



Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

14_43_1_LRE_17

Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17

Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria.

Il Consiglio regionale ha approvato
Il Presidente della Regione promulga la seguente legge:

INDICE

TITOLO I - OGGETTO, FINALITÀ E OBIETTIVI

CAPO I - OGGETTO, FINALITÀ E OBIETTIVI

Art. 1 oggetto

Art. 2 finalità e obiettivi

TITOLO II - ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I - ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 3 enti del Servizio sanitario regionale

Art. 4 integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università

Art. 5 Aziende per l'assistenza sanitaria

Art. 6 ambiti territoriali delle Aziende per l'assistenza sanitaria

Art. 7 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

CAPO II - DISPOSIZIONE ATTUATIVE

Art. 8 incarichi e assetti organizzativi

Art. 9 definizione degli atti aziendali

Art. 10 trasferimento dei beni mobili e immobili

Art. 11 incarichi di direzione degli enti del Servizio sanitario regionale

TITOLO III - ASSETTO ORGANIZZATIVO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I - ASSETTO ORGANIZZATIVO

Art. 12 direzione strategica

Art. 13 Conferenza dei sindaci

TITOLO IV - LIVELLI ORGANIZZATIVI DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I - PRINCIPI ORGANIZZATIVI

Art. 14 principi organizzativi

Art. 15 ruolo dell'Università

Art. 16 cooperazione sanitaria transfrontaliera

CAPO II - ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Art. 17 dipartimento di prevenzione

CAPO III - ASSISTENZA DISTRETTUALE

SEZIONE I - PRINCIPI DELL'ASSISTENZA PRIMARIA E STANDARD ORGANIZZATIVI

Art. 18 principi dell'assistenza primaria e standard organizzativi

SEZIONE II - ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Art. 19 distretto

Art. 20 organizzazione dell'assistenza medica primaria

Art. 21 assistenza domiciliare

Art. 22 dipartimento di salute mentale

Art. 23 strutture intermedie
Art. 24 strutture e interventi a rilevanza sociosanitaria
CAPO IV - ASSISTENZA OSPEDALIERA
SEZIONE I - PRINCIPI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA
Art. 25 principi dell'assistenza ospedaliera
SEZIONE II - PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA
Art. 26 programmazione ospedaliera
SEZIONE III - ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA
Art. 27 tipologia di presidi ospedalieri
Art. 28 la rete dei presidi ospedalieri
Art. 29 presidi ospedalieri di base
Art. 30 presidi ospedalieri di primo livello
Art. 31 presidi ospedalieri di secondo livello
Art. 32 criteri operativi e organizzativi
Art. 33 case di cura private e poliambulatori privati accreditati
Art. 34 riconversione di strutture ospedaliere
Art. 35 modello organizzativo del presidio ospedaliero
Art. 36 gestione economico-finanziaria dei presidi ospedalieri
TITOLO V - PIANIFICAZIONE E ORGANISMI REGIONALI
CAPO I - PIANIFICAZIONE REGIONALE
Art. 37 pianificazione regionale
Art. 38 rete dell'emergenza-urgenza
CAPO II - ORGANISMI REGIONALI
Art. 39 reti di patologia
Art. 40 attività del personale sanitario
Art. 41 centri di riferimento e di specializzazione regionale
CAPO III - PRINCIPI GESTIONALI
Art. 42 modalità gestionali
Art. 43 informatizzazione del Servizio sanitario regionale
Art. 44 comunicazione al cittadino
Art. 45 formazione del personale
Art. 46 valorizzazione delle professioni sanitarie
Art. 47 benchmarking
TITOLO VI - AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI
CAPO I - AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI
Art. 48 autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie
Art. 49 accreditamento di strutture sanitarie e sociosanitarie
Art. 50 accordi contrattuali
Art. 51 controlli sulle prestazioni erogate
Art. 52 sanzioni amministrative
TITOLO VII - FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
CAPO I - FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
Art. 53 finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale
Art. 54 norma finanziaria
TITOLO VIII - NORME FINALI
CAPO I - NORME FINALI
Art. 55 norme transitorie
Art. 56 abrogazioni
Art. 57 norma di rinvio

TITOLO I - OGGETTO, FINALITÀ E OBIETTIVI

CAPO I - OGGETTO, FINALITÀ E OBIETTIVI

Art. 1 oggetto

1. La presente legge, ai sensi dell'articolo 5, primo comma, n. 16, dello Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e in conformità ai principi contenuti nel 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), dà attuazione alla legge regionale 11 novembre 2013, n. 17 (Finalità e principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale).
2. La presente legge, in attuazione del comma 1, nonché degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di cui al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo

sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e al 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, ridetermina l'assetto organizzativo dei servizi ospedalieri e distrettuali del Servizio sanitario regionale.

Art. 2 finalità e obiettivi

1. La presente legge, al fine di realizzare i principi di cui all'articolo 2 della legge regionale 17/2013 e di superare le diseguaglianze, riconosce e valorizza come fondamentali risorse del Servizio sanitario regionale le professionalità impegnate nella salvaguardia della salute delle persone e provvede al riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale, attraverso i seguenti obiettivi:
 - a) potenziare l'assistenza primaria, rendendola il più possibile vicina alle esigenze e ai bisogni dei cittadini, nonché facilmente accessibile e fruibile dai medesimi;
 - b) determinare un riequilibrio delle risorse tra i settori nei quali viene espletata l'attività del Servizio sanitario regionale;
 - c) valorizzare il ruolo e la partecipazione dell'Università alle attività assistenziali e le connesse funzioni di didattica e ricerca;
 - d) rafforzare la collaborazione con le comunità e gli enti locali;
 - e) valorizzare il ruolo e il coinvolgimento dei cittadini e dei loro rappresentanti;
 - f) mantenere una pianificazione calibrata sui bisogni delle persone senza soluzione di continuità tra i diversi luoghi della prevenzione, della tutela e della cura, in relazione al diritto del cittadino di manifestare il proprio consenso sulle procedure diagnostiche e sugli interventi terapeutici scientificamente consolidati;
 - g) migliorare l'attrattività e la competitività del Servizio sanitario regionale.
2. La presente legge assicura principi, criteri e standard per la programmazione sanitaria e sociosanitaria dei seguenti livelli essenziali di assistenza (LEA):
 - a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
 - b) assistenza distrettuale;
 - c) assistenza ospedaliera.

TITOLO II ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CAPO I - ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 3 enti del Servizio sanitario regionale

1. Per assicurare una piena e completa presa in carico della salute del cittadino e garantire la continuità dell'assistenza, nonché una maggiore efficienza, efficacia e uniformità nella gestione dei fattori produttivi, a decorrere dall'1 gennaio 2015 sono enti del Servizio sanitario regionale:
 - a) le Aziende per l'assistenza sanitaria di cui all'articolo 5;
 - b) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine;
 - c) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano;
 - d) l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi.
2. Le aziende di cui al comma 1, lettera b), assicurano un approccio integrato per una gestione sinergica della propria attività istituzionale con l'attività istituzionale rispettivamente dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5.

Art. 4 integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università

1. Ai fini di cui all'articolo 3, comma 2, a decorrere dall'1 gennaio 2015 e per il periodo massimo di due anni:
 - a) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario;
 - b) l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" di cui all'articolo 5 sono rette da un unico commissario straordinario.
2. In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" incorporano, rispettivamente, l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine subentrando nelle relative funzioni, secondo modalità definite con protocolli d'intesa tra la Regione e le Università interessate, da stipularsi ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), e successive modifiche. La Regione addivene alla stipula definitiva dei suddetti protocolli sentita la

Commissione consiliare competente. All'esito dell'incorporazione, le aziende assumono il nome, rispettivamente, di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine" e, sulla base di quanto previsto dai citati protocolli d'intesa, esercitano, in modo unitario, coordinato e inscindibile, sia negli ospedali ad alta specializzazione che nelle attività distrettuali, dipartimentali e territoriali, le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché quelle di didattica e di ricerca, garantendo in particolare la continuità delle cure. Ciò al fine di migliorare il servizio pubblico di tutela della salute, accrescere la qualità dei processi formativi, sviluppare le conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, nonché valorizzare in modo paritario, nel rispetto dei rispettivi ruoli e mandati, le funzioni e le attività del personale ospedaliero, del distretto e dell'Università.

3. I protocolli d'intesa di cui al comma 2 devono avere la finalità di integrazione delle funzioni, evitando la duplicazione di reparti ospedaliero-universitari lì dove non sia necessitata da documentate esigenze epidemiologiche e/o organizzative.

Art. 5 Aziende per l'assistenza sanitaria

1. Sono Aziende per l'assistenza sanitaria:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina", con sede legale a Trieste;
- b) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", con sede legale a Gorizia, istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";
- c) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e di parte dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", con sede legale a Gemona del Friuli;
- d) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", con sede legale a Udine;
- e) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", istituita mediante accorpamento dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, con sede legale a Pordenone.

2. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" succede nell'intero patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste;
- b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina", e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste;
- c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste, come indicato al comma 3, sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina".

3. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" le funzioni relative alle attività del servizio punto prelievo svolte presso l'ospedale Maggiore di Trieste.

4. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" succede nell'intero patrimonio delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana", che vengono contestualmente soppresses;
- b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo alle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";
- c) tutte le funzioni svolte dalle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina".

5. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

- a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli", che viene contestualmente soppressa, e in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";
- b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";
- c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli".

6. Sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", oltre al territorio dei comuni attualmente già compresi nell'ambito territoriale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli", anche il territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli, ivi compreso il relativo presidio ospedaliero, e di Codroipo. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" le funzioni relative alle attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compreso negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.

7. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", succede in parte del patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", che viene contestualmente soppressa;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" sono trasferiti parte dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli";

c) parte delle funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale".

8. Non sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" i territori dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli, nonché il presidio ospedaliero ivi insistente. Non sono compresi nel patrimonio della medesima azienda i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti alle attività svolte nelle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Codroipo e di San Daniele del Friuli. Non sono comprese nelle funzioni della medesima azienda quelle relative alle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni degli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Codroipo.

9. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" succede nel patrimonio dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, che vengono contestualmente soppressi;

b) all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e all'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone;

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e dall'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale".

10. Alle Aziende per l'assistenza sanitaria si applica la disciplina delle aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992.

11. La costituzione dei nuovi enti del Servizio sanitario regionale è disposta con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale.

12. Le Aziende per l'assistenza sanitaria che comprendono nei propri ambiti territoriali i comuni o le frazioni di essi indicati nella tabella di cui all'articolo 4 della legge 23 febbraio 2001, n. 38 (Norme a tutela della minoranza linguistica slovena della regione Friuli-Venezia Giulia), devono garantire i diritti previsti dall'articolo 8 della stessa legge.

Art. 6 ambiti territoriali delle Aziende per l'assistenza sanitaria

1. Gli ambiti territoriali delle Aziende per l'assistenza sanitaria sono definiti come di seguito indicato:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" comprende i seguenti comuni: Duino-Aurisina/Devin Nabrežina, Monrupino/Repentabor, Muggia, San Dorligo della Valle-Dolina, Sgonico/Zgonik, Trieste;

b) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" comprende i seguenti comuni: Capri-va del Friuli, Cormons, Doberdò del Lago/Doberdob, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Fogliano Redipuglia, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Grado, Mariano del Friuli, Medea, Monfalcone, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, Ronchi dei Legionari, Sagrado, San Canzian d'Isonzo, San Floriano del Collio/Števerjan, San Lorenzo Isontino, San Pier d'Isonzo, Savogna d'Isonzo/Sovodnje ob Soči, Staranzano, Turriaco, Villesse, Aiello del Friuli, Aquileia, Bagnaria Arsa, Bicinicco, Campolongo Tapogliano, Carlino, Cervignano, Chiopris-Viscone, Fiumicello, Gonars, Latisana, Lignano Sabbiadoro, Marano Lagunare, Muzzana del Turgnano, Palazzolo dello Stella, Palmanova, Pocenia, Porpetto, Precenico, Rivignano Teor, Ronchis, Ruda, San Giorgio di Nogaro, Santa Maria La Longa, San Vito al Torre, Terzo d'Aquileia, Torviscosa, Trivignano Udinese, Villa Vicentina, Visco;

c) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" comprende i seguenti co-

muni: Amaro, Ampezzo, Arta Terme, Artegna, Basiliano, Bertolo, Bordano, Buja, Camino al Tagliamento, Castions di Strada, Cavazzo Carnico, Cervicento, Chiusaforte, Codroipo, Colloredo di Monte Albano, Comeglians, Coseano, Dignano, Dogna, Enemonzo, Fagagna, Flaibano, Forgaria nel Friuli, Forni Avoltri, Forni di Sopra, Forni di Sotto, Gemona, Lauco, Lestizza, Ligosullo, Majano, Malborghetto, Mereto di Tomba, Moggio, Montenars, Mortegliano, Moruzzo, Osoppo, Ovaro, Paluzza, Paularo, Pontebba, Prato Carnico, Preone, Ragogna, Ravascletto, Raveo, Resia, Resiutta, Rigolato, Rive d'Arcano, San Daniele del Friuli, San Vito di Fagagna, Sauris, Sedegliano, Socchieve, Sutrio, Talmassons, Tarvisio, Tolmezzo, Trasaghis, Treppo Carnico, Treppo Grande, Varmo, Venzone, Verzegnis, Villa Santina, Zuglio;

d) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" comprende i seguenti comuni: Attimis, Buttrio, Campofornido, Cassacco, Cividale del Friuli, Corno di Rosazzo, Drenchia, Faedis, Grimacco, Lusevera, Magnano in Riviera, Manzano, Martignacco, Moimacco, Nimis, Pagnacco, Pasiàn di Prato, Pavia di Udine, Povoletto, Pozzuolo del Friuli, Pradamano, Premariacco, Prepotto, Pulfero, Reana del Rojale, Remanzacco, San Giovanni al Natisone, San Leonardo, San Pietro al Natisone, Savogna, Stregna, Taipana, Tarcento, Tavagnacco, Torreano, Tricesimo, Udine;

e) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" comprende i seguenti comuni: Andreis, Arba, Arzene, Aviano, Azzano Decimo, Barcis, Brugnera, Budoia, Caneva, Casarsa della Delizia, Castelnovo del Friuli, Cavasso Nuovo, Chions, Cimolais, Claut, Clauzetto, Cordenons, Cordovado, Erto e Casso, Fanna, Fiume Veneto, Fontanafredda, Frisanco, Maniago, Meduno, Montereale Valcellina, Morsano al Tagliamento, Pasiano di Pordenone, Pinzano al Tagliamento, Polcenigo, Porcia, Pordenone, Prata di Pordenone, Pravidomini, Roveredo in Piano, Sacile, San Giorgio della Richinvelda, San Martino al Tagliamento, San Quirino, San Vito al Tagliamento, Sequals, Sesto al Reghena, Spilimbergo, Tramonti di Sopra, Tramonti di Sotto, Travesio, Vajont, Valvasone, Vito d'Asio, Vivaro, Zoppola.

2. Le perimetrazioni degli ambiti territoriali delle Aziende per l'assistenza sanitaria potranno essere ridefinite in relazione al riordino del sistema delle autonomie locali, all'individuazione degli ambiti territoriali ottimali per l'esercizio associato delle funzioni da parte delle unioni dei Comuni, nonché a seguito della verifica, decorsi due anni dalla data di entrata in vigore, dello stato di attuazione della presente legge.

Art. 7 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi

1. Al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia del Servizio sanitario regionale, a decorrere dall'1 gennaio 2015 è istituito l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, con sede legale a Udine.

2. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi è dotato di personalità giuridica pubblica ed è disciplinato dalle vigenti disposizioni di legge concernenti le aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992.

3. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrative e gestionali.

4. Le funzioni accentrate amministrative consistono nelle attività finalizzate agli acquisti di beni e servizi, allo svolgimento di funzioni di stazione appaltante dei lavori pubblici e all'attività amministrativa standardizzata inerente al personale, ivi compresa la formazione.

