un comitato operativo, composto dai direttori generali delle aziende sanitarie afferenti l'area vasta e dal direttore generale dell'Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale che coadiuva il direttore per la programmazione per quanto attiene la elaborazione della proposta di programmazione di area vasta.

4. Il direttore per la programmazione di area vasta e' nominato dal Presidente della Giunta regionale tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 3-bis, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

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

6. Il direttore per la programmazione di area vasta si avvale di un nucleo tecnico appositamente costituito, senza oneri aggiuntivi, con personale messo a disposizione dalle aziende sanitarie e dal servizio sanitario regionale per le funzioni di supporto alla programmazione, all'attivita' di verifica e monitoraggio e all'attivita' tecnico amministrativa.

7. I provvedimenti connessi o conseguenti le attivita' del direttore per la programmazione di area vasta sono adottati dalla Regione, su proposta del direttore medesimo.

#### Art. 5

Dipartimenti delle aziende unita' sanitarie locali

1. Il dipartimento aziendale e' confermato quale strumento organizzativo delle aziende unita' sanitarie locali, secondo le normative vigenti.

2. Al fine di assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuita' dei percorsi assistenziali, nonche' garantire l'omogeneita' delle procedure operative e l'integrazione fra le prestazioni erogate in regimi diversi, le aziende unita' sanitarie locali, in coerenza con quanto disposto dall'art. 70 della l.r. 40/2005, costituiscono dipartimenti a carattere gestionale, cosi' come definiti dalla proposta di legge di cui all'art. 18, in seguito al periodo di sperimentazione.

3. In ogni azienda unita' sanitaria locale e' costituito il dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetrica e il dipartimento delle professioni tecnico-sanitarie, riabilitative e della prevenzione ed il dipartimento dei servizi sociali, secondo i parametri e i criteri definiti dalla proposta di legge di cui all'art. 18.

4. Le aziende unita' sanitarie locali costituiscono, inoltre, il dipartimento della medicina generale, di cui all'art. 7, comma 6, composto dai coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali di cui all'art. 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute) convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

5. Nel rispetto di quanto stabilito dalla presente legge i dipartimenti aziendali sono individuati dalla proposta di legge di cui all'art. 18, tenendo conto, in particolare, degli ambiti del territorio, della prevenzione, della salute mentale e delle dipendenze, della riabilitazione, dei servizi sociali e della medicina generale.

#### Art. 6

##### Dipartimenti interaziendali di area vasta

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

2. Il dipartimento interaziendale di area vasta e' disciplinato in dettaglio nell'ambito della proposta di legge di cui all'art. 18, secondo le seguenti linee di indirizzo:

a) il dipartimento interaziendale di area vasta e' composto dai dipartimenti aziendali, o loro unita' costitutive, della azienda unita' sanitaria locale e della azienda ospedaliero-universitaria e da eventuali aree o unita' funzionali;

b) analizza e valuta gli schemi organizzativi in essere, i livelli di attivita' e i risultati;

c) formula e propone una programmazione finalizzata a garantire la omogeneita' territoriale dei servizi, la qualita' e appropriatezza delle cure, l'efficienza organizzativa e il migliore utilizzo delle risorse tecniche unitamente alla valorizzazione e allo sviluppo delle risorse umane e delle competenze, relativamente alla qualita', sicurezza, efficacia ed efficienza della rete della prevenzione, dell'assistenza territoriale e ospedaliera di area vasta;

d) propone azioni atte a garantire e sviluppare, sulla base di modelli convenzionali, le attivita' di formazione, didattica e ricerca;

