

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.

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 addiviene 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 sopresse;

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 sopresse;

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: Capriva 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 comuni: Amaro, Ampezzo, Arta Terme, Artegna, Basiliano, Bertiolo, Bordano, Buja, Camino al Tagliamento, Castions di Strada, Cavazzo Carnico, Cercivento, 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, Venzona, Verzegnis, Villa Santina, Zuglio;

d) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" comprende i seguenti comuni: Attimis, Buttrio, Campoformido, Cassacco, Cividale del Friuli, Corno di Rosazzo, Drenchia, Faedis, Grimacco, Lusevera, Magnano in Riviera, Manzano, Martignacco, Moimacco, Nimis, Pagnacco, Pasian 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 socio-sanitaria, 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 socio-sanitaria, 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 con 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](#) (Assestamento 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 famigliari 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 preposto 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 programmatori 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 assicurare 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 multiprofessionale e 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 prestazioni 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 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, laboratorio 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 sociosanitaria 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 sociosanitari 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) comorbilità 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 sanitarie, 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 cogestione 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 sociosanitari 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 sociosanitaria 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 sociosanitaria, 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 sociosanitarie)

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 sociosanitarie e per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie 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 sociosanitarie e l'autorizzazione per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie 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 realizzazione 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.