5. Le funzioni accentrate gestionali riguardano la logistica del servizio di magazzino e le altre attività individuate con le modalità indicate al comma 7.

6. Le funzioni accentrate di supporto tecnico sono svolte in favore degli enti del Servizio sanitario regionale e della funzione di programmazione della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.

7. La Giunta regionale individua in dettaglio le funzioni di cui ai commi 3, 4, 5 e 6, nonché le date a decorrere dalle quali le funzioni stesse sono svolte in via esclusiva dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi e riferisce annualmente alla Commissione consiliare competente sull'attività dell'ente.

8. Il direttore generale dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge le proprie funzioni coadiuvato dai direttori amministrativo e sanitario di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 502/1992. Ai fini della programmazione strategica delle relative attività, il direttore generale è affiancato da un comitato di indirizzo che, con regolamento interno, definisce le proprie modalità operative. Il comitato di indirizzo è composto dal direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che lo presiede, e dai direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale, o loro delegati. Le decisioni del comitato di indirizzo sono recepite dagli enti del Servizio sanitario regionale.

9. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi è dotato di personale proprio, cui viene applicata la disciplina giuridica, economica e previdenziale del personale del Servizio sanitario nazionale.

10. Il direttore generale dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi definisce l'organizzazione aziendale, mediante l'adozione della proposta di atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992.

11. Le funzioni svolte dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine

tramite il Dipartimento Servizi Condivisi sono trasferite all'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, che subentra nella titolarità dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi i rapporti di lavoro, in continuità e neutralità con le funzioni precedentemente svolte.

CAPO II - DISPOSIZIONE ATTUATIVE

Art. 8 incarichi e assetti organizzativi

1. Fatto salvo quanto previsto agli articoli 4 e 11, gli incarichi e gli assetti organizzativi in essere alla data del 31 dicembre 2014 negli enti del Servizio sanitario regionale oggetto di variazione di configurazione giuridica per effetto della presente legge proseguono fino all'approvazione dell'atto aziendale dei nuovi enti, salvo che siano incompatibili con le modifiche strutturali, organizzative e gestionali necessarie per concretizzare il valore aggiunto derivante dall'istituzione degli stessi.

2. Con il cessare delle funzioni di cui all'articolo 7, comma 7, il personale degli enti di cui all'articolo 3 adibiti precedentemente alle medesime funzioni, viene posto in disponibilità per essere trasferito all'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, con le modalità previste dai contratti collettivi nazionali di lavoro di riferimento e dalla normativa vigente.

Art. 9 definizione degli atti aziendali

1. Nel rispetto dei principi e criteri adottati da deliberazione della Giunta regionale, gli organi di vertice dei nuovi enti definiscono l'organizzazione aziendale mediante l'adozione delle proposte di atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992, sulla base della programmazione e delle direttive regionali.

2. Le proposte di atto aziendale sono approvate con decreto del direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. L'atto aziendale è adottato in via definitiva dall'organo di vertice dell'ente.

Art. 10 trasferimento dei beni mobili e immobili

1. Per effetto del riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale di cui alla presente legge, il trasferimento della proprietà dei beni mobili e immobili, nonché di ogni altro rapporto giuridico attivo e passivo, avviene a titolo gratuito.

2. Gli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale provvedono a redigere un atto ricognitivo dei beni mobili e immobili oggetto del trasferimento.

3. Per l'attuazione di quanto stabilito all'articolo 5, commi 2 e 3, al direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste sono affidate le funzioni preparatorie relative agli atti di ricognizione, con il coordinamento della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che sono successivamente sottoposti alla Giunta regionale per il recepimento.

4. Per l'attuazione di quanto stabilito all'articolo 5, commi 5, 6, 7 e 8, al direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" sono affidate le funzioni preparatorie relative agli atti di ricognizione, con il coordinamento della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che sono successivamente sottoposti alla Giunta regionale per il recepimento.

5. Per l'attuazione di quanto stabilito all'articolo 7, comma 11, al direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine sono affidate le funzioni preparatorie relative agli atti di ricognizione, con il coordinamento della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che sono successivamente sottoposti alla Giunta regionale per il recepimento.

6. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 502/1992, costituisce titolo per la trascrizione nei pubblici registri mobiliari e immobiliari il decreto del Presidente della Regione, da adottarsi previa deliberazione della Giunta regionale, di recepimento dell'atto ricognitivo di cui al comma 2.

7. L'utilizzo in qualsiasi forma, da parte dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, dei beni mobili e immobili degli altri enti del Servizio sanitario regionale per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, avviene a titolo gratuito.

Art. 11 incarichi di direzione degli enti del Servizio sanitario regionale

1. A decorrere dall'1 gennaio 2015 decadono gli incarichi di direttore generale delle Aziende per i servizi sanitari n. 1, 2, 3, 4, 5, 6, nonché dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste, dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine e dell'Azienda ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone. Decadono inoltre gli incarichi di direttore sanitario, di direttore amministrativo, tutti gli organi e organismi dei predetti enti, ivi incluso il coordinatore sociosanitario. Al fine di garantire il processo di integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università, gli organi di indirizzo delle Aziende ospedaliero-universitarie decadono alla data di costituzione delle nuove aziende di cui all'articolo 4, comma 2, e sono successivamente individuati secondo la normativa vigente.

2. Con effetto a decorrere dall'1 gennaio 2015 sono nominati gli organi di vertice delle aziende di cui

all'articolo 3, comma 1, lettere a) e b), con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale.

3. Con effetto a decorrere dall'1 gennaio 2015 viene nominato l'organo di vertice dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, secondo le medesime modalità previste per le aziende di cui al comma 2.

4. Con effetto a decorrere dall'1 gennaio 2015 viene nominato un unico commissario straordinario per l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste e per l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina", con le modalità previste dalla legge regionale 21 luglio 2004, n. 20 (Riordino normativo dell'anno 2004 per il settore dei servizi sociali), per le finalità di cui all'articolo 4 della presente legge.

5. Con effetto a decorrere dall'1 gennaio 2015 viene nominato un unico commissario straordinario per l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine e per l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", con le modalità previste dalla legge regionale 20/2004, per le finalità di cui all'articolo 4 della presente legge.

TITOLO III - ASSETTO ORGANIZZATIVO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CAPO I - ASSETTO ORGANIZZATIVO

Art. 12 direzione strategica

1. Presso le Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1, 2, 3, 4 e 5 operano, quali organi, il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione.

2. Presso le Aziende ospedaliero-universitarie di Trieste e di Udine, oltre al direttore generale, nominato d'intesa con l'Università, il collegio sindacale e il collegio di direzione, opera, quale organo, anche l'organo di indirizzo.

3. Per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico si applica la legge regionale 10 agosto 2006, n. 14 (Disciplina dell'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano).

4. Presso l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi operano, quali organi, il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione.

5. La direzione strategica, quale articolazione delle aziende di cui al comma 1, è composta, oltre che dal direttore generale, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo, di cui al decreto legislativo 502/1992, nonché dal coordinatore sociosanitario.

6. Il coordinatore sociosanitario coadiuva il direttore generale nel governo dell'azienda svolgendo attività di supporto per la programmazione e l'indirizzo delle attività sociosanitarie ed esercitando funzioni di promozione, raccordo e relazione interdistrettuale nelle medesime materie.

7. Il coordinatore sociosanitario è nominato dal direttore generale, previo parere della Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 13, da esprimersi entro dieci giorni dalla formale richiesta, ed è individuato preferibilmente tra il personale appartenente alla dirigenza degli enti del Servizio sanitario regionale o a quella dei servizi sociali dei Comuni, che abbia acquisito competenze o maturato esperienze per almeno cinque anni nei settori sociale o sociosanitario. Il coordinatore sociosanitario può essere altresì individuato tra personale laureato diverso da quello indicato al primo periodo del presente comma, purché in possesso delle medesime competenze ed esperienze. Nei suoi riguardi valgono le norme previste, anche con riferimento al trattamento giuridico, economico e previdenziale, per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo, in quanto applicabili.

8. Nei casi in cui l'Azienda per l'assistenza sanitaria assuma la gestione di attività e servizi socio-assistenziali, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, il coordinatore sociosanitario svolge anche le funzioni di direzione dei suddetti servizi e attività; in tale caso, il coordinatore è nominato d'intesa con la Conferenza dei sindaci, da esprimersi entro dieci giorni dalla formale richiesta.

9. Per la quota di attività rapportabile alle funzioni di cui al comma 8, l'onere relativo agli emolumenti spettanti al coordinatore sociosanitario è a carico degli enti locali.

10. Il direttore generale risponde, per la propria Azienda per l'assistenza sanitaria, dei risultati conseguenti all'attuazione della finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), coerentemente con gli obiettivi della programmazione annuale.

Art. 13 Conferenza dei sindaci

1. La Conferenza dei sindaci è l'organismo attraverso il quale i Comuni svolgono le seguenti funzioni:
a) esprimono i bisogni di salute delle rispettive comunità locali e li rappresentano alla Regione e alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, di cui all'articolo 1 della legge regionale 9 marzo 2001, n. 8 (Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali);
b) esprimono parere obbligatorio ed eventuali osservazioni sul Piano attuativo locale nei termini e con

le modalità stabiliti dagli articoli 16 e 20 della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49 (Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria);

c) esercitano, con riguardo ai procedimenti riferiti ai direttori generali le funzioni di cui all'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del decreto legislativo 502/1992;

d) verificano l'andamento generale dell'attività delle Aziende per l'assistenza sanitaria;

e) esprimono parere o intesa sulla nomina del coordinatore sociosanitario, con le modalità indicate all'articolo 12;

f) designano uno dei componenti il collegio sindacale delle Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1, 2, 3, 4 e 5, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, della legge regionale 26 luglio 2013, n. 6 (Assesamento del bilancio 2013).

2. Le modalità di funzionamento della Conferenza dei sindaci sono stabilite dalla conferenza stessa con regolamento approvato a maggioranza assoluta.

TITOLO IV - LIVELLI ORGANIZZATIVI DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I - PRINCIPI ORGANIZZATIVI

Art. 14 principi organizzativi

1. Le Aziende per l'assistenza sanitaria sono articolate su tre livelli organizzativi, corrispondenti ai tre livelli erogativi dei livelli essenziali di assistenza:

a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) assistenza distrettuale;

c) assistenza ospedaliera.

2. Le risorse finanziarie previste a livello regionale per i tre livelli organizzativi sono ripartite secondo il seguente vincolante obiettivo il cui mancato raggiungimento deve essere dettagliatamente motivato dalla Giunta regionale in fase di adozione delle linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale:

a) per almeno il 5 per cento all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) per almeno il 50 per cento all'assistenza distrettuale.

3. Comunque il limite previsto dal comma 2, lettera a), non può essere in nessun caso inferiore al 5 per cento.

Art. 15 ruolo dell'Università

1. La Regione individua le Università di Trieste e di Udine quali risorse e partner per garantire un miglioramento continuo dello stato di salute della popolazione regionale.

2. Le Università, in particolare attraverso le attività di didattica, ricerca e assistenza del settore biomedico, e la Regione operano in stretto raccordo perseguendo l'eccellenza in tutte le attività e definendo su base annuale obiettivi misurabili e risorse adeguate rispetto:

a) alla formazione di base, specialistica e continua post-lauream del personale del Servizio sanitario regionale;

b) alla ricerca clinica, traslazionale, di base, epidemiologica e organizzativa, anche individuando tematiche e risorse per lo sviluppo di settori di comune interesse;

c) alle attività assistenziali da garantire e sviluppare nel rispetto delle esigenze del Servizio sanitario regionale e delle funzioni universitarie di didattica e ricerca, anche adottando specifici modelli organizzativi innovativi;

d) alla promozione dell'innovazione in una prospettiva internazionale finalizzata a favorire il miglioramento della salute e la crescita sociale ed economica dell'intera comunità regionale.

3. Per l'implementazione degli obiettivi previsti dai commi 1 e 2, la Regione promuove altresì una collaborazione costante con la Scuola internazionale superiore di studi avanzati (SISSA) di Trieste e gli enti e istituti scientifici di ricerca presenti nel territorio regionale.

4. La Regione e le Università monitorano con una apposita commissione paritetica su base annuale l'impatto socio sanitario, scientifico, formativo ed economico dei programmi condivisi e definiscono ulteriori eventuali piani di sviluppo.

5. La Regione e le Università disciplinano quanto previsto al comma 2, lettere a), b) e d), con apposito protocollo d'intesa, e quanto previsto al comma 2, lettera c), con il protocollo d'intesa di cui all'articolo 4, comma 2.

Art. 16 cooperazione sanitaria transfrontaliera

1. La Regione incentiva lo sviluppo della cooperazione transfrontaliera in ambito sanitario come parte integrante della propria programmazione sanitaria.

2. In particolare nelle aziende che insistono sui territori di confine, la cooperazione sanitaria con la Slovenia e l'Austria è individuata come indirizzo strategico della programmazione sanitaria ai fini di una integrazione dei relativi sistemi sanitari. A questo scopo la Regione promuove, attraverso l'adozione di

un progetto obiettivo sulla sanità transfrontaliera da adottarsi con apposita deliberazione della Giunta regionale, l'integrazione tra la programmazione sanitaria e i documenti di programmazione della cooperazione territoriale tra Italia, Slovenia e Austria. Verrà sviluppata anche una collaborazione con la Croazia.

3. Il progetto obiettivo di cui al comma 2 si coordina con le attività regionali aventi a oggetto la sanità transfrontaliera e in particolare con i programmi operativi interregionali.

4. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge è predisposto un piano di integrazione socio sanitaria che individua priorità e tempi per la progressiva integrazione dei sistemi socio sanitari italiani e sloveni.

CAPO II - ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Art. 17 dipartimento di prevenzione

1. Il dipartimento di prevenzione è la struttura operativa delle Aziende per l'assistenza sanitaria preposta a svolgere le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica a livello aziendale o sovra aziendale. Persegue gli obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita secondo criteri di equità e sostenibilità. Il dipartimento di prevenzione concorre alla promozione e tutela della salute, anche attraverso la valutazione e il controllo dei fattori di rischio, tenendo conto costantemente del contesto in cui opera e dei mutamenti in corso, in particolare abitudini di vita, invecchiamento della popolazione, modifiche dell'ambiente e del contesto sociale e produttivo, e loro impatto sulla salute. Il dipartimento di prevenzione attua programmi di sanità pubblica supportati da dimostrate evidenze di efficacia, secondo criteri di priorità, nonché sulla base del principio di precauzione, anche mediante la promozione di corretti comportamenti che garantiscano la salute del cittadino e della collettività.

2. Il dipartimento di prevenzione ha autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile, è organizzato in centri di costo e di responsabilità e svolge le seguenti funzioni:

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- d) collabora con l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA) per la tutela della salute con riferimento ai fattori ambientali;
- e) medicina legale;
- f) medicina dello sport;
- g) sanità animale;
- h) igiene degli alimenti di origine animale;
- i) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

3. Nell'ambito delle funzioni di cui al comma 2, l'Azienda per l'assistenza sanitaria individua con l'atto aziendale le strutture complesse o semplici.

4. I dipartimenti di prevenzione sono organizzati in modo da garantire:

- a) l'analisi dei fattori di rischio per la salute pubblica e delle loro ricadute sulla popolazione di riferimento;
- b) interventi unitari in rapporto alle esigenze e alle caratteristiche del territorio per contrastare i fattori di rischio, con particolare attenzione ai gruppi di popolazione più esposti;
- c) decentramento nell'erogazione delle prestazioni;
- d) utilizzo flessibile e condiviso delle risorse economiche, professionali e strumentali;
- e) organizzazione e differenziazione di gruppi tecnici per competenza che tengano conto di un bacino di utenza regionale.

5. Il dipartimento di prevenzione collabora con il livello distrettuale allo sviluppo della continuità assistenziale e dei percorsi assistenziali per le malattie croniche degenerative.