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

f) l'assemblea del dipartimento e' composta dai responsabili di ciascuna unita' operativa, o unita' assimilata, da uno o piu' direttori per ciascuna professione sanitaria del dipartimento, da uno o piu' rappresentanti della medicina generale, da un responsabile per la didattica;

g) il direttore per la programmazione di area vasta nomina il coordinatore del dipartimento fra una terna di professionisti, titolari di struttura complessa, designati dall'assemblea. Nell'ambito della terna e' garantita almeno la presenza di un professionista dell'azienda ospedaliero-universitaria e di un professionista dell'azienda unita' sanitaria locale;

h) il coordinatore del dipartimento presiede l'assemblea, coordina le attivita' del dipartimento interaziendale di area vasta, rimane in carica per un anno e l'incarico e' rinnovabile fino ad un massimo di tre anni;

i) il direttore per la programmazione di area vasta costituisce il comitato dei dipartimenti interaziendali composto dai direttori generali dell'azienda unita' sanitaria locale e dell'azienda ospedaliero-universitaria e dai coordinatori dei dipartimenti interaziendali. Ai lavori del comitato partecipano:

1) un rappresentante dei responsabili di zona-distretto e dei direttori delle societa' della salute dell'azienda unita' sanitaria locale;

2) un rappresentante, per quanto di competenza, per ogni dipartimento universitario medico, costituito ai sensi della legge 30 dicembre 2010, n. 240 (Norme in materia di organizzazione delle universita', di personale accademico e reclutamento, nonche' delega al Governo per incentivare la qualita' e l'efficienza del sistema universitario), dell'universita' che insiste nell'area vasta;

3) il direttore del dipartimento aziendale della medicina generale;

4) un direttore delle professioni infermieristiche e delle professioni tecnico-sanitarie;

1) il comitato dei dipartimenti interaziendali contribuisce alla formulazione delle linee di indirizzo per la programmazione annuale di area vasta con particolare riferimento alla integrazione delle attivita' socio-sanitarie, ospedaliere, formative, di didattica e di ricerca.

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

a) dipartimento interaziendale di area vasta di emergenza urgenza;

b) dipartimento interaziendale di area vasta di chirurgia generale e d'urgenza;

c) dipartimento interaziendale di area vasta delle specialita' chirurgiche;

d) dipartimento interaziendale di area vasta di medicina diagnostica per immagini;

e) dipartimento interaziendale di area vasta di medicina diagnostica di laboratorio;

f) dipartimento interaziendale di area vasta per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari;

g) dipartimento interaziendale di area vasta delle specialita' mediche;

h) dipartimento interaziendale di area vasta per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie neurologiche;

i) dipartimento interaziendale di area vasta medico per intensita' di cura ospedaliera;

l) dipartimento interaziendale di area vasta per la prevenzione,



diagnosi e cura delle malattie oncologiche;

m) dipartimento interaziendale di area vasta materno infantile e della salute in eta' evolutiva.

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

5. Sulla base dei risultati della sperimentazione di cui al comma 3, la proposta di legge di cui all'art. 18, procede alla definizione puntuale della tipologia, composizione e del numero dei dipartimenti interaziendali di area vasta e dell'azienda unita' sanitaria locale di area vasta, ferma restando l'autonomia organizzativa dell'azienda ospedaliero-universitaria in riferimento ai dipartimenti ad attivita' integrata. La medesima proposta di legge aggiorna l'elenco delle funzioni operative territoriali e ospedaliere e le relative strutture organizzative professionali, di cui all'allegato A, sulla base della normativa nazionale vigente, della evoluzione scientifica e dell'epidemiologia dei bisogni.

#### Art. 7 Zona-distretto

1. La zona-distretto e' confermata quale ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunita', nonche' di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

2. Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria e' realizzata attraverso le societa' della salute ai sensi degli articoli 71-bis e seguenti della l.r. 40/2005, ovvero mediante la stipulazione della convenzione socio-sanitaria di cui all'art. 70-bis della l.r. 40/2005.