6. Il direttore del dipartimento di prevenzione è scelto dal direttore generale tra i direttori di struttura complessa del dipartimento e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

7. L'attività delle professioni sanitarie nel dipartimento di prevenzione è svolta in equipe multiprofessionale con la finalità di privilegiare la centralità del cittadino, nel rispetto dell'autonomia prevista dalla legge 251/2000 e dalla legge regionale 10/2007, in coordinamento con le altre professioni sanitarie.

CAPO III - ASSISTENZA DISTRETTUALE

SEZIONE I - PRINCIPI DELL'ASSISTENZA PRIMARIA E STANDARD ORGANIZZATIVI

Art. 18 principi dell'assistenza primaria e standard organizzativi

1. La rete dei servizi di assistenza sanitaria primaria garantisce l'erogazione del livello essenziale di assistenza distrettuale e opera secondo i seguenti principi, modalità operative e strumenti:

- a) promozione della salute della comunità assistita;

- b) assistenza integrata delle patologie prevalenti;
- c) presa in carico dei problemi di salute della popolazione mediante percorsi assistenziali integrati;
- d) valutazione multidimensionale dei problemi di salute e definizione di percorsi assistenziali personalizzati;
- e) coinvolgimento degli assistiti e dei familiari nella definizione dei percorsi assistenziali personalizzati;
- f) alta qualificazione professionale e organizzativa per ottenere l'efficacia dei trattamenti;
- g) alto livello di appropriatezza clinico assistenziale dei trattamenti;
- h) efficienza nell'uso delle risorse professionali, strumentali e di beni di consumo;
- i) riferimento a standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi nazionali;
- j) organizzazione di prossimità nell'erogazione dei servizi;
- k) integrazione dei servizi sanitari con il sociale;
- l) continuità assistenziale e delle cure.

2. Con deliberazione della Giunta regionale sono individuati il fabbisogno delle strutture e gli standard organizzativi della rete dei servizi di assistenza sanitaria primaria.

3. La deliberazione di cui al comma 2 è adottata previo parere della Commissione consiliare competente, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dal parere.

SEZIONE II - ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

Art. 19 distretto

1. Il distretto costituisce il livello privilegiato per coinvolgere in modo strutturato i cittadini, anche mediante le organizzazioni dei rappresentati, con la finalità di aumentare la consapevolezza, la responsabilità e il controllo della salute individuale e della comunità, mediante:

- a) la condivisione del profilo epidemiologico di salute della comunità;
- b) la partecipazione alla programmazione e al monitoraggio dei percorsi assistenziali delle patologie prevalenti;
- c) la valutazione dei risultati in tema di esito e di processo dei percorsi assistenziali.

2. Il distretto è l'articolazione dell'Azienda per l'assistenza sanitaria preposta ad assicurare una risposta unitaria, coordinata e continua ai bisogni della comunità. A tal fine persegue l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, sociosanitari nonché con i Servizi sociali dei Comuni, così come disciplinati dalla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).

3. Il distretto coordina le attività aziendali svolte per la popolazione di riferimento. Tale funzione viene esercitata attraverso l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali cui partecipano tutti i servizi aziendali di riferimento. L'ufficio fa capo al direttore di distretto.

4. L'integrazione è riferita, in particolare, all'ambito istituzionale, professionale, sociale e sanitario, con particolare riferimento alle seguenti aree di intervento:

- a) anziani;
- b) persone con disabilità;
- c) salute mentale;
- d) dipendenze;
- e) materno-infantile.

5. Con riferimento ai compiti e settori di intervento il distretto svolge le seguenti funzioni:

- a) di committenza;
- b) di produzione;
- c) di integrazione.

6. La funzione di committenza del distretto consiste nella definizione, congiuntamente con il livello ospedaliero e degli enti locali, dei servizi necessari per rispondere ai bisogni dei cittadini utenti e viene svolta attraverso un processo programmatico che prevede:

- a) una fase di valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento;
- b) una fase di individuazione delle modalità di risposta in termini di offerta integrata dei servizi;
- c) una fase attuativa di monitoraggio del livello di efficacia e di efficienza dei servizi;
- d) una fase di valutazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione, nonché di controllo quali-quantitativo degli erogatori interni ed esterni.

7. La funzione di produzione consiste nelle seguenti attività:

- a) assistenza medica primaria, comprensiva della continuità assistenziale e implicante lo sviluppo dell'integrazione tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizio di continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale, riabilitazione;
- b) erogazione delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, se delegate, in particolare nei settori materno-infantile, della disabilità, degli anziani fragili, delle dipendenze, della salute mentale, della non autosufficienza.

8. La funzione di integrazione del distretto viene espletata:

- a) tra strutture sanitarie e servizi sociali dei Comuni;
- b) nei settori operativo e organizzativo, con l'individuazione di obiettivi comuni, progettazioni, percorsi e processi;
- c) nel settore diagnostico-assistenziale e tra i diversi livelli di cura;
- d) a livello logistico, con condivisione di spazi, sistemi di supporto, tecnologie e strumenti operativi;
- e) nei sistemi informativi.

9. Allo scopo di garantire una maggiore uniformità di offerta agli assistiti e, nel contempo, conseguire una maggiore efficienza, il distretto coincide con uno o più ambiti dei Servizi sociali dei Comuni. L'articolazione dei distretti viene determinata tenendo conto di un bacino di utenza compreso tra 50.000 e 100.000 residenti, fermo restando che condizioni geomorfologiche o la bassa densità della popolazione possono consentire eventuali deroghe.

10. L'effettiva articolazione del territorio in distretti deve essere coincidente, multiplo o frazione del territorio di uno o più ambiti del Servizio sociale dei Comuni e deve comunque garantire una capillare organizzazione dei servizi sul territorio e la vicinanza ai bisogni del cittadino.

11. Il distretto è una struttura aziendale dotata di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. L'attività delle professioni sanitarie nel distretto è svolta in equipe multiprofessionale con la finalità di privilegiare la centralità della persona, nel rispetto dell'autonomia prevista dalla legge 251/2000 e dalla legge regionale 10/2007, in coordinamento con le altre professioni sanitarie.

12. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale, ai sensi dell'articolo 3 sexies, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi distrettuali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 502/1992, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria. L'incarico può essere affidato anche a personale esterno alle aziende nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.

13. Il direttore del distretto è responsabile dell'elaborazione del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 7 della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23 (Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatici e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale), e rappresenta l'azienda, unitamente al coordinatore sociosanitario di cui all'articolo 12, nel procedimento di elaborazione del Piano di zona di cui all'articolo 24 della legge regionale 6/2006.

14. In ogni distretto sono assicurate almeno le seguenti funzioni organizzate con riferimento alle seguenti aree:

- a) assistenza medica primaria, relativamente alla medicina convenzionata (medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale, medici dell'emergenza territoriale), alla pediatria convenzionata, alla specialistica ambulatoriale, alla riabilitazione ambulatoriale e protesica, alle cure palliative e terapia del dolore negli adulti e nell'età evolutiva;
- b) assistenza domiciliare integrata, relativamente all'assistenza infermieristica domiciliare, all'assistenza riabilitativa domiciliare e all'assistenza programmata dei medici di medicina generale;
- c) assistenza farmaceutica tramite le farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, assistenza farmaceutica integrativa regionale, relativamente alla distribuzione di farmaci e di presidi sanitari, funzione di farmacia dei servizi, con particolare riferimento alla promozione della salute, anche mediante l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita e la gestione attiva e integrata delle patologie croniche prevalenti. Le farmacie svolgono le attività previste dalla normativa sulla farmacia dei servizi. Il Servizio sanitario regionale può stipulare con i rappresentanti delle farmacie pubbliche e private accordi convenzionali che provvedono alla identificazione e alla codifica dei servizi;
- d) assistenza materno-infantile tramite l'area distrettuale materno-infantile e del consultorio familiare relativamente all'assistenza ostetrico-ginecologica, all'assistenza pediatrica, all'assistenza psicosociale ed educativa, alla tutela e al sostegno psicologico e sociale alle famiglie e alle persone nelle diverse fasi del ciclo di vita, agli interventi sociosanitari integrati;
- e) neurologia dello sviluppo relativamente alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi dello sviluppo e dei disturbi neurologici e neuropsicologici in età evolutiva, nonché salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza (0-17 anni) relativamente alla diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici dei bambini e degli adolescenti. Tali funzioni, integrate con l'area materno-infantile dei distretti e degli ospedali di riferimento, sono espressione della struttura operativa complessa aziendale multidisciplinare di neurologia dello sviluppo e salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, che garantisce la presa in carico nei diversi contesti distrettuale, sovra distrettuale e ospedaliero all'interno dell'organizzazione dipartimentale aziendale;
- f) i dipartimenti aziendali o sovra aziendali per le dipendenze garantiscono la promozione e la tutela

della salute in tema di dipendenza patologica nella popolazione di riferimento. Governano tale funzione mediante la gestione dei fattori produttivi. Sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile e sono organizzati in centri di costo e di responsabilità. I dipartimenti per le dipendenze assicurano ai cittadini gli interventi specialistici di competenza, a livello di assistenza distrettuale e sovra distrettuale, con prestazioni ambulatoriali, territoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali. L'integrazione delle funzioni con le altre strutture distrettuali nonché la sinergia con l'ospedale è assicurata dal distretto;

g) sanità penitenziaria, relativamente al coordinamento delle attività di prevenzione e alla diagnosi, cura e riabilitazione rivolte ai detenuti e internati;

h) strutture intermedie (strutture semiresidenziali e residenziali delle residenze sanitarie assistenziali, hospice, strutture di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ospedale di comunità, moduli ad alta intensità assistenziale), relativamente all'assistenza sanitaria, all'assistenza tutelare, alla riabilitazione residenziale, ai moduli respiro, alle cure palliative residenziali, alla post acuzie, alle unità di assistenza protratta;

i) servizio di coordinamento della rete delle cure palliative, relativamente all'aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, domiciliare e residenziale anche a valenza sovra distrettuale;

j) centro di salute mentale (articolazione complessa strutturata nel dipartimento di salute mentale), relativamente alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolta a persone con problemi di salute mentale, alla continuità assistenziale e terapeutica, agli interventi psicosociali, all'attività di inserimento lavorativo, all'accoglienza residenziale e semiresidenziale temporanea, dell'abitare assistito, alle attività per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, agli interventi sociosanitari integrati (unità di valutazione distrettuale);

k) coordinamento della rete per le persone adulte con disabilità per gli interventi diagnostico-terapeutico-riabilitativi nei diversi setting assistenziali, domiciliare, ambulatoriale e residenziale, garantendo inoltre la continuità dell'assistenza sanitaria nel passaggio tra l'età evolutiva e l'età adulta;

l) centrale unica operativa aziendale, con funzione di identificazione dei bisogni di salute e assistenziali e di integrazione tra i servizi distrettuali, di prevenzione, ospedalieri e i Servizi sociali dei Comuni, con lo scopo di assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale della popolazione servita. La centrale operativa è attiva nell'arco delle ventiquattro ore e sette giorni su sette;

m) anziani, relativamente al coordinamento degli interventi e all'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie (screening sociosanitario, raccordo operativo, attuazione e verifica programmi assistenziali, formazione e informazione utenti e famiglie e care giver), con particolare riguardo a tutte le misure utili a ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero e all'istituzionalizzazione di lunga durata.

15. L'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale è organo rappresentativo dei Comuni e svolge le funzioni previste dall'articolo 20 della legge regionale 6/2006.

16. Almeno due volte all'anno è convocata un'assemblea aperta alle associazioni e alla cittadinanza per l'espressione di un parere consultivo sulle principali azioni del distretto e sui servizi.

Art. 20 organizzazione dell'assistenza medica primaria

1. L'assistenza medica primaria, a regime, è assicurata dai medici con rapporto di convenzione con il Servizio sanitario regionale, è organizzativamente incardinata nel distretto sanitario, partecipando alle attività del medesimo tramite l'ufficio distrettuale per la medicina generale, e opera in stretto collegamento funzionale con i livelli assistenziali della prevenzione e ospedaliero. Le forme organizzative dell'assistenza medica primaria sono:

a) le aggregazioni funzionali territoriali (AFT);

b) la medicina di gruppo;

c) i centri di assistenza primaria che svolgono le funzioni delle unità complesse di cure primarie;

d) i presidi ospedalieri per la salute.

2. Durante la fase transitoria mantengono la loro operatività le forme associative finora operanti denominate medicina di gruppo e medicina in rete, che confluiscono progressivamente nelle nuove forme organizzative secondo appositi accordi.

3. Le AFT hanno lo scopo di coordinare la risposta appropriata ai bisogni assistenziali dei pazienti. Con le AFT si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza. Ogni centro di assistenza primaria è funzionalmente collegato a una AFT della medicina generale e della pediatria. Le aziende individuano le AFT in relazione ai seguenti criteri:

a) riferimento al distretto;

b) popolazione assistita con un numero di abitanti compreso tra 20.000 e 30.000;

c) caratteristiche del territorio (urbano, rurale, montano).

4. La medicina di gruppo ha la finalità di ampliare l'orario di accesso all'attività ambulatoriale, di assicura-

re una migliore continuità assistenziale, di attuare iniziative di promozione della salute e di prevenzione, di perseguire l'integrazione assistenziale con l'ospedale e gli altri servizi coinvolti nei processi di cura e di attuare interventi di razionalizzazione della spesa, nonché di promuovere un miglioramento degli standard tecnici, al fine di garantire un facile accesso ai locali adibiti a sale d'aspetto e ambulatori, in particolare alle persone con limitata capacità motoria o sensoriale. La medicina di gruppo si realizza gradualmente attraverso l'attivazione di una sede unica oppure attraverso il coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi, in modo da garantire da otto a dodici ore giornaliere, determinate sulla base delle esigenze della popolazione, da integrarsi con la continuità assistenziale per una copertura di sette giorni su sette alla settimana, per l'effettuazione di visite ambulatoriali, di visite domiciliari, per gli accessi di assistenza programmata domiciliare e integrata, per la gestione del fascicolo sanitario elettronico e l'adozione di percorsi assistenziali personalizzati. La medicina di gruppo è costituita da almeno sei medici, salvo deroghe decise in considerazione di variabili organizzative e/o orogeografiche individuate in ogni Azienda per l'assistenza sanitaria dal comitato di azienda. Tale modello organizzativo può avvalersi, secondo la normativa vigente, delle prestazioni di collaboratori di studio e di personale infermieristico.

5. Il centro di assistenza primaria è costituito dall'aggregazione di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta, di medici di continuità assistenziale, di specialisti, di personale dipendente dei medici di medicina generale, e di altro personale proveniente sia dal distretto che dall'ospedale che operano nella stessa sede, preferibilmente nelle strutture distrettuali dell'azienda. Sulla base della programmazione regionale, può avere una sede unica o in alternativa una sede di riferimento collegata con altre sedi dislocate nel territorio del distretto. Il centro di assistenza primaria:

- a) assicura l'erogazione delle prestazioni di assistenza primaria (di medicina generale, infermieristiche, ambulatoriali, domiciliari e specialistiche);
- b) garantisce la continuità dell'assistenza, mediante l'uso della prescrizione dematerializzata nonché mediante l'utilizzo e l'aggiornamento del fascicolo sanitario elettronico;
- c) ha un bacino di utenza di norma compreso tra 20.000 e 30.000 abitanti;
- d) ospita, oltre agli ambulatori medici, punti prelievo, diagnostica strumentale di primo livello, ambulatori specialistici, servizi di salute mentale, servizi distrettuali di prenotazione e amministrativi;
- e) garantisce l'attività assistenziale nell'arco delle ventiquattro ore per tutti i giorni della settimana, tramite il coordinamento delle varie figure professionali che lo compongono;
- f) è centro di riferimento dell'assistenza domiciliare e di integrazione con i Servizi sociali dei Comuni.

6. Presso le strutture di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago, Sacile e l'ospedale Maggiore di Trieste sono garantite, oltre alle attività assicurate dai centri di assistenza primaria, le attività residenziali di assistenza primaria realizzate in residenze sanitarie assistenziali ovvero presso gli ospedali di comunità, organizzate come indicato all'articolo 34.

7. Le forme organizzative della medicina generale sono proposte dalle Aziende per l'assistenza sanitaria e approvate dal direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. Con l'attivazione delle AFT le forme di partecipazione dei medici di medicina generale alla direzione del distretto sono assunte dai coordinatori delle AFT. Le modalità di individuazione dei coordinatori di AFT sono definite dall'accordo integrativo regionale.

Art. 21 assistenza domiciliare

1. La cronicità e la non autosufficienza hanno, quale modalità prioritaria di intervento sociosanitario, l'assistenza domiciliare.

2. L'assistenza domiciliare si poggia sulla valutazione multiprofessionale e multidisciplinare, sulla presa in carico della persona e sulla redazione di un piano assistenziale individuale. Comprende prestazioni professionali mediche, infermieristiche e riabilitative, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici per persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati. Il responsabile clinico dell'assistenza domiciliare è il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta. Il distretto assicura e coordina tramite propria articolazione organizzativa l'attuazione dei piani assistenziali.

3. L'assistenza domiciliare si basa:

- a) sull'infermiere di famiglia e di comunità, che opera in collaborazione con il medico di famiglia, con il medico distrettuale e altre figure professionali;
- b) sull'attività domiciliare riabilitativa;
- c) sulla formazione e il sostegno organizzativo dei familiari;
- d) sulla telemedicina, che costituisce uno strumento indispensabile per garantire la continuità informativa nonché il monitoraggio assistenziale domiciliare.

4. Le tipologie di assistenza domiciliare sono le seguenti:

- a) cure domiciliari prestazionali, prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato, comprese le visite programmate del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
- b) cure domiciliari integrate, con presa in carico dei problemi di salute complessivi;

- c) cure domiciliari di elevata intensità e palliative per malati terminali, caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, erogata da un'equipe in possesso di specifiche competenze, di cui fa parte il medico di medicina generale e il medico distrettuale;
- d) assistenza domiciliare integrata con i servizi sociali.

Art. 22 dipartimento di salute mentale

1. Il dipartimento strutturale di salute mentale garantisce la promozione e la tutela della salute mentale e la presa in carico nella popolazione di riferimento a livello aziendale o sovra aziendale. Governa tale funzione mediante la gestione dei fattori produttivi. È dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.
2. Le strutture organizzative complesse del dipartimento strutturale di salute mentale che afferiscono al livello di assistenza distrettuale sono i centri di salute mentale. I servizi psichiatrici di diagnosi e cura, che trovano ubicazione nelle strutture ospedaliere deputate, costituiscono le articolazioni ospedaliere del dipartimento. L'integrazione delle funzioni con le altre strutture distrettuali, nonché la sinergia con l'ospedale, sono assicurate dal distretto.
3. Il dipartimento strutturale di salute mentale svolge le sue funzioni attraverso:
 - a) l'integrazione, a livello aziendale o interaziendale, delle discipline che si occupano della salute mentale della popolazione adulta e dell'anziano;
 - b) la predisposizione delle linee di indirizzo assistenziale per specifici programmi di intervento relativi ad aree critiche della popolazione, al fine di dare omogeneità ai percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei centri di salute mentale distrettualizzati;
 - c) la promozione di programmi atti a garantire l'offerta di appropriato e competente trattamento psicologico, anche presso i presidi ospedalieri, ai portatori di gravi patologie organiche e/o all'interno di programmi neuroriabilitativi;
 - d) la promozione di processi di inserimento, sociale, lavorativo, di sostegno abitativo e domiciliare, al fine di evitare l'istituzionalizzazione e il ricorso al ricovero;
 - e) il coordinamento delle attività di tutela della salute mentale rivolta ai detenuti e internati nell'istituto penitenziario di competenza territoriale e ai minori sottoposti a provvedimenti giudiziari;
 - f) la promozione delle azioni di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari;
 - g) la promozione dell'integrazione tra il sanitario e il sociale, tra il pubblico e il privato sociale nonché l'associazionismo;
 - h) l'incentivazione delle iniziative orientate a contrastare la marginalità sociale e a promuovere l'inclusione sociale;
 - i) la promozione dei programmi di valorizzazione degli operatori e lo sviluppo delle competenze professionali;
 - j) il monitoraggio delle risposte ai bisogni di salute mentale;
 - k) la garanzia dei flussi informativi definiti a livello regionale e statale.
4. Il responsabile del dipartimento strutturale di salute mentale si raccorda, per lo svolgimento delle funzioni di programmazione e pianificazione strategica, coordinamento e monitoraggio dei risultati raggiunti, con i responsabili del distretto e per quanto di competenza con i responsabili dei servizi di assistenza ospedaliera.

Art. 23 strutture intermedie

1. Le strutture intermedie costituiscono articolazioni operative del sistema sanitario dell'assistenza primaria integrate nella rete dei servizi distrettuali. Svolgono una funzione intermedia fra l'ospedale, riservato alle patologie acute e complesse, e i servizi domiciliari e ambulatoriali, destinata alla presa in carico del paziente affetto prevalentemente da malattie croniche, che necessita di assistenza o monitoraggio continui al di fuori dell'ospedale, al fine di assicurare la continuità delle cure qualora non si sia verificato il completo recupero dell'autonomia o non vi siano le condizioni per il trattamento ambulatoriale o domiciliare. L'accesso alle strutture intermedie, al fine di una uniforme applicazione sul territorio regionale, avviene previa verifica dell'idoneità dell'intervento medesimo mediante strumenti di valutazione multidisciplinare.
2. Nell'ambito del Servizio sanitario regionale operano le seguenti tipologie di strutture intermedie:
 - a) le residenze sanitarie assistenziali (RSA), destinate a fornire assistenza continuativa a elevato contenuto sanitario e a prevalente indirizzo riabilitativo a soggetti anziani non autosufficienti, a soggetti temporaneamente non autosufficienti, a soggetti affetti da disabilità di carattere fisico e psichico, esclusi i minori;
 - b) gli hospice, strutture della rete delle cure palliative deputate ad assicurare il livello di assistenza residenziale e a ciclo diurno, ossia l'insieme degli interventi sanitari, sociosanitari e assistenziali nelle cure palliative erogate ininterrottamente da equipe multidisciplinari;
 - c) le strutture di riabilitazione funzionale ai sensi dell'articolo 26 della legge 833/1978, eroganti pre-

stazioni finalizzate a prevenire, ritardare e ridurre le conseguenze di esiti disabilitanti, che richiedono, in riferimento ai bisogni clinico-funzionali e socio-assistenziali, una presa in carico multiprofessionale che si qualifica con la formulazione di un progetto abilitativo/riabilitativo individuale;

d) gli ospedali di comunità, per rispondere alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute di solito risolvibili a domicilio ma che, per particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria, richiedono l'assistenza in un ambiente sanitario protetto; la responsabilità clinica e la gestione complessiva del paziente spettano al medico di medicina generale.

3. Le strutture a più elevato livello assistenziale sono le speciali unità di assistenza protratta (SUAP) e i nuclei di residenze sanitarie assistenziali per pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti assistenziali intensivi, caratterizzate da standard qualificanti il servizio coerenti con i bisogni assistenziali delle persone accolte.

4. L'integrazione e il coordinamento delle strutture intermedie viene attuata a livello distrettuale. L'unità di valutazione distrettuale (UVD) di cui all'articolo 25 della legge regionale 19 maggio 1998, n. 10 (Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali), dotata di competenze multiprofessionali e multidisciplinari, legge e condivide le esigenze dei cittadini con bisogni complessi sanitari e sociali e garantisce la tempestiva presa in carico e la risposta assistenziale terapeutica, riabilitativa più appropriata.

Art. 24 strutture e interventi a rilevanza sociosanitaria

1. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle Aziende per l'assistenza sanitaria e sono comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria. In particolare vengono garantite le prestazioni sanitarie di assistenza medica primaria, infermieristica, riabilitativa e farmaceutica presso le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, per i disabili, per i minori, per le persone con disturbi della salute mentale e per le persone con dipendenze.

2. La Regione, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, procede alla revisione dei servizi e degli interventi attualmente erogati e determina:

a) gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni sociosanitarie nonché il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, per i disabili, per i minori, per le persone con disturbi della salute mentale e per le persone con dipendenze;

b) gli indirizzi volti a omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare come punto unico per indirizzare il cittadino al percorso sociosanitario e socio-assistenziale e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), e successive modifiche.

CAPO IV - ASSISTENZA OSPEDALIERA

SEZIONE I - PRINCIPI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Art. 25 principi dell'assistenza ospedaliera

1. L'assistenza ospedaliera si basa sui seguenti principi, modalità e strumenti operativi:

a) sicurezza del paziente;

b) appropriatezza organizzativa;

c) alta qualificazione professionale ed efficacia dei trattamenti;

d) alto livello di appropriatezza clinico assistenziale dei trattamenti;

e) separazione organizzativa fra attività urgente e programmata;

f) concentrazione dell'urgenza in pochi centri adeguatamente strutturati;

g) efficienza nell'uso delle risorse professionali, strumentali e dei beni di consumo;

h) riferimento a standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi nazionali;

i) continuità assistenziale e delle cure.

SEZIONE II - PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

Art. 26 programmazione ospedaliera

1. Il Servizio sanitario regionale adotta, quale standard per la definizione del numero dei posti letto ospedalieri accreditati, il valore di 3 posti letto per mille abitanti per acuti, e di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione, di cui 0,3 nelle strutture ospedaliere e 0,4 nelle aree delle residenze intermedie, di cui all'articolo 23, comma 2, lettera a). Tali valori sono raggiunti secondo la gradualità stabilita dagli atti regionali di pianificazione, garantendo la contestualità degli interventi di riduzione dei posti letto per acuti con l'implementazione delle aree di residenza intermedia.

2. I valori di cui al comma 1 sono comprensivi anche dei posti letto presso strutture private.

SEZIONE III - ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Art. 27 tipologia di presidi ospedalieri

1. L'ospedale è la struttura operativa dell'ente deputata all'assistenza dei soggetti affetti da una patologia a insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, nonché alla gestione di attività programmabili richiedenti un setting tecnologicamente e organizzativamente complesso. L'ospedale risponde alla domanda tramite un modello organizzato in rete in base a tre livelli di complessità crescente.
2. Le tipologie dei presidi ospedalieri sono le seguenti:
 - a) presidi ospedalieri di base "spoke";
 - b) presidi ospedalieri "hub" di primo livello;
 - c) presidi ospedalieri "hub" di secondo livello;
 - d) presidi ospedalieri specializzati.
3. Per ogni presidio ospedaliero pubblico sono definiti, in attuazione della presente legge, per ciascuna funzione ospedaliera:
 - a) l'elenco delle funzioni assistenziali per le aree funzionali mediche, chirurgiche, materno-infantile, di riabilitazione;
 - b) il numero dei posti letto ordinari e di day hospital per le aree funzionali mediche, chirurgiche, materno-infantile, di riabilitazione;
 - c) il relativo modulo organizzativo inerente all'articolazione dirigenziale, con riferimento alla tipologia e alla quantità.
4. Per ogni presidio ospedaliero privato sono definiti, per ciascuna funzione ospedaliera, gli elementi di cui al comma 3, lettere a) e b).
5. Quanto previsto ai commi 3 e 4 viene definito con deliberazione della Giunta regionale, da adottarsi previa acquisizione del parere della Commissione consiliare competente, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dal parere.

Art. 28 la rete dei presidi ospedalieri

1. La rete ospedaliera regionale viene rideterminata facendo riferimento alla classificazione delle strutture ospedaliere di cui all'articolo 27.
2. La rete regionale dei presidi ospedalieri pubblici è organizzata secondo il modello "hub and spoke" e si compone di quattro presidi ospedalieri "spoke", di tre presidi ospedalieri "hub" e di tre presidi ospedalieri specializzati.
3. I presidi ospedalieri di base "spoke", con bacino di utenza tra 80.000 e 150.000 abitanti, sono i seguenti:
 - a) Gorizia e Monfalcone;
 - b) Latisana e Palmanova;
 - c) San Daniele del Friuli e Tolmezzo;
 - d) San Vito al Tagliamento e Spilimbergo.
4. I presidi ospedalieri "hub", di primo o secondo livello, con bacino di utenza maggiore di 300.000 abitanti, sono:
 - a) "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, presidio ospedaliero di primo livello;
 - b) "Santa Maria della Misericordia" di Udine, presidio ospedaliero di secondo livello;
 - c) "Cattinara e Maggiore" di Trieste, presidio ospedaliero di secondo livello.
5. I presidi ospedalieri specializzati sono i seguenti:
 - a) Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste, specializzato nell'area materno-infantile;
 - b) Istituto di medicina fisica e riabilitazione "Gervasutta" di Udine, specializzato nell'area della riabilitazione;
 - c) Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Centro di riferimento oncologico" di Aviano, specializzato nell'area oncologica.
6. La rete ospedaliera pubblica è integrata con i posti letto delle case di cura private accreditate.
7. Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati si integrano con la rete ospedaliera pubblica.

Art. 29 presidi ospedalieri di base

1. I presidi ospedalieri di base svolgono di norma le seguenti funzioni, articolate in unità operative di degenza: pronto soccorso e medicina d'urgenza con posti di osservazione breve e semi-intensivi, anestesia e rianimazione con posti intensivi che possono essere organizzati in area comune di emergenza, medicina interna, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ginecologia e ostetricia con punto nascita, riabilitazione. I posti letto intensivi e semi-intensivi sono organizzati in un'area comune di degenza e sono gestiti dai medici dei reparti di pronto soccorso, medicina d'urgenza, cardiologia, anestesia e rianimazione sulla base delle problematiche cliniche specifiche del paziente accolto.
2. I presidi ospedalieri di base svolgono di norma le seguenti attività, articolate in servizi: oncologia, emodialisi, farmacia e, attivabili sulle ventiquattro ore, radiologia, cardiologia, gastroenterologia, labora-

torio d'urgenza ed emoteca e garantiscono, tramite la telemedicina, le attività di laboratorio di analisi, di microbiologia, di medicina trasfusionale e di anatomia patologica.

Art. 30 presidi ospedalieri di primo livello

1. I presidi ospedalieri di primo livello sono strutture sede di dipartimento di emergenza urgenza e accettazione di primo livello e svolgono, oltre alle funzioni che caratterizzano i presidi ospedalieri di base, di norma, le seguenti ulteriori funzioni, articolate in unità operative di degenza: medicina d'urgenza, pediatria, cardiologia con unità coronarica ed emodinamica-elettrofisiologia, gastroenterologia, neurologia con "stroke-unit", oncologia, pneumologia, servizio psichiatrico di diagnosi e cura, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, servizio di medicina trasfusionale, odontostomatologia/maxillo-facciale.
2. I presidi ospedalieri di primo livello svolgono, oltre alle attività che caratterizzano i presidi ospedalieri di base, di norma, le seguenti ulteriori attività, articolate in servizi: pronto soccorso con posti di osservazione temporanea o breve, anatomia patologica, laboratorio di analisi, microbiologia e virologia.

Art. 31 presidi ospedalieri di secondo livello

1. I presidi ospedalieri di secondo livello sono strutture sede di dipartimento di emergenza urgenza e accettazione di secondo livello e svolgono, di norma, oltre alle funzioni che caratterizzano i presidi ospedalieri di primo livello, le seguenti ulteriori funzioni: ematologia, neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, neonatologia, terapia intensiva pediatrica, radioterapia e neuroradiologia. Nella sede di Trieste le funzioni dell'area pediatrica sono assicurate dall'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo". Nella sede di Udine le funzioni dell'area riabilitativa sono assicurate dall'Istituto di medicina fisica e riabilitazione "Gervasutta".