3. La zona-distretto o la societa' della salute costituiscono il livello unitario di organizzazione delle funzioni direzionali, interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

4. Ai fini di cui al comma 3, la zona-distretto e la societa' della salute, nel rispetto del criterio di attenzione alle zone disagiate, anche in ragione del rapporto fra dimensioni elevate del territorio e scarsa densita' abitativa, esercitano le seguenti funzioni di programmazione e gestione inerenti rispettivamente alle proprie competenze di cui agli articoli 64 e 71-bis della l.r. 40/2005:

a) definizione dei bisogni di salute della popolazione afferente, conseguente allocazione delle risorse e monitoraggio dei risultati operativi;

b) organizzazione della presa in carico e dei percorsi assistenziali delle cronicita', delle fragilita' e delle complessita';

c) organizzazione della continuita' assistenziale tra ospedale e territorio e dell'integrazione socio-sanitaria;

d) gestione del sistema dei presidi sanitari e socio-sanitari territoriali;

e) gestione delle attivita', dei servizi e degli interventi di sanita' territoriale, socio-sanitarie e sociali integrate;

f) concorso alla programmazione e alla definizione degli obiettivi di budget sia a livello territoriale che ospedaliero nell'ambito della direzione aziendale in area vasta;

g) concorso alla definizione delle relazioni fra i dipartimenti aziendali e le relative articolazioni zonali.

5. Presso ciascuna zona-distretto o societa' della salute rispettivamente il responsabile di zona o il direttore provvedono ad attuare le funzioni definite dal comma 4 e a questo scopo:

a) garantiscono rapporti permanenti di informazione e

collaborazione tra l'azienda unita' sanitaria locale e gli enti locali e svolgono le attivita' di programmazione sanitaria e di integrazione socio-sanitaria in diretta relazione con la conferenza zonale dei sindaci di cui all'art. 34 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);

b) attuano le attivita' sanitarie e socio-sanitarie contenute nel piano integrato di salute e negli altri strumenti di programmazione;

c) coordinano le attivita' amministrative e tecniche di zona;

d) gestiscono il budget di zona, definiscono e negoziano i rispettivi budget con i dipartimenti territoriali e con le unita' funzionali di zona;

e) stabiliscono e promuovono le necessarie forme di collaborazione e relazione nei confronti degli ospedali e dei soggetti accreditati;

f) svolgono attivita' di monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi territoriali;

g) garantiscono e promuovono la partecipazione dei cittadini.

6. Le aziende unita' sanitarie locali di cui all'art. 8 sono organizzate per dipartimenti. I dipartimenti sono istituiti con riferimento almeno ai seguenti ambiti di attivita':

a) territorio;

b) prevenzione;

c) salute mentale e dipendenze;

d) riabilitazione;

e) servizi sociali;

f) medicina generale.

7. I dipartimenti aziendali svolgono le seguenti attivita':

a) forniscono ai responsabili di zona e ai direttori delle societa' della salute gli elementi conoscitivi necessari per la programmazione e il controllo delle attivita' e la valutazione dei risultati;

b) promuovono la formazione multidisciplinare dei professionisti;

c) elaborano attivita' di ricerca e sviluppo anche in collaborazione con universita' e altre istituzioni interessate.

8. Con la proposta di legge di cui all'art. 18, sono disciplinati i dipartimenti relativi al territorio secondo le seguenti linee di indirizzo:

a) il dipartimento svolge funzioni attinenti alle cure primarie e all'integrazione socio-sanitaria e si articola a livello della zona-distretto nelle direzioni sanitarie del territorio;

b) la zona-distretto, attraverso il dipartimento relativo al territorio, assicura l'organizzazione strutturata, ordinata e completa delle attivita' residenziali, semiresidenziali e domiciliari, in grado di sostenere la continuita' assistenziale tra ospedale e territorio e di erogare le prestazioni necessarie per rispondere ai bisogni delle cronicita', delle fragilita' e delle complessita';

c) la zona-distretto, attraverso il dipartimento relativo al territorio, assicura la ricomposizione degli assetti assistenziali delle cure primarie e a questo scopo organizza:

1) le forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;

2) la formazione dei team multidisciplinari per le cure primarie;

3) il sistema dei presidi territoriali e delle case della salute;

4) le attivita' della sanita' d'iniziativa.