Art. 32 criteri operativi e organizzativi

1. I presidi ospedalieri possono svolgere le funzioni in più sedi operative e con mandati differenziati per stabilimento ancorché integrati funzionalmente.
2. I presidi ospedalieri possono svolgere anche funzioni caratterizzanti, di norma, i presidi ospedalieri di più elevato livello. Tali funzioni sono confermate dove già attivate alla data di entrata in vigore della presente legge e possono essere mantenute laddove la pianificazione sanitaria ne individui esigenze, requisiti e adeguato bacino di utenza.
3. Non vengono attivate le funzioni dei presidi ospedalieri svolte, nel medesimo bacino di utenza, dai presidi ospedalieri specializzati.
4. Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, per la specialità di afferenza, svolgono funzione unica di riferimento per i presidi ospedalieri di primo e secondo livello nell'area territoriale di riferimento, coordinandosi con le aziende di cui all'articolo 4, comma 2, al fine di garantire il miglior servizio pubblico di tutela della salute e l'alta specializzazione delle cure, lo sviluppo delle conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, secondo modalità coerenti con il raggiungimento della sostenibilità economica del sistema sanitario regionale.
5. Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati svolgono attività specialistica coordinandosi con gli altri enti del Servizio sanitario regionale.

Art. 33 case di cura private e poliambulatori privati accreditati

1. Le case di cura private e i poliambulatori privati accreditati svolgono funzioni complementari o integrative del Servizio sanitario regionale, relativamente al territorio di appartenenza o all'intero territorio regionale, secondo i fabbisogni del Servizio sanitario regionale medesimo e in base a specifici accordi contrattuali di cui all'articolo 50.
2. I posti letto delle case di cura private accreditate concorrono alla dotazione complessiva dei posti letto del territorio di appartenenza.
3. Le funzioni assistenziali delle case di cura private accreditate sono definite ai sensi dell'articolo 27, comma 4.

Art. 34 riconversione di strutture ospedaliere

1. I presidi ospedalieri di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago e Sacile, nonché parte del presidio ospedaliero "Maggiore" di Trieste, sono riconvertiti per lo svolgimento di attività distrettuali sanitarie e sociosanitarie. Tali presidi si rapportano, per l'erogazione dell'attività, con l'ospedale di riferimento e supportano, se necessario, le attività del medesimo.
2. Le strutture di cui al comma 1 sono denominate "Presidi ospedalieri per la salute".
3. Presso le strutture di cui al comma 1 sono mantenuti, sotto la responsabilità organizzativa distrettuale, come specificato all'articolo 20, comma 6, tutti i servizi ambulatoriali presenti, comprese la dialisi e la radiologia tradizionale; inoltre viene assicurata la presenza di un punto di primo intervento sulle dodici/ventiquattro ore e la postazione di un mezzo di soccorso sulle ventiquattro ore.
4. Presso le strutture di cui al comma 1, oltre ai servizi distrettuali già attivi, devono essere gradualmente

realizzate in collaborazione con l'ospedale di riferimento tutte le forme avanzate di assistenza primaria e di gestione della cronicità, di riabilitazione, nonché la residenzialità, in particolare riabilitativa e di lungo termine, compresi gli ospedali di comunità; tali strutture diventano anche luoghi di integrazione socio-sanitaria con spazi destinati alle associazioni dei malati.

Art. 35 modello organizzativo del presidio ospedaliero

1. L'organizzazione dei presidi ospedalieri è realizzata mediante la collaborazione in equipe multiprofessionali con la finalità di privilegiare la centralità del paziente nel rispetto e nella valorizzazione delle competenze e responsabilità delle professioni mediche e delle altre professioni sanitarie.
2. L'attività clinico assistenziale è organizzata in strutture operative complesse o semplici, dove prestano servizio medici appartenenti a una determinata disciplina, altri dirigenti e operatori sanitari, organizzate in dipartimenti strutturali e funzionali. I dipartimenti hanno lo scopo di condividere le competenze per organizzare percorsi clinico assistenziali secondo criteri di evidenza clinica.
3. L'attività delle professioni sanitarie è organizzata in aree assistenziali o tecnico sanitarie, di norma raggruppate in piastre, composte da professionisti delle professioni sanitarie e da altri operatori dell'assistenza, ed è caratterizzata dalle professioni infermieristica, tecnico sanitaria e tecnica della riabilitazione. Le aree assistenziali o tecnico assistenziali hanno anche lo scopo di condividere risorse professionali, posti letto, ambulatori, beni di consumo e tecnologie. Esse sono svolte in autonomia gestionale. Le direzioni generali delle aziende individuano all'interno dei presidi ospedalieri le aree d'intervento e le strutture in cui applicare con gradualità il modello operativo sopracitato.
4. Costituiscono specifiche indicazioni organizzative e requisiti di qualità dei presidi ospedalieri:
 - a) il coinvolgimento della famiglia nel percorso assistenziale;
 - b) il rispetto dei diritti del paziente;
 - c) la sicurezza del paziente;
 - d) la continuità dell'assistenza con dimissioni protette e programmate;
 - e) l'organizzazione dell'assistenza per intensità di cure secondo le modalità previste dal comma 3;
 - f) l'utilizzo flessibile dei posti letto ordinari e di day hospital;
 - g) week surgery;
 - h) day service;
 - i) l'utilizzo condiviso degli ambulatori;
 - j) l'utilizzo condiviso delle sale operatorie, allocate in uno o più blocchi operatori in base alle dimensioni del presidio ospedaliero, e il loro pieno utilizzo nell'arco della settimana;
 - k) il funzionamento dei servizi diagnostici e delle grandi attrezzature diagnostiche e terapeutiche su doppio turno per almeno sei giorni la settimana;
 - l) la centralizzazione della gestione delle risorse che assicurano l'assistenza;
 - m) l'informatizzazione della documentazione sanitaria;
 - n) la gestione informatizzata e centralizzata delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie, comprese quelle di libera professione;
 - o) l'accreditamento internazionale volontario.

Art. 36 gestione economico-finanziaria dei presidi ospedalieri

1. I presidi ospedalieri sono dotati di autonomia economico-finanziaria e gestionale mediante l'attribuzione, da parte del direttore generale, di uno specifico budget.
2. Il direttore generale individua il responsabile di budget del presidio ospedaliero che risponde dei risultati affidati.

TITOLO V - PIANIFICAZIONE E ORGANISMI REGIONALI

CAPO I - PIANIFICAZIONE REGIONALE

Art. 37 pianificazione regionale

1. Fermo restando quanto previsto al Capo III della legge regionale 23/2004, i piani settoriali regionali, nel rispetto della sicurezza e della sostenibilità economica, definiscono l'organizzazione e la distribuzione delle strutture e dei servizi sanitari con riferimento a determinate funzioni con il fine di assicurare equità di accesso e omogeneità di trattamento a tutta la popolazione.
2. I piani regionali di cui al comma 1 vengono emanati nei seguenti settori:
 - a) prevenzione;
 - b) assistenza primaria;
 - c) dipendenze;
 - d) emergenza-urgenza;
 - e) materno-infantile;
 - f) riabilitazione;
 - g) salute mentale;

- h) sangue;
- i) cronicità;
- j) eventuali altri individuati dalla Giunta regionale.

3. I piani regionali sono approvati con deliberazione della Giunta regionale, previa acquisizione del parere della Commissione consiliare competente, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dal parere; essi mantengono efficacia fino all'approvazione del piano successivo.

Art. 38 rete dell'emergenza-urgenza

1. La riorganizzazione della rete di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari richiede un efficace sistema dell'emergenza-urgenza garantito attraverso la centrale operativa 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.

2. Il piano dell'emergenza-urgenza di cui all'articolo 37 ridefinisce ruoli e compiti della centrale operativa e della rete territoriale di soccorso, ivi compresi le postazioni territoriali, l'elisoccorso sanitario, le elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali e i punti di primo intervento, nonché la rete ospedaliera dell'emergenza.

CAPO II - ORGANISMI REGIONALI

Art. 39 reti di patologia

1. Le reti di patologia sono reti professionali che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività distrettuale e/o integrano le diverse attività territoriali distrettuali, sovra distrettuali o sovra aziendali, con l'obiettivo di assicurare la continuità assistenziale e definire modalità di presa in carico e trattamento dei pazienti su tutto il territorio regionale, facendo partecipare attivamente anche i rappresentanti di cittadini o pazienti, per favorire una umanizzazione dei percorsi dell'assistenza e una modalità organizzativa dei servizi coerente con i loro bisogni di assistenza.

2. Le reti di patologia assicurano il costante confronto tra i professionisti che operano nel Servizio sanitario regionale e svolgono i seguenti compiti:

- a) definiscono le modalità di trattamento appropriate per le diverse tipologie di casistica, secondo le migliori evidenze scientifiche;
- b) facilitano la diffusione delle competenze anche attraverso iniziative di formazione;
- c) partecipano alle iniziative di valutazione delle tecnologie d'interesse;
- d) assicurano la continuità assistenziale tramite raccordi professionali fra le strutture presenti nel territorio della regione;
- e) implementano strumenti informativi comuni per consentire il lavoro in rete delle strutture regionali;
- f) assicurano i flussi informativi regionali e nazionali;
- g) monitorano la sostenibilità professionale delle strutture regionali per determinate attività;
- h) valutano, anche attraverso azioni di benchmark, i livelli di qualità erogati dalle strutture regionali, compresi gli esiti previsti dal programma nazionale;
- i) valutano, anche attraverso azioni di benchmark, la congruità dei costi sostenuti dalle singole strutture regionali, in rapporto all'attività espletata.

3. Le principali reti di patologia sono le seguenti:

- a) emergenze cardiologiche;
- b) ictus ed emorragia cerebrale;
- c) trauma;
- d) bronco-pneumopatia cronico ostruttiva;
- e) cure palliative e terapia del dolore;
- f) demenze;
- g) diabete e nutrizione clinica;
- h) insufficienze d'organo e trapianti;
- i) malattia oncologica;
- j) malattia reumatica;
- k) malattie rare e patologie connatali o ad esordio in età evolutiva che determinano disabilità persistente;
- l) esordi psichiatrici e disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva ed età adulta;
- m) comorbidità tra disturbi psichiatrici e dipendenze;
- n) stati vegetativi e di minima coscienza;
- o) altre di interesse epidemiologico-organizzativo.

4. L'organizzazione delle reti di patologia viene definita con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 40 attività del personale sanitario

1. In considerazione dell'evoluzione tecnologica, delle conoscenze del personale e delle nuove modalità erogative dei servizi, anche in conseguenza dei percorsi formativi del personale delle professioni sanita-

rie, è necessario adeguare al nuovo contesto assistenziale le attività operative, svolte dai medici e dalle professioni sanitarie secondo criteri dettati dalla evidence based medicine e dalle linee guida internazionali, nel rispetto dei livelli qualitativi e di sicurezza, nonché della normativa vigente.

2. Presso la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia sono costituiti dei gruppi di lavoro composti da dirigenti medici e/o sanitari delle discipline specialistiche e personale delle professioni sanitarie, con il compito di procedere alla disamina degli specifici settori di attività all'interno dei percorsi clinico assistenziali per le diverse patologie.

3. La Regione promuove iniziative formative, anche con l'apporto dell'Università, per la definizione dei nuovi settori di attività professionale e la formazione continua delle diverse professioni nell'ambito delle rispettive competenze.

Art. 41 centri di riferimento e di specializzazione regionale

1. Con deliberazione della Giunta regionale possono essere individuate, sulla base di criteri predeterminati, strutture funzionali al Servizio sanitario regionale cui viene affidato il compito di:

- a) riferimento clinico;
- b) supporto alla programmazione regionale;
- c) supporto nell'elaborazione di linee guida o di percorsi assistenziali;
- d) osservatorio regionale.

2. Le strutture di cui al comma 1 svolgono i relativi compiti nell'ambito delle attività cui sono istituzionalmente e funzionalmente preposti, senza la corresponsione di compensi o maggiorazioni retributive.

3. La deliberazione di cui al comma 1 determina anche la durata dei compiti assegnati.

CAPO III - PRINCIPI GESTIONALI

Art. 42 modalità gestionali

1. Nella gestione del Servizio sanitario regionale si devono perseguire principi e metodi di efficacia ed efficienza, ricorrendo a:

- a) strumenti operativi che consentano le misurazioni di alti livelli di assistenza, sia dal punto di vista qualitativo che di esito assistenziale;
- b) metodi e strumenti operativi che perseguano un uso efficiente delle risorse, riducendo gli sprechi, adottando metodologie di analisi dei costi e analisi delle organizzazioni;
- c) indicatori appropriati per valutare la bontà delle relazioni intra aziendali anche ai fini della valutazione dei direttori generali.

2. La Regione sostiene specifiche iniziative di formazione permanente per il personale del Servizio sanitario regionale al fine di promuovere le nuove modalità e approcci gestionali.

Art. 43 informatizzazione del Servizio sanitario regionale

1. La Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia sviluppa e realizza il programma di informatizzazione completa del Servizio sanitario regionale, anche attraverso la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), riguardante tutte le attività sanitarie e sociosanitarie, quale strumento indispensabile per perseguire:

- a) l'elevata sicurezza dell'assistenza, fornendo ai professionisti le necessarie informazioni in ogni momento per percorso assistenziale;
- b) l'uniformità qualitativa dei servizi, garantendo l'integrazione dei processi assistenziali e socio-assistenziali;
- c) la riduzione dei costi gestionali, favorendo la concentrazione e l'uniformità organizzativa;
- d) la trasparenza, favorendo il cittadino nell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari.

Art. 44 comunicazione al cittadino

1. La Regione attua una apposita operatività per promuovere e sostenere la comunicazione al cittadino sulla propria salute:

- a) informando il cittadino, tramite la messa a disposizione di dati e di altri supporti informativi;
- b) coinvolgendo il cittadino con accesso ai suoi dati FSE, alle modalità amministrative per curarsi, riducendo il ricorso inutile agli uffici;
- c) dando autonomia al cittadino di comunicare con i servizi ed erogatori pubblici e privati;
- d) diventando partner con i servizi e l'assistenza, partecipando alla gestione della malattia utilizzando gli stessi dati e formati del personale sanitario;
- e) supportando la comunità fornendo le informazioni dell'assistenza erogata, centrata sul paziente a domicilio, mettendo a disposizione una struttura operativa e strumenti tecnologici per comunicare e gestire il paziente a domicilio.

2. Nel rispetto dei principi e del disposto della legge 15 dicembre 1999, n. 482 (Norme in materia di tutela delle minoranze linguistiche storiche), e della legge 38/2001, nonché della legge regionale 16

novembre 2007, n. 26 (Norme regionali per la tutela della minoranza linguistica slovena), della legge regionale 18 dicembre 2007 n. 29 (Norme per la tutela, valorizzazione e promozione della lingua friulana), e della legge regionale 20 novembre 2009, n. 20 (Norme di tutela e promozione delle minoranze di lingua tedesca del Friuli Venezia Giulia), di tutela e valorizzazione delle comunità linguistiche e nazionali, la Regione promuove le attività di cui al comma 1 anche nelle lingue minoritarie ufficialmente riconosciute.

3. La Regione attua quanto disposto dal presente articolo con gli strumenti di cui all'articolo 43.

Art. 45 formazione del personale

1. La Regione riconosce e promuove la formazione permanente del personale quale strumento fondamentale per mantenere elevati e crescenti i livelli di qualità nella erogazione di prestazione dei servizi sanitari e socio-sanitari a tutela della salute pubblica.

2. La Regione direttamente o tramite gli enti del Servizio sanitario regionale e l'Università promuove e sostiene iniziative formative per accompagnare la realizzazione della presente legge, per sostenere programmi di umanizzazione delle cure, per valorizzare e qualificare le competenze manageriali della dirigenza sanitaria, amministrativa e professionale, per sostenere e favorire lo sviluppo dei quadri intermedi.

3. La Regione sostiene l'attività di formazione dei medici di medicina generale per il corso triennale di formazione specifica e quella dei farmacisti operanti nelle farmacie convenzionate del territorio, inerente alle attività della farmacia dei servizi.

4. La Regione promuove lo sviluppo dei rapporti con le farmacie convenzionate, sviluppando con esse azioni integrate e affidando compiti di servizio. Nell'ambito degli accordi di convenzione con le farmacie possono essere previsti momenti formativi dei farmacisti operanti nelle farmacie convenzionate del territorio.

Art. 46 valorizzazione delle professioni sanitarie

1. La Regione, in attuazione della normativa vigente, promuove a livello locale e regionale nell'ambito del Servizio sanitario regionale, la valorizzazione, lo sviluppo e la responsabilizzazione delle professioni sanitarie per contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di cambiamento in atto dell'assetto sanitario regionale, all'integrazione e continuità socio-sanitaria e al miglioramento dell'organizzazione multiprofessionale del lavoro.

2. A livello locale, in ogni Azienda per l'assistenza sanitaria e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, sono istituiti i servizi delle professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), e alla legge regionale 16 maggio 2007, n. 10 (Disposizioni in materia di valorizzazione nell'ambito del Servizio sanitario regionale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale, in materia di ricerca e conduzione di studi clinici, nonché in materia di personale operante nel sistema integrato di interventi e servizi sociali).

Art. 47 benchmarking

1. L'Assessore alla salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia è delegato ad attuare un sistema di benchmarking nei confronti del personale di comparto, della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa e dirigenza medica e veterinaria di tutte le professioni sanitarie e non, al fine di rendere omogeneo il numero degli operatori dedicati ai medesimi servizi sul territorio regionale.

TITOLO VI - AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI

CAPO I - AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI

Art. 48 autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie

1. In attuazione dell'articolo 8 ter del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche, nonché dell'atto di intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, con regolamento regionale, da adottarsi entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti:

a) i requisiti, i criteri e le evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie e per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie specifici per le diverse tipologie di struttura;

b) la procedura per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione delle strutture e all'esercizio dell'attività.

2. L'autorizzazione per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie e l'autorizzazione per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie necessitano di preventiva verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione in rapporto con il fabbisogno complessivo regionale e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale. Nelle more della riclassificazione delle strutture residenziali per anziani e delle strutture di cui all'articolo 24, comma 2, lettera a), il parere sul fabbisogno è vincolante. L'autorizzazione per la realizzazione delle strutture è rilasciata dal Comune. L'autorizzazione per l'esercizio delle attività è rilasciata dalle Aziende per l'assistenza sanitaria sulla base dei requisiti e delle procedure stabiliti con il regolamento di cui al comma 1. Il rilascio delle autorizzazioni per la rea-

lizzazione delle strutture e per l'esercizio delle attività non determina, in alcun modo, l'accreditamento delle strutture e la sussistenza degli accordi contrattuali di cui agli articoli 49 e 50.

3. Quanto disposto ai commi 1 e 2 si applica alla costruzione di nuove strutture e a qualsiasi intervento sulle strutture esistenti, ivi compreso il trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate. Fermo restando quanto stabilito al comma 2, nelle more dell'adozione del regolamento di cui al comma 1, trovano applicazione i requisiti e le procedure, in quanto compatibili, stabiliti con il regolamento adottato sulla base della previgente normativa. Quanto disposto al comma 2 viene applicato anche per le strutture il cui procedimento per il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione o dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività è avviato o concluso entro la data di entrata in vigore della presente legge e comunque entro il 31 ottobre 2014 sulla base della previgente normativa.

Art. 49 accreditamento di strutture sanitarie e sociosanitarie

1. In attuazione dell'articolo 8 quater del decreto legislativo 502/1992 con regolamento regionale sono stabiliti:

- a) i requisiti ulteriori di qualificazione rispetto a quelli stabiliti ai sensi dell'articolo 48, nonché ai sensi dell'atto di intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012;
- b) la procedura per il rilascio e il mantenimento dell'accreditamento istituzionale.

2. L'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie è rilasciato dalla Regione, Direzione centrale competente in materia, subordinatamente alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

3. Fermo restando quanto stabilito al comma 2, nelle more dell'adozione del regolamento di cui al comma 1, trovano applicazione i requisiti e le procedure, in quanto compatibili, stabiliti con il regolamento adottato sulla base della previgente normativa.

Art. 50 accordi contrattuali

1. Gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992 sono definiti in coerenza con la programmazione regionale, che determina il fabbisogno e le risorse sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi.

2. Con apposite deliberazioni la Giunta regionale stabilisce le procedure attuative di cui al comma 1.

3. I rapporti economici con gli erogatori privati di servizi sanitari si regolano tramite repertori prestazionali o nomenclatori tariffari per singola prestazione o, in alternativa, per specifici percorsi assistenziali omnicomprensivi. Le strutture sociosanitarie si remunerano per giornata di ospitalità connessa con l'intensità assistenziale dell'ospite tenendo anche conto della situazione reddituale.

4. I documenti di cui al comma 3 sono approvati con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 51 controlli sulle prestazioni erogate

1. Ai fini della appropriatezza e della qualità delle prestazioni la Giunta regionale adotta con deliberazione i criteri e le modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate sia dalle strutture pubbliche che dalle strutture private di cui all'articolo 50.

Art. 52 sanzioni amministrative

1. In caso di violazione della normativa vigente in materia di esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria trovano applicazione, per la parte compatibile con le disposizioni di cui al presente Capo, gli articoli 4 bis e 4 ter della legge regionale 8/2001.

TITOLO VII - FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I - FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 53 finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale

1. La quantificazione delle risorse da destinare agli enti del Servizio sanitario regionale è effettuata in coerenza con le risorse finanziarie programmate dalla Regione nel rispetto dei parametri fissati dallo Stato per i livelli essenziali di assistenza. La quantificazione delle risorse viene effettuata, anno per anno, con gli atti di pianificazione e programmazione, secondo il principio della gradualità.

2. La ripartizione delle risorse agli enti in parte corrente viene effettuata sulla base di criteri standard per livello essenziale di assistenza, tenendo conto della popolazione degli ambiti territoriali di riferimento, corretta per età, indice di morbosità, esito assistenziale e indice di dipendenza socio-assistenziale e, per l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, in coerenza con i costi relativi alle funzioni allo stesso affidate.

3. Gli enti possono essere ulteriormente finanziati per specifiche funzioni assistenziali individuate dalla programmazione nonché per specifici obiettivi o progetti.

4. La Regione finanzia gli investimenti in conto capitale per le strutture sanitarie e sociosanitarie.

Art. 54 norma finanziaria

1. Gli oneri derivanti dalla applicazione della presente legge sono posti a carico del fondo sanitario regionale.

TITOLO VIII - NORME FINALI

CAPO I - NORME FINALI

Art. 55 norme transitorie

1. Tenuto conto del nuovo assetto istituzionale previsto dal Titolo II, in prima applicazione della presente legge, in deroga a quanto previsto dall'articolo 20 della legge regionale 49/1996, i termini per l'adozione del programma annuale e del bilancio preventivo degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015 sono prorogati al 31 marzo.

2. Per il periodo massimo di un anno a decorrere dall'1 gennaio 2015, per l'espletamento delle funzioni amministrative e contabili, ivi compresa la gestione del personale, l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi si avvale a titolo gratuito dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine.

Art. 56 abrogazioni

1. Sono abrogate le norme regionali in contrasto con quanto previsto dalla presente legge e, in particolare:
- a) la legge regionale 15 giugno 1993, n. 41 (Norme propedeutiche e principi per il riordino della disciplina in materia sanitaria in applicazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502);
 - b) l'articolo 124 della legge regionale 17 giugno 1993, n. 47 (modificativo della legge regionale 41/1993);
 - c) la legge regionale 30 agosto 1994, n. 12 (Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale);
 - d) l'articolo 69 della legge regionale 25 ottobre 1994, n. 14 (modificativo della legge regionale 12/1994);
 - e) l'articolo 10 della legge regionale 8 agosto 1996, n. 29 (modificativo della legge regionale 12/1994);
 - f) l'articolo 56 della legge regionale 49/1996 (modificativo della legge regionale 12/1994);
 - g) gli articoli 6 e 17 della legge regionale 9 settembre 1997, n. 32 (modificativi della legge regionale 12/1994);
 - h) il comma 1 dell'articolo 131 della legge regionale 9 novembre 1998, n. 13 (modificativo della legge regionale 12/1994);
 - i) il comma 1 dell'articolo 5 e i commi 1, 2, 3, 4, 5 e 7 dell'articolo 17 della legge regionale 23/2004 (modificativi della legge regionale 12/1994);
 - j) l'articolo 10 della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 19 (modificativo della legge regionale 12/1994);
 - k) la lettera b) del comma 17 dell'articolo 10 della legge regionale 23 luglio 2009, n. 12 (modificativa della legge regionale 12/1994);
 - l) l'articolo 262 della legge regionale 21 dicembre 2012, n. 26 (modificativo della legge regionale 12/1994);
 - m) il comma 8 dell'articolo 8 della legge regionale 6/2013 (modificativo della legge regionale 12/1994);
 - n) la legge regionale 27 febbraio 1995, n. 13 (Revisione della rete ospedaliera regionale);
 - o) l'articolo 12 della legge regionale 5 settembre 1995, n. 37 (modificativo della legge regionale 13/1995);
 - p) gli articoli 4 e 5 della legge regionale 8/2001;
 - q) la lettera d) del comma 13 dell'articolo 12 della legge regionale 15 maggio 2002, n. 13 (modificativa della legge regionale 8/2001);
 - r) il comma 2 dell'articolo 19 della legge regionale 23/2004 (modificativo della legge regionale 8/2001).
2. Le abrogazioni di cui al comma 1, lettere da a) a o), decorrono dall'1 gennaio 2015.

Art. 57 norma di rinvio

1. Per quanto non previsto dalla presente legge, si applicano il decreto legislativo 502/1992, il decreto legislativo 517/1999, nonché le altre norme statali e regionali vigenti.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione.

Data a Trieste, addì 16 ottobre 2014

SERRACCHIANI

NOTE**Avvertenza**

Il testo delle note qui pubblicate è stato redatto ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 13 maggio 1991, n. 18, come da ultimo modificato dall'articolo 85, comma 1, della legge regionale 30/1992, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio.

Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Nota all'articolo 2

- Il testo dell'articolo 2 della legge regionale 11 novembre 2013, n. 17, è il seguente:

Art. 2 finalità

1. L'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale viene ridefinito per:

- a) porre la persona al centro del percorso di assistenza e di coinvolgimento nella tutela e promozione della salute;
- b) perseguire l'erogazione delle prestazioni essenziali tramite un Servizio sanitario regionale ad accesso universale;
- c) favorire, sia nell'area socio-sanitaria che in quella socio-assistenziale, l'attivazione di percorsi socio-assistenziali e diagnostico-terapeutico-riabilitativi, anche attraverso un approccio multi professionale e personalizzato, che assista, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'integrazione e la continuità della presa in carico del problema di salute del paziente cittadino;
- d) favorire il superamento della frammentazione e della duplicazione delle strutture organizzative esistenti, anche attraverso processi di aggregazione in dipartimenti e di integrazione operativa e funzionale;
- e) garantire appropriate politiche di prevenzione e promozione della salute che coinvolgano fattivamente le comunità;
- f) perseguire l'appropriata integrazione tra l'ospedale, l'assistenza primaria e quella territoriale;
- g) favorire l'omogenea offerta di servizi sul territorio regionale nonché l'uniformità dei livelli di assistenza, anche perseguendo l'omogeneità organizzativa;
- h) semplificare il sistema istituzionale e organizzativo;
- i) garantire la sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale attraverso la riorganizzazione e l'impiego efficiente delle risorse strutturali e delle competenze professionali, nonché l'adeguata assegnazione delle risorse finanziarie;
- j) riorganizzare le linee amministrative delle aziende per i servizi sanitari, delle aziende ospedaliere e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici secondo un modello di gestione unitario;
- k) sviluppare e attuare un sistema che garantisca la trasparenza dei sistemi organizzativi e delle attività, nonché la partecipazione dei cittadini;
- l) promuovere l'innovazione clinica, gestionale e organizzativa sviluppando la ricerca biomedica e sanitaria e la formazione del personale sanitario.

Nota all'articolo 5

- Il testo dell'articolo 4 della legge 23 febbraio 2001, n. 38, è il seguente:

Art. 4 ambito territoriale di applicazione della legge

1. Le misure di tutela della minoranza slovena previste dalla presente legge si applicano alle condizioni e con le modalità indicate nella legge stessa, nel territorio in cui la minoranza è tradizionalmente presente. In tale territorio sono considerati inclusi i comuni o le frazioni di essi indicati in una tabella predisposta, su richiesta di almeno il 15 per cento dei cittadini iscritti nelle liste elettorali o su proposta di un terzo dei consiglieri dei comuni interessati, dal Comitato entro diciotto mesi dalla sua costituzione, ed approvata con decreto del Presidente della Repubblica.
2. Qualora il Comitato non sia in grado di predisporre nel termine previsto la tabella di cui al comma 1, la tabella stessa è predisposta nei successivi sei mesi dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, sentite le amministrazioni interessate e tenendo conto del lavoro svolto dal Comitato, fermo restando quanto stabilito dall'articolo 25 della presente legge.

Nota all'articolo 7

- Il testo dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è il seguente:

Art. 3 organizzazione delle unità sanitarie locali

1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

1-ter. [Le aziende di cui ai commi 1 e 1-bis informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui al comma 1-bis].

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i respon-

sabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

1-quinquies. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

2. [L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale].

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

4. [Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma].

5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:

a) [la riduzione, sentite le province interessate, delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione prevede ambiti territoriali di estensione diversa];

b) [l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti];

c) [i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali];

d) [il finanziamento delle unità sanitarie locali che tenga conto della natura aziendale delle stesse nonché del bacino d'utenza da servire e delle prestazioni da erogare];

e) [le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali];

f) [il divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'art. 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione];

g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20, D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. [Il direttore generale è nominato, previo specifico avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, dalla regione, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità di cui al comma 10] (32). [La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale e comunque non oltre il 30 aprile 1994]. [Scaduto tale termine, qualora la regione non vi abbia provveduto, la nomina del direttore generale è effettuata previa diffida, dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità]. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. [Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età]. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più

anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. [Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale]. [In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità]. [Le regioni determinano in via generale i parametri di valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi assegnati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari].

7. [Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del direttore generale]. [Al rapporto di lavoro si applica la disciplina di cui al comma 6]. [Essi cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati]. [Per gravi motivi, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato]. Il direttore sanitario è un medico [in possesso della idoneità nazionale di cui all'art. 17] che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale [e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza]. [Le regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei servizi sociali in analogia alle disposizioni previste per i direttori sanitario e amministrativo]. Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. [Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni, il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dall'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto].

9. [Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni].

10. [Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della Direzione generale del Ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal Presidente del Consiglio dei Ministri, uno dal CNEL, uno dal Ministro della sanità e due dal presidente della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal presidente della provincia autonoma di Bolzano e della regione Valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti dispo-

sizioni in materia di bilinguismo e, per la provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei principi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale. La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione. Il predetto elenco deve essere altresì integrato ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 270].

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;

b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;

c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'art. 15 della L. 3 agosto 1988, n. 327, e dall'art. 14, L. 19 marzo 1990, n. 55;

d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. [Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato ed uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali]. [Il predetto collegio è integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla regione ed uno designato dal Ministro del tesoro scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato, per le unità sanitarie locali il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi]. [I revisori, ad eccezione della rappresentanza del Ministero del tesoro, sono scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'art. 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88]. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti. [Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento]. [Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'unità sanitaria locale]. [I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo].

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale.

Nota all'articolo 9

- Per il testo dell'articolo 3 del decreto legislativo 502/1992, vedi nota all'articolo 7.

Nota all'articolo 10

- Il testo dell'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 5 patrimonio e contabilità

- omissis -

2. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.

- omissis -

Nota all'articolo 12

- Per il testo dell'articolo 3 del decreto legislativo 502/1992, vedi nota all'articolo 7.

Note all'articolo 13

- Il testo dell'articolo 1 della legge regionale 9 marzo 2001, n. 8, è il seguente:

Art. 1 Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale

1. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, di seguito denominata Conferenza, ha la seguente composizione:

a) i Presidenti delle Conferenze dei sindaci, di cui all'articolo 13 della legge regionale 30 agosto 1994, n. 12 (Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale), e successive modifiche, o loro delegati;

b) (ABROGATA)

c) i Presidenti delle Assemblee dei sindaci di ambito distrettuale di cui all'articolo 20 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), e successive modifiche, qualora non già Presidenti delle Conferenze suddette, o loro delegati.