#### Art. 8

#### Aziende unita' sanitarie locali

1. A far data dal 1° gennaio 2016 sono istituite le seguenti aziende unita' sanitaria locali:

a) Azienda unita' sanitaria locale Toscana centro, istituita mediante la fusione delle Aziende unita' sanitarie locali 10 di Firenze, 4 di Prato, 3 di Pistoia e 11 di Empoli;

b) Azienda unita' sanitaria locale Toscana nord-ovest, istituita mediante la fusione delle Aziende unita' sanitarie locali 2 di Lucca, 1 di Massa e Carrara, 12 di Viareggio, 5 di Pisa e 6 di Livorno;

c) Azienda unita' sanitaria locale Toscana sud-est, istituita mediante la fusione delle Aziende unita' sanitarie locali 7 di Siena, 8 di Arezzo e 9 di Grosseto.

2. Le aziende di cui al comma 1 sono enti del servizio sanitario regionale, dotate di personalita' giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

### Capo III Governo istituzionale multilivello

#### Art. 9 Conferenza regionale dei sindaci

1. La conferenza regionale delle conferenze zonali dei sindaci, di seguito denominata conferenza regionale dei sindaci, e' l'organo attraverso il quale tali soggetti partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale.

2. La composizione e le funzioni della conferenza regionale dei sindaci sono disciplinate dall'art. 11 della l.r. 40/2005.

3. Nel periodo di commissariamento, la conferenza regionale dei sindaci partecipa al processo di riordino del servizio sanitario regionale di cui all'art. 18, con la presenza di tre sindaci per ciascuna area vasta e di un rappresentante dell'Anci Toscana, designati dalla conferenza medesima.

#### Art. 10 Conferenze aziendali

1. Con la proposta di legge di cui all'art. 18, si procede a ridefinire la composizione e le funzioni della conferenza aziendale dei sindaci di cui all'art. 12 della l.r. 40/2005 secondo le seguenti linee di indirizzo:

a) la conferenza aziendale e' composta dai presidenti delle conferenze zonali, ovvero delle societa' della salute, afferenti alla stessa azienda unita' sanitaria locale, dal direttore generale della azienda unita' sanitaria locale e dal direttore per la programmazione di area vasta, o loro delegati. La conferenza e' presieduta da un presidente scelto fra i presidenti delle conferenze zonali. Alle sedute della conferenza aziendale possono partecipare altri due amministratori per ciascun ambito zonale senza diritto di voto;

b) i componenti della conferenza aziendale intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione cosi' determinate:

1) il 66 per cento del totale e' assegnato ai rappresentanti delle conferenze zonali, ovvero delle societa' della salute, che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente;

2) il 34 per cento del totale e' assegnato all'azienda sanitaria locale di riferimento;

c) la conferenza aziendale assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione, ad eccezione dei pareri di cui alla lettera d), numeri 3) e 5), che sono

deliberati a maggioranza dai soli componenti degli enti locali;

d) la conferenza aziendale esercita le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all'art. 3, comma 14, del d.lgs 502/1992, assume la funzione di raccordo tra la dimensione aziendale e la dimensione locale delle zone-distretto e in particolare:

1) emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale;

2) approva il piano attuativo locale;

3) esprime le proprie valutazioni in merito alla nomina del direttore generale ai sensi dell'art. 37, comma 2, lettera a) della l.r. 40/2005;

4) esamina ed esprime parere sugli atti di bilancio dell'azienda unita' sanitaria locale;

5) propone al Presidente della Giunta regionale, in seduta riservata alle sole componenti comunali, la revoca del direttore generale ai sensi dell'art. 39, comma 8, della l.r. 40/2005;

6) approva il piano integrato di salute;

e) il funzionamento della conferenza aziendale e' disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento puo' prevedere la possibilita' di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente e la costituzione di un esecutivo della conferenza.

#### Art. 11

#### Conferenze zonali integrate

1. Con la proposta di legge di cui all'art. 18 si procede a ridefinire la composizione e le funzioni della conferenza zonale dei sindaci di cui all'art. 34 della l.r. 41/2005, secondo le seguenti linee di indirizzo:

a) la conferenza zonale integrata e' composta da tutti i sindaci dei comuni afferenti allo stesso ambito zonale, ovvero dai presidenti delle unioni comunali, e dal direttore generale dell'azienda unita' sanitaria locale o loro delegati;

b) i componenti della conferenza zonale integrata intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione cosi' determinate:

1) il 66 per cento del totale e' assegnato ai rappresentanti delle amministrazioni locali, che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente;

2) il 34 per cento del totale e' assegnato all'azienda sanitaria locale di riferimento;

c) la conferenza zonale integrata assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione, ad eccezione dell'intesa di cui alla lettera d), numero 1);

d) la conferenza zonale integrata esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale in accordo con la programmazione aziendale di area vasta, ed in particolare:

1) esprime l'intesa necessaria per la nomina del direttore di zona;

2) elabora gli atti di programmazione per la salute di livello locale e, a questo scopo, coordina gli strumenti della programmazione operativa di livello zonale;

3) attiva gli strumenti per il governo amministrativo, professionale e gestionale dell'integrazione socio-sanitaria secondo le disposizioni di legge;

e) il funzionamento della conferenza zonale integrata e' disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento puo' prevedere la possibilita' di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente e la costituzione di un esecutivo della conferenza.

## Capo IV Norme transitorie e processo di riordino

### Art. 12 Commissariamento delle aree vaste

1. Il 1° maggio 2015 decadono i comitati di area vasta di cui all'art. 9, della l.r. 40/2005, e le relative funzioni sono assunte, in ciascuna area vasta, da un commissario di seguito denominato "commissario di area vasta".

2. Il commissario di area vasta, nel rispetto di quanto disposto dagli articoli 3, 4 e 5, ed in attuazione della programmazione regionale, elabora un piano annuale di area vasta, istituisce in via sperimentale i dipartimenti interaziendali di cui all'art. 6, comma 3, ne nomina i coordinatori sentiti il commissario dell'azienda unita' sanitaria locale, di cui all'art. 13, e il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, e definisce il riassetto delle funzioni e delle attivita' di area vasta.

3. Il commissario di area vasta e' nominato dal Presidente della Giunta regionale, tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 3 bis, comma 3, del d.lgs. n. 502/1992, ed entra in carica il 1° maggio 2015.

4. Al commissario di area vasta si applicano i commi 4, 5, 6, 7 e 12 dell'art. 13; i relativi oneri sono posti a carico del fondo sanitario regionale.

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

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

### Art. 13 Commissariamento delle aziende unita' sanitarie locali

1. Il 1° luglio 2015 decadono i direttori generali, i direttori amministrativi, i direttori sanitari, i direttori dei servizi sociali delle aziende unita' sanitarie locali incluse in ciascun ambito territoriale di cui all'art. 8, comma 1. Restano in carica gli altri organi aziendali e i titolari degli ulteriori incarichi di carattere gestionale la cui durata e' connessa all'incarico del direttore generale.

2. Le aziende unita' sanitarie locali incluse in ciascun ambito territoriale di cui all'art. 8, comma 1 sono rette da un unico commissario, di seguito denominato "commissario dell'azienda unita' sanitaria locale".

3. I commissari delle aziende unita' sanitarie locali sono nominati dal Presidente della Giunta regionale tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 3 bis, comma 3, del d.lgs. n. 502/1992, sentite le conferenze dei sindaci di area vasta ed entrano in carica il 1° luglio 2015.

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

5. L'incarico di commissario dell'azienda unita' sanitaria locale comporta l'esercizio delle pubbliche funzioni previste dalla presente legge. Al commissario spetta un'indennita' forfetaria, unica per il complesso delle funzioni commissariali che e' tenuto a esercitare

verso le aziende sanitarie cui e' preposto, stabilita nell'atto di nomina. L'indennita' non puo' superare il trattamento economico lordo previsto per un direttore generale di azienda sanitaria, commisurato al periodo di svolgimento dell'incarico, ed e' erogata per mensilita'. Al commissario spetta altresì il rimborso delle spese sostenute, nella misura prevista per il direttore generale di azienda sanitaria.