2. Ai lavori della Conferenza partecipano, senza diritto di voto, un rappresentante dell'ANCI, uno dell'UPI e uno di Federsanità-ANCI.

3. Ai medesimi lavori partecipano inoltre, senza diritto di voto e limitatamente alla trattazione di argomenti afferenti alla materia sociale, tre rappresentanti del terzo settore, individuati con apposito provvedimento della Giunta regionale nell'ambito dei nominativi segnalati dalle associazioni maggiormente rappresentative del terzo settore presenti a livello regionale; la predetta individuazione tiene conto, di preferenza, delle indicazioni effettuate congiuntamente. Trascorsi quarantacinque giorni dalla richiesta dei nominativi avanzata dall'Amministrazione regionale, si procede alla nomina sulla base delle designazioni pervenute, fatta salva la possibilità di successive integrazioni entro il suddetto limite di tre unità.

4. La mancata attuazione di quanto previsto al comma 3 non incide sulla validità dei lavori della Conferenza.

5. I componenti di cui al comma 1 sono componenti di diritto e sono segnalati al presidente della Conferenza al fine della loro convocazione. La Conferenza elegge al suo interno il presidente. Qualora la carica di presidente sia vacante, sino alla nuova nomina le relative funzioni sono svolte dal componente più anziano per età.

6. Le modalità di funzionamento della Conferenza sono stabilite dalla Conferenza stessa, entro novanta giorni dall'insediamento, con regolamento approvato a maggioranza assoluta. In mancanza, provvede la Giunta regionale entro i novanta giorni successivi.

7. La Conferenza svolge i seguenti compiti:

a) esprime parere sulla proposta di Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali;

b) esprime parere sulla proposta di Piano sanitario e sociosanitario regionale;

c) esprime parere sui progetti obiettivo regionali di carattere sociosanitario;

d) esprime parere sulle linee annuali di gestione di cui all'articolo 12, comma 2, della legge regionale 49/1996;

d bis) esprime parere su schemi di regolamenti e proposte di provvedimenti e di programmazione della Giunta regionale riguardanti le funzioni attribuite dalla legge al Servizio sociale dei Comuni di cui all'articolo 17 della legge regionale 6/2006, qualora non di competenza del Consiglio delle autonomie locali;

e) (ABROGATA)

f) esprime parere obbligatorio ed eventuali osservazioni sul Piano attuativo ospedaliero (PAO) nei termini e con le modalità stabiliti dagli articoli 16 e 20 della legge regionale 49/1996 e successive modifiche;

g) partecipa alla verifica della realizzazione dei PAO delle Aziende ospedaliere, delle Aziende ospedaliero-universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e del Policlinico universitario di Udine, i quali, a tal fine, trasmettono alla Conferenza, entro quindici giorni dalla loro adozione, il bilancio di esercizio e il rendiconto finanziario annuale corredati della relazione del Collegio sindacale; sui predetti atti la Conferenza formula le proprie osservazioni e le invia, entro i successivi trenta giorni, alla Giunta regionale per il tramite dell'Agenzia regionale della sanità;

h) (ABROGATA)

i) esercita, con riguardo ai restanti procedimenti riferiti ai Direttori generali di cui alla lettera h), le funzioni di cui all'articolo 3 bis, commi 6 e 7, 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), come inserito dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 229/1999;

l) designa uno dei componenti il Collegio sindacale delle Aziende ospedaliere e uno dei componenti il Collegio sindacale delle Aziende ospedaliero-universitarie.

8. Al fine di garantire il necessario coordinamento con il settore delle autonomie locali nelle materie di comune interesse, la Conferenza si raccorda con il Consiglio delle autonomie locali di cui al Capo I, Titolo III, della legge regionale 9 gennaio 2006, n. 1 (Principi e norme fondamentali del sistema Regione - autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia), secondo modalità stabilite di concerto tra i rispettivi presidenti.

9. Decorso inutilmente il termine di quindici giorni dal ricevimento della richiesta i pareri di cui ai commi che precedono si hanno per resi.

9 bis. La Conferenza ha sede presso il Consiglio delle autonomie locali e si avvale della medesima struttura di supporto per l'espletamento delle proprie funzioni istituzionali.

9 ter. L'Amministrazione regionale è autorizzata a sostenere gli oneri per il funzionamento della Conferenza. Gli oneri fanno carico al medesimo capitolo relativo al funzionamento del Consiglio delle autonomie locali.

10.(ABROGATO)

11.(ABROGATO)

12.(ABROGATO)

- Il testo degli articoli 16 e 20 della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49, è il seguente:

Art. 16 adozione, consolidamento e verifica degli atti di programmazione triennale

1. Il programma e il bilancio di previsione pluriennali sono adottati dal Direttore generale, entro il 31 ottobre dell'anno precedente il triennio di validità, al termine della negoziazione con l'Agenzia regionale della sanità. Sugli atti suddetti, prima della negoziazione, interviene, entro quindici giorni dal ricevimento della relativa documentazione da parte dei suoi componenti, il parere della Conferenza dei sindaci ovvero della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale.

1 bis. Entro tre giorni dall'adozione, il programma e il bilancio di previsione pluriennali sono trasmessi all'Agenzia regionale della sanità, alla Conferenza dei sindaci ovvero alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale e al Collegio sindacale.

2. La Conferenza dei sindaci e il Collegio dei revisori esaminano entro quindici giorni dal ricevimento il programma ed il bilancio pluriennale e trasmettono le proprie osservazioni al Direttore generale ed alla Giunta regionale per il tramite dell'Agenzia regionale della sanità.

3. L'Agenzia regionale della sanità adotta, entro il 31 dicembre dell'anno precedente il periodo di validità della programmazione triennale, il bilancio pluriennale consolidato di previsione ed il programma pluriennale consolidato e li trasmette alla Giunta regionale, corredati dei singoli atti delle Aziende e dell'Agenzia stessa.

4. Il programma pluriennale consolidato rappresenta la sintesi dei programmi pluriennali delle singole Aziende, evidenziando in modo esplicito per ciascuna di esse:

- a) gli obiettivi strategici a livello aziendale;
- b) il programma pluriennale degli investimenti.

5. La Giunta regionale verifica, entro il termine di quaranta giorni dal ricevimento, la coerenza degli atti trasmessi dall'Agenzia regionale della sanità con gli indirizzi della pianificazione regionale. Nel caso in cui gli atti o parti di essi siano ravvisati incongruenti, la Giunta regionale stabilisce le variazioni da apportare con atto motivato. Decorso il termine di quaranta giorni gli atti si intendono giudicati coerenti.

6. Il programma ed il bilancio di previsione pluriennali hanno la stessa durata e sono aggiornati annualmente in relazione ai risultati ottenuti ed alle evoluzioni della normativa nazionale e regionale.

Art. 20 Adozione, consolidamento e verifica degli atti di programmazione annuale

1. Entro il 31 dicembre di ogni anno, i Direttori generali trasmettono, previa acquisizione del parere della Conferenza dei sindaci ovvero della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, da rendersi entro quindici giorni dal ricevimento della relativa documentazione da parte dei rispettivi componenti, le proposte di programma annuale e di bilancio preventivo, nonché l'eventuale revisione del programma e del bilancio pluriennale di cui all'articolo 13, comma 2, all'Agenzia regionale della sanità per la negoziazione.

2. Il programma annuale ed il bilancio preventivo, nonché l'eventuale revisione del programma e il bilancio pluriennale, sono adottati dal Direttore generale al termine della negoziazione entro il 30 novembre di ogni anno e sono trasmessi entro tre giorni dall'adozione all'Agenzia regionale della sanità, alla Conferenza dei sindaci e al Collegio dei revisori.

3. La Conferenza dei sindaci e il Collegio dei revisori esaminano entro quindici giorni dal ricevimento gli atti di cui al comma 2 e trasmettono le proprie osservazioni al Direttore generale e alla Giunta regionale per il tramite dell'Agenzia regionale della sanità.

4. L'Agenzia regionale della sanità adotta e trasmette alla Giunta regionale, entro il 31 dicembre di ciascun anno, il programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato, nonché l'eventuale atto di revisione del programma e del bilancio pluriennale di previsione consolidato, corredandoli dei singoli atti delle Aziende e dell'Agenzia stessa.

5. Il programma preventivo annuale consolidato rappresenta la sintesi dei programmi annuali delle singole Aziende, evidenziando in modo esplicito per ciascuna di esse:

- a) gli obiettivi annuali a livello aziendale;
- b) gli investimenti da effettuare nell'anno, la loro valutazione e le modalità di finanziamento.

6. La Giunta regionale verifica, entro quaranta giorni dal ricevimento, la coerenza degli atti trasmessi dall'Agenzia regionale della sanità con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento di cui all'articolo 12. Nel caso in cui gli atti o parti di essi siano ravvisati incongruenti, la Giunta regionale stabilisce le variazioni da apportare con provvedimento motivato. Decorso il termine di quaranta

giorni gli atti si intendono giudicati coerenti.

- Il testo dell'articolo 3 bis del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 3-bis Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.
2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.
3. La regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da parte di una commissione costituita dalla regione medesima in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione. La regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula. Resta ferma l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliero-universitarie
4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.
5. Al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.
6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.
7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il Sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.
8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.
9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.

13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, si applica il comma 5 del presente articolo.

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi

- Il testo dell'articolo 8, comma, 4 della legge regionale 26 luglio 2013, n. 6, è il seguente:

Art. 8 finalità 7 - Sanità pubblica

- ommissis -

4. I componenti del collegio sindacale delle aziende per i servizi sanitari sono designati due dall'Amministrazione regionale, che individua anche il componente cui attribuire le funzioni di presidente, e uno dalla Conferenza dei sindaci, di cui all' articolo 13 della legge regionale 30 agosto 1994, n. 12 (Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale).

- ommissis -

Note all'articolo 19

- Il testo dell'articolo 3 sexies del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 3-sexies Direttore di distretto

1. Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.

2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

4. La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-quater, comma 3, e 3-quinquies, commi 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei principi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni.

- Il testo dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 8 disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

oa) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio sanitario nazionale, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale;

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione

della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;

b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori;

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, anche per il tramite del distretto sanitario, forme di finanziamento a budget;

b-quater) definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis);

b-quinquies) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali;

b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lettera b-bis) e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter);

b-septies) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);

e) [garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio];

f) [prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto];

f-bis) prevedere la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica, secondo modalità e in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) prevedere che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e a quelli in possesso di titolo equipollente, ai sensi dell'articolo 30 del medesimo decreto. Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, con l'attribuzione di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma;

h-bis) prevedere che l'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali;

h-ter) disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente alla branca d'interesse;

i) regolare la partecipazione dei medici convenzionati a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione;

m-bis) promuovere la collaborazione interprofessionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione;

m-ter) prevedere l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

- omissis -

- Il testo dell'articolo 7 della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23, è il seguente:

Art. 7 strumenti di programmazione

1. In attuazione dei principi contenuti nel decreto legislativo 502/1992, come modificato dal decreto legislativo 229/1999, nella legge 328/2000 e nella legislazione regionale di settore, gli strumenti della programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria sono i seguenti:

- a) il Piano sanitario e sociosanitario regionale;
- b) il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali;
- c) il Piano attuativo locale (PAL) e il Piano attuativo ospedaliero (PAO);
- d) il Programma delle attività territoriali (PAT);
- e) il Piano di zona (PDZ).

2. Per la predisposizione degli strumenti di cui al comma 1, lettere d) ed e), la Giunta regionale emana apposite linee guida, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con le quali vengono altresì individuate modalità di elaborazione congiunta.

3. Entro il 30 giugno di ciascun anno, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione sullo stato di salute della popolazione della regione, che evidenzia il grado di raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria.

4. Con successivi provvedimenti, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale disciplina la partecipazione consultiva al processo di programmazione e verifica da parte delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni rappresentative dei cittadini, degli utenti e delle altre parti sociali, regolamentando il percorso di concertazione e definendo i criteri per l'individuazione dei soggetti chiamati a prendervi parte.

- Il testo dell'articolo 24 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6, è il seguente:

Art. 24 Piano di zona

1. Il Piano di zona (PDZ) è lo strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti distrettuali. Il PDZ costituisce inoltre mezzo di partecipazione degli attori sociali al sistema integrato.

2. Il PDZ è definito in coerenza con la programmazione regionale ed è coordinato con la programmazione locale in materia sanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali.

3. Il PDZ è informato ai principi di responsabilità, solidarietà e sussidiarietà e deve garantire un sistema efficace, efficiente, capace di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale, anche attraverso il coinvolgimento delle risorse locali di solidarietà e di auto-mutuo aiuto.

4. Il PDZ definisce in particolare:

- a) l'analisi del bisogno;
- b) gli obiettivi di sviluppo, tutela e inclusione sociale e i relativi indicatori di verifica;
- c) gli obiettivi di sistema dei servizi e le priorità di intervento;
- d) le modalità organizzative dei servizi;
- e) le attività di tipo integrato previste dagli articoli 55, 56 e 57;
- f) le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e servizi sociali locali e le quote rispettivamente a carico dell'Azienda per i servizi sanitari e dei Comuni necessarie per l'integrazione sociosanitaria;
- g) le modalità di coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
- h) le modalità di collaborazione tra servizi e soggetti impegnati nelle diverse forme di solidarietà sociale;
- i) le forme di concertazione con l'Azienda per i servizi sanitari, per garantire la cooperazione nell'ambito delle aree ad

alta integrazione sociosanitaria;

j) le forme e gli strumenti comunicativi per favorire la conoscenza e la valutazione partecipata dei cittadini in merito alle attività, alle prestazioni e ai servizi disponibili, compresa la redazione, da parte degli enti e organismi gestori, del bilancio sociale.

5. Il PDZ può prevedere progetti di comunità riguardanti azioni e attività di prevenzione sociosanitaria e di promozione di adeguati stili di vita, diretti a gruppi a rischio sociale o sanitario, nonché a fasce di popolazione interessate da problematiche connesse ai cicli vitali dell'individuo e della famiglia.

6. Il PDZ è definito dai Comuni associati di cui al comma 1, con il concorso delle Aziende per i servizi sanitari, delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, delle Province e di tutti i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000, attivi nella programmazione e delle organizzazioni dei cittadini e delle loro associazioni, sentito il parere delle rappresentanze territoriali delle associazioni e degli organismi di cui all'articolo 27, comma 3, lettere h), i), o), q), r), s), t) e u). Il parere è reso entro trenta giorni dalla richiesta. Decorso inutilmente tale termine, si prescinde dal parere.

7. Il PDZ è approvato con accordo di programma, promosso dal Presidente dell'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale e sottoscritto dallo stesso, dai sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale di pertinenza e, in materia di integrazione sociosanitaria, dal Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari. È sottoscritto altresì dai Presidenti delle Aziende pubbliche di servizi alla persona e delle Province, nonché dai soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000, i quali partecipano alla conferenza finalizzata alla stipulazione dell'accordo di programma e concorrono all'attuazione degli obiettivi del PDZ con risorse proprie.

8. Il PDZ ha validità triennale e viene aggiornato annualmente nei limiti e secondo le modalità stabilite con l'accordo di programma di cui al comma 7.

9. Le attività sociosanitarie previste dal PDZ devono essere coincidenti con le omologhe previsioni del Programma delle attività territoriali (PAT).

- Il testo dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è il seguente:

Art. 26 prestazioni di riabilitazione

Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale. Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'art. 3.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono approvati un nomenclatore-tarifario delle protesi ed i criteri per la sua revisione periodica.

- Il testo dell'articolo 20 della legge regionale 6/2006, è il seguente:

Art. 20 Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale

1. In ogni ambito distrettuale è istituita l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale.

2. La costituzione dell'Assemblea è promossa per iniziativa del sindaco del Comune più popoloso dell'ambito distrettuale di pertinenza. Essa è composta dai sindaci di tutti i Comuni dell'ambito distrettuale, ovvero dagli assessori o dai consiglieri delegati in via permanente. L'Assemblea elegge al suo interno il Presidente.