6. La nomina a commissario dell'azienda unita' sanitaria locale dei dipendenti della Regione, di un ente o di un'azienda regionale, ovvero di un'azienda sanitaria con sede nel territorio regionale, determina il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. Il periodo di aspettativa e' utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza, nonche' dell'anzianita' di servizio, ed i relativi oneri contributivi, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito, sono ripartiti tra le aziende secondo quanto previsto al comma 4. L'aspettativa e' concessa entro sessanta giorni dalla richiesta.

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

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

9. Il trattamento economico del vicecommissario e' posto a carico del bilancio aziendale, e' determinato nell'atto di nomina e non puo' superare la misura dell'80 per cento di quello previsto per i direttori generali delle aziende sanitarie.

10. La nomina a vicecommissario dei dipendenti della Regione, di un ente o di un'azienda regionale, ovvero di un'azienda sanitaria con sede nel territorio regionale, determina il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. Il periodo di aspettativa e' utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza, nonche' dell'anzianita' di servizio, ed i relativi oneri contributivi, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito, sono posti a carico del bilancio aziendale. L'aspettativa e' concessa entro sessanta giorni dalla richiesta.

11. Il vicecommissario, per l'espletamento delle sue funzioni, nomina uno staff composto da professionisti del servizio sanitario regionale e, qualora se ne dimostri la necessita' e qualora non si individuino analoghi professionalita' all'interno dell'area vasta di riferimento, da non piu' di un soggetto esterno di comprovata esperienza nell'area interessata, iscritto negli elenchi degli aspiranti al ruolo di direttore sanitario o direttore amministrativo.

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

Art. 14  
Funzioni del commissario  
dell'azienda unita' sanitaria locale

1. Il commissario esercita per ciascuna azienda unita' sanitaria locale cui e' preposto, le funzioni attribuite al direttore generale

ai sensi della l.r. 40/2005 e della normativa nazionale vigente in materia.

2. In attuazione dei principi e delle linee di indirizzo di cui agli articoli 2, 3, 4 e 5, ed in coerenza con gli atti del commissario di area vasta, il commissario dell'azienda unita' sanitaria locale cura il processo di fusione aziendale e il progetto di riorganizzazione dei servizi sanitari, propedeutico alla nascita della nuova azienda, promuovendo interventi di semplificazione dei processi, razionalizzazione delle risorse e riassetto dell'organizzazione del personale.

3. A fini di cui al comma 2, il commissario dell'azienda unita' sanitaria locale, nel rispetto delle direttive regionali, impartisce direttive ai vicecommissari per l'espletamento delle analisi organizzative in ciascuna azienda sanitaria, finalizzate all'unitarietà del sistema aziendale. In tale ambito può fare ricorso alle procedure di cui all'art. 2, commi 11 e seguenti, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nei casi di dichiarazione di eccedenza di personale.

4. Per le attività connesse con gli interventi di revisione della spesa già avviati ed in fase di avvio, il commissario dell'azienda unita' sanitaria locale opera in attuazione degli specifici indirizzi regionali, dirigendo e coordinando le attività poste in essere dai vicecommissari per il raggiungimento degli obiettivi prefissati attraverso i bilanci di previsione e gli altri atti di indirizzo regionali adottati a tale fine.

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

#### Art. 15

##### Funzioni dei vicecommissari

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

2. I vicecommissari, sulla base delle direttive del commissario, realizzano un'analisi organizzativa per il conseguimento degli obiettivi di cui all'art. 14, commi 2 e 3.