3. Alle riunioni dell'Assemblea partecipano, senza diritto di voto, il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari o un suo delegato, il Coordinatore sociosanitario dell'Azienda medesima, il Responsabile del Servizio sociale dei Comuni e il Direttore di distretto. Possono essere invitati alle riunioni i rappresentanti dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000, nonché i rappresentanti di altre amministrazioni pubbliche dell'ambito distrettuale.

4. L'Assemblea è organo di indirizzo e di alta amministrazione del Servizio sociale dei Comuni. Le deliberazioni dell'Assemblea sono vincolanti nei confronti dei soggetti individuati ai sensi dell'articolo 18, comma 2.

5. L'Assemblea svolge le seguenti attività:

- a) promuove, tramite il Presidente, la stipulazione della convenzione istitutiva del Servizio sociale dei Comuni;
- b) attiva, tramite il Presidente, il processo preordinato alla definizione del Piano di zona di cui all'articolo 24 e alla stipulazione del relativo accordo di programma;
- c) elabora le linee di programmazione e progettazione del sistema locale integrato degli interventi e servizi sociali, nonché dei programmi e delle attività del Servizio sociale dei Comuni;
- d) esprime indirizzi in merito alla composizione e funzione della dotazione organica del Servizio sociale dei Comuni;
- e) partecipa al processo di programmazione territoriale, tramite intesa sul Programma delle attività territoriali (PAT), rispetto al quale concorre inoltre alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute;
- f) esprime il parere sulla nomina del Direttore di distretto e sulla sua conferma. Qualora l'Azienda per i servizi sanitari gestisca, in delega, anche i servizi socioassistenziali, il parere espresso è vincolante;
- g) verifica l'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore di distretto;
- h) svolge le ulteriori funzioni attribuite dai Comuni dell'ambito distrettuale.

6. L'Assemblea può individuare al suo interno una più ristretta rappresentanza per compiti attuativi di determinazioni collegialmente assunte o per l'elaborazione di progettualità specifiche.

7. Il funzionamento dell'Assemblea è disciplinato da un regolamento interno, approvato dall'Assemblea medesima, con il voto favorevole della maggioranza dei componenti.

8. Qualora l'ambito distrettuale comprenda il territorio di un solo Comune o di parte di esso, i compiti dell'Assemblea sono attribuiti al sindaco del Comune medesimo, salve restando le funzioni consultive dei soggetti di cui al comma 3.

Note all'articolo 23

- Per il testo dell'articolo 26 della legge 833/1978, vedi note all'articolo 19.

- Il testo dell'articolo 25 della legge regionale 19 maggio 1998, n. 10, è il seguente:

Art. 25 Unità di valutazione distrettuale

1. Presso ciascun distretto viene attivata almeno un'Unità di valutazione distrettuale (UVD). L'UVD è l'equipe multidisciplinare attraverso la quale si realizza la programmazione integrata degli interventi nell'ambito degli obiettivi programmatici di carattere generale.

2. L'UVD è stabilmente composta da un medico del territorio, di preferenza geriatra, da un assistente sociale, di norma dipendente degli enti locali, e da una figura infermieristica e viene di volta in volta integrata, in relazione al singolo caso esaminato, dal medico di fiducia del paziente e da altre figure professionali il cui apporto si renda necessario.

3. L'UVD svolge in particolare i seguenti compiti:

a) valutazione dei singoli casi ai fini del riconoscimento, da effettuarsi con il metodo di cui all'articolo 4, comma 2, delle condizioni che danno titolo alla fruizione degli interventi di cui alla sezione II;

b) elaborazione - previo coinvolgimento, ai sensi dell'articolo 13, della famiglia - di un programma assistenziale integrato, personalizzato per ciascun assistito e coerente con le risorse disponibili, ivi comprese quelle del volontariato, per il conseguente avvio agli idonei servizi facenti parte del sistema di cui all'articolo 23; tale avvio si attua nel rispetto del diritto di libera scelta dell'utenza, da esercitarsi nell'ambito delle tipologie assistenziali individuate.

4. L'UVD provvede agli adempimenti di cui al comma 3 entro trenta giorni dalla segnalazione del caso, fatte salve situazioni di particolare urgenza.

5. Con riferimento alle specifiche forme d'intervento di cui agli articoli 26, 28, comma 1, 30 e 31, non vi è obbligo di sottoporre all'UVD i casi in cui sia riconosciuta, a livello di base o in sede di primo screening socio-sanitario integrato, la necessità di ricorrere ad interventi semplici, di tipo esclusivamente sociale o sanitario.

Nota all'articolo 37

- Il Capo III della legge regionale 23/2004 reca: "Programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria".

Nota all'articolo 48

- Il testo dell'articolo 8 ter del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 8-ter autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;

b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;

c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

4. L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni determinano:

a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;

b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati.

Nota all'articolo 49

- Il testo dell'articolo 8 quater del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 8-quater accreditamento istituzionale

1. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-quinquies.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accreditamento dei professionisti, la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:

a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;

b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve essere conseguita da parte delle singole strutture sanitarie, e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

c) le procedure e i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica;

b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;

c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;

d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;

e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;

f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;

g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-octies;

h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);

i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;

l) indicare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;

m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta e ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;

n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;

o) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-ter;

p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di auto-

nomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;

q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture socio-sanitarie, ove compatibili.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.

6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.

7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, e in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.

Nota all'articolo 50

- Il testo dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 502/1992, è il seguente:

Art. 8-quinquies Accordi contrattuali

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliere-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies;

e-bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato.

2-bis. [Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, ai fini di cui al comma 2-ter, sono individuate le categorie destinatarie e le tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari].

2-ter. [Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, d'intesa con la Conferenza permanente per

i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono individuate, nel rispetto delle indicazioni degli strumenti di programmazione regionale e tenendo conto della localizzazione e della disponibilità di risorse delle altre strutture sanitarie pubbliche esistenti, le strutture sanitarie militari accreditabili, nonché le specifiche categorie destinatarie e le prestazioni ai fini della stipula degli accordi contrattuali previsti dal presente articolo. Gli accordi contrattuali sono stipulati tra le predette strutture sanitarie militari e le regioni nel rispetto della reciproca autonomia. 2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis).

2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso.

Nota all'articolo 52

- Il testo degli articoli 4 bis e 4 ter della legge regionale 8/2001, è il seguente:

Art. 4 bis sanzioni amministrative in materia di esercizio delle attività sanitarie

1. Ferma restando la responsabilità penale e le sanzioni amministrative per l'inosservanza di altre norme statali o regionali, la violazione delle disposizioni in materia di autorizzazione relativa all'esercizio delle attività sanitarie è punita con le sanzioni amministrative di seguito determinate.

2. L'esercizio dell'attività sanitaria in assenza dell'autorizzazione, nonché l'erogazione delle prestazioni sanitarie per le quali non è stata ottenuta la prescritta autorizzazione comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 2.000 euro a 20.000 euro. Si considera senza autorizzazione anche l'attività esercitata durante il periodo di sospensione dell'attività.

3. L'inosservanza di uno o più requisiti stabiliti dalle deliberazioni della Giunta regionale di cui all'articolo 4, comma 1, lettera a), il mancato mantenimento di uno o più requisiti stabiliti dalle medesime deliberazioni o la violazione delle prescrizioni contenute nell'atto di autorizzazione rilasciato dalla competente Azienda per i servizi sanitari, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro.

4. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento a nuovi requisiti introdotti da successive deliberazioni, anche con riferimento ai tempi fissati dall'Azienda per i servizi sanitari per la realizzazione degli adeguamenti, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento comporta la revoca dell'autorizzazione.

5. Nelle fattispecie di cui al comma 3, in aggiunta alla sanzione amministrativa pecuniaria è disposta la sospensione dell'autorizzazione da un minimo di sette giorni a un massimo di sessanta giorni. Il soggetto competente alla determinazione e all'irrogazione della sanzione prescrive, con il provvedimento che dispone la sospensione, l'obbligo di adeguamento alle carenze riscontrate. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento comporta la revoca dell'autorizzazione.

6. Qualora nella fattispecie di cui al comma 3 l'inosservanza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti sia tale da determinare un grave rischio per la salute dei cittadini, in aggiunta alla sanzione amministrativa pecuniaria è disposta la sospensione dell'autorizzazione da un minimo di sessanta giorni a un massimo di centottanta giorni. Il soggetto competente alla determinazione e all'irrogazione della sanzione prescrive, con il provvedimento che dispone la sospensione, l'obbligo di adeguamento alle carenze riscontrate. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento comporta la revoca dell'autorizzazione.

7. Nelle strutture che erogano prestazioni in diverse branche specialistiche, o la cui configurazione organizzativa preveda più sedi operative, la sospensione potrà riguardare, in relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più sedi operative.

8. Il mancato invio, con gli strumenti espressamente individuati, delle comunicazioni, della documentazione, delle certificazioni o dei flussi informativi previsti dalla normativa vigente, ivi compresa l'omessa comunicazione del trasferimento della titolarità della struttura, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 euro a 5.000 euro.

9. In caso di recidiva, le sanzioni previste dal presente articolo sono aumentate fino alla metà. Nelle fattispecie di cui ai commi 5 e 6 è, altresì, disposta la sospensione nei tempi ivi previsti. Per la fattispecie di cui al comma 8 il soggetto competente a irrogare la sanzione può disporre in aggiunta la sospensione dell'attività da un minimo di cinque giorni a un massimo di venti giorni.

10. Ai fini del comma 9 sussiste recidiva qualora nel corso del biennio successivo alla commissione di una violazione amministrativa, accertata con provvedimento esecutivo, lo stesso soggetto commette una violazione della medesima indole. Si considerano della stessa indole le violazioni della medesima disposizione e quelle di disposizioni diverse che, per la natura dei fatti che le costituiscono o per le modalità della condotta, presentano una sostanziale omogeneità o caratteri fondamentali comuni.

11. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è revocata nei seguenti casi:

- a) mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento di cui ai commi 4, 5 e 6;
- b) estinzione o volontaria rinuncia della persona giuridica titolare dell'autorizzazione, nonché volontaria rinuncia della persona fisica titolare dell'autorizzazione;
- c) decesso della persona fisica titolare dell'autorizzazione e mancato trasferimento della struttura ad altra persona fisica o giuridica entro trecentosessantacinque giorni dal decesso;
- d) accertata chiusura o inattività della struttura per un periodo superiore a centottanta giorni, salvo il caso di temporanea e motivata sospensione di una o più attività autorizzate preventivamente comunicata alla competente azienda per i servizi sanitari.

12. All'irrogazione delle sanzioni amministrative disposte dal presente articolo provvedono le Aziende per i servizi sanitari competenti per territorio che ne introitano i relativi proventi.

Art. 4 ter sanzioni amministrative in materia di esercizio delle attività socio-sanitarie

1. Ferma restando la responsabilità penale e le sanzioni amministrative per l'inosservanza di altre norme statali o regionali, la violazione delle disposizioni relative all'esercizio delle attività socio-sanitarie è punita con le sanzioni amministrative di seguito determinate.
2. L'esercizio dell'attività socio-sanitaria in assenza dell'autorizzazione, nonché l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie per le quali non è stata ottenuta la prescritta autorizzazione comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 2.000 euro a 20.000 euro.
3. L'inosservanza di uno o più requisiti previsti per l'esercizio delle attività socio-sanitarie o la violazione delle prescrizioni contenute nell'atto di autorizzazione rilasciato dall'organo competente ai sensi della normativa regionale comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro.
4. La mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento ai nuovi requisiti adottati dall'Amministrazione regionale successivamente al rilascio dell'autorizzazione, anche con riferimento ai tempi fissati per la realizzazione degli adeguamenti, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 10.000 euro.
5. Il mancato invio, con le modalità espressamente individuate, delle comunicazioni, della documentazione, delle certificazioni o dei flussi informativi previsti dalla normativa vigente, ivi compresa l'omessa comunicazione del trasferimento della titolarità dell'attività nonché della sospensione e della cessazione dell'attività, comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 euro a 5.000 euro.
6. La pubblicizzazione di false indicazioni sulle rette e sulle prestazioni comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 euro a 5.000 euro.
7. In caso di recidiva, le sanzioni previste dal presente articolo sono aumentate fino alla metà. Sussiste recidiva qualora nel corso del biennio successivo alla commissione di una violazione amministrativa, accertata con provvedimento esecutivo, lo stesso soggetto commette una violazione della medesima indole. Si considerano della stessa indole le violazioni della medesima disposizione e quelle di disposizioni diverse che, per la natura dei fatti che le costituiscono o per le modalità della condotta, presentano una sostanziale omogeneità o caratteri fondamentali comuni.
8. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività socio-sanitaria è revocata nei seguenti casi:
 - a) mancata ottemperanza all'obbligo di adeguamento di cui al comma 4;
 - b) estinzione o volontaria rinuncia della persona giuridica titolare dell'autorizzazione, nonché volontaria rinuncia della persona fisica titolare dell'autorizzazione;
 - c) decesso della persona fisica titolare dell'autorizzazione e mancato trasferimento della struttura ad altra persona fisica o giuridica entro trecentosessantacinque giorni dal decesso;
 - d) accertata chiusura o inattività della struttura per un periodo superiore a centottanta giorni, salvo il caso di temporanea e motivata sospensione di una o più attività autorizzate preventivamente comunicata alla competente Azienda per i servizi sanitari.
9. Le Aziende per i servizi sanitari competenti per territorio irrogano le sanzioni amministrative disposte dal presente articolo e ne introitano i relativi proventi.

Nota all'articolo 55

- Per il testo dell'articolo 20 della legge regionale 49/1996, vedi note all'articolo 13.

LAVORI PREPARATORI

Progetti di legge

n. 59

• di iniziativa della Giunta regionale, presentato al Consiglio regionale il 13 agosto 2014 e assegnato alla III Commissione permanente il 19 agosto 2014;

n. 60

• di iniziativa dei consiglieri Tondo e Santarossa, presentato al Consiglio regionale il 19 agosto 2014 e assegnato alla III Commissione permanente il 20 agosto 2014;

n. 61

• di iniziativa dei consiglieri Riccardi, Ziberna, Novelli, Marini, De Anna, presentato al Consiglio regionale il 20 agosto 2014 e assegnato alla III Commissione permanente il 21 agosto 2014, con parere del Consiglio della autonomie locali;

Petizione**n. 9**

- presentata da 1.173 cittadini della Regione al Consiglio regionale l'11 luglio 2014 e assegnata alla III Commissione permanente il 17 luglio 2014;
 - progetti di legge abbinati ed esaminati congiuntamente alla petizione dalla III Commissione permanente, ai sensi degli articoli 93 e 135 del regolamento interno, nelle sedute del 27 e 28 agosto 2014 e del 2, 3, 4, 9, 18, 19 e 22 settembre 2014;
 - progetti di legge esaminati da un Comitato ristretto, costituito in seno alla III Commissione permanente, ai sensi dell'articolo 94 del regolamento interno, nelle sedute del 9, 17 e 18 settembre 2014;
 - progetto di legge n. 59 adottato dalla III Commissione permanente quale testo base, ai sensi dell'articolo 93 del regolamento interno, nella seduta del 18 settembre 2014 e approvato dalla Commissione stessa nella seduta del 22 settembre 2014, a maggioranza, con modifiche, con relazioni di maggioranza dei consiglieri Gregoris, Pustetto e Rotelli e, di minoranza, dei consiglieri Barillari, Colautti, Novelli, Santarossa e Ussai;
 - testo base proposto dalla III Commissione permanente esaminato dal Consiglio regionale nelle sedute del 30 settembre 2014, dell'1 e 2 ottobre 2014 e, in quest'ultima, approvato a maggioranza, con modifiche;
 - legge trasmessa al Presidente della Regione, ai fini della promulgazione, con nota del Presidente del Consiglio regionale n. 7616/P dd. 9 ottobre 2014.
-