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

#### Art. 16

##### Funzioni del direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria nel processo di riordino

1. In attuazione dei principi e delle linee di indirizzo, di cui agli articoli 2, 3, 4 e 5 ed in coerenza con la programmazione regionale e con gli atti del commissario di area vasta, il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, ferme restando le prerogative dell'azienda medesima, cura l'elaborazione del processo

di riorganizzazione aziendale al fine di renderlo coerente con l'organizzazione e la programmazione di area vasta, in particolare in merito all'istituzione dei dipartimenti interaziendali di area vasta e ai modelli convenzionali che favoriscono l'integrazione tra assistenza, ricerca e didattica.

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

3. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria realizza un'analisi organizzativa per il conseguimento degli obiettivi di semplificazione dei processi, razionalizzazione delle risorse e riassetto dell'organizzazione del personale. In tale ambito puo' fare ricorso alle procedure di cui all'art. 2, commi 11 e seguenti, del d.l. 95/2012 convertito dalla l. 135/2012, nei casi di dichiarazione di eccedenza di personale.

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

#### Art. 17

Ruolo e funzioni degli altri istituti, enti e aziende del servizio sanitario regionale nel processo di riordino

1. L'azienda ospedaliero-universitaria Meyer partecipa, per quanto di competenza, alle attivita' dei commissari di area vasta, con la finalita' di elaborare una proposta di riorganizzazione nel settore pediatrico ospedaliero a livello regionale.

2. La Fondazione Toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanita' pubblica partecipa, per quanto di competenza, alle attivita' del commissario dell'area vasta nord-ovest e ai dipartimenti interaziendali della medesima area vasta; per le funzioni di valenza regionale partecipa alle attivita' dei commissari delle tre aree vaste.

3. Gli istituti, enti ed aziende del servizio sanitario regionale realizzano un'analisi organizzativa per il conseguimento degli obiettivi di semplificazione dei processi, razionalizzazione delle risorse e riassetto dell'organizzazione del personale. In tale ambito possono fare ricorso alle procedure di cui all'art. 2, commi 11 e seguenti, del d.l. 95/2012, convertito dalla l. 135/2012, nei casi di dichiarazione di eccedenza di personale.

#### Art. 18

Processo di riordino del servizio sanitario regionale

1. La Giunta regionale adotta con deliberazione, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, previa informativa al Consiglio regionale, criteri, direttive e determinazioni per l'attuazione della legge stessa, prevedendo, altresì, tempistica e modalita' di partecipazione e concertazione del processo di riordino.

2. La Giunta regionale, entro il 30 settembre 2015, presenta al Consiglio regionale una proposta di legge che disciplina compiutamente il nuovo assetto istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario regionale, con riferimento a tutti gli istituti, enti e aziende del servizio sanitario regionale, nonché agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e alla direzione regionale competente in materia di diritto alla salute.

3. Al fine di garantire la continuita' delle attivita' di governo



clinico e nelle more della riorganizzazione complessiva dei relativi organismi, i componenti degli organi del Consiglio sanitario regionale restano in carica sino al novantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore della legge di cui al comma 2.

## Capo V

### Ulteriori misure di intervento per la razionalizzazione e l'efficienza del servizio sanitario regionale

Art. 19  
Iniziative in tema di sobrieta', eticita'  
ed appropriatezza delle cure

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

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

3. La Giunta regionale individua, con deliberazione da adottarsi entro il termine di cui al comma 1, fra i dispositivi medici di fabbricazione continua o di serie finiti, di cui all'elenco n. 1 dell'allegato 1 al regolamento emanato con decreto del Ministro della sanita' 27 agosto 1999, n. 332 (Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalita' di erogazione e tariffe), quelli che devono essere acquisiti con procedure pubbliche di acquisto e distribuiti direttamente agli assistiti dalle aziende sanitarie, fatti salvi specifici accordi di livello regionale con la filiera distributiva.

## Capo VI

### Norme finali

Art. 20  
Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana.

La presente legge e' pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Toscana.

Firenze, 16 marzo 2015

ROSSI

La presente legge e' stata approvata dal Consiglio regionale nella seduta dell'11 marzo 2015

(Omissis)