



DISEGNO DI LEGGE N. 59

presentato dalla Giunta regionale il 13 agosto 2014

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

Signor Presidente, Signori Consiglieri,

all'atto dell'insediamento della Giunta regionale guidata dalla Presidente Debora Serracchiani è stata effettuata una ricognizione dello stato dell'arte dei principali adempimenti da effettuarsi nel settore sanitario e sociosanitario in attuazione della normativa statale.

Si trattava di una ricognizione non solo necessaria, ma anche propedeutica all'avvio del percorso di riforma del Servizio sanitario regionale.

È stata riscontrata una situazione caratterizzata da numerose criticità e ritardi, come indicato di seguito:

- Attivazione rete delle cure palliative e terapia del dolore: ancora in fase di studio;
- Disturbo specifico di apprendimento (D.S.A.): ancora in fase di studio;
- Disturbi spettro autistico: da sviluppare;
- Percorso nascita: da avviare l'attuazione delle linee di indirizzo previste;
- Procreazione medicalmente assistita (P.M.A.): accordo con il Governo non ancora recepito;
- Salute mentale: accordo approvato dalla Conferenza Unificata, non ancora recepito;
- Accreditamento strutture sanitarie e sociosanitarie: non ancora avviato il procedimento per l'accREDITAMENTO definitivo delle strutture;
- Diabete: non ancora recepito accordo Stato-Regioni 6 dicembre 2012 sul documento recante "Piano per la malattia diabetica";
- Accordo collettivo nazionale Medici di Medicina Generale: manca la sottoscrizione di un Accordo integrativo regionale (A.I.R.);
- Ricetta elettronica (DPCM 26/3/2008): situazione critica, 1% delle ricette in formato elettronico;
- Accordo Stato-Regioni sul piano di indirizzo della riabilitazione (10/2/2011): manca la classificazione delle strutture di riabilitazione (alta specialità, intensiva ed estensiva) e la definizione dei PDTA delle patologie più frequenti che richiedono riabilitazione (ictus, malattie neurologiche, BPCO, cardiopatie ecc);
- Rilevazione dei dati fisici e di spesa relativi all'assistenza primaria, attivata dall'AGENAS e dalla SISAC: nel corso del 2013 l'AGENAS e la SISAC, anche per corrispondere all'indirizzo formulato dalle Sezioni Riunite della Corte dei Conti, hanno

attivato in tutte le Regioni una rilevazione congiunta sui dati fisici e sui dati di spesa derivanti dall'ACN e dagli Accordi Integrativi Regionali dei MMG. È emerso che questa Regione era l'unica a non aver ancora dato riscontro formale a tale richiesta e pertanto si sta procedendo alla raccolta dei dati richiesti, che dovranno essere verificati e validati prima della trasmissione formale con le modalità richieste;

- Sistemi dei controlli per le prestazioni sociosanitarie: da rivedere;
- Aggiornamento tariffario al DM 18.10.2012, DRG e specialistica: da fare;
- Definizione dei LEA, armonizzazione bilancio al D.Lgs. n. 118, del 23.6.2011, art 20, trasparenza dei conti sanitari e finalizzazione delle risorse per i singoli servizi: da fare.

L'Assessorato alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, fin dal maggio 2013, ha avviato linee di lavoro prioritarie per risolvere queste problematiche aperte, anche attraverso numerosi tavoli di lavoro con i rappresentanti delle professioni interessate. In particolare:

- è stato rimodulato il sistema gestionale allocando le risorse con il sistema dei costi standard, che ha permesso di evitare la politica dei tagli lineari (Linee di gestione SSR 2014);
- è stata deliberata la Centrale Unica Regionale 118 (che permetterà di omogeneizzare il sistema dell'emergenza su tutto il territorio regionale);
- è stata deliberata la riorganizzazione del Centro Regionale Trapianti (che consentirà di attuare le reti di patologia connesse ai trapianti);
- è stato avviato l'iter per la definizione dei requisiti minimi per i servizi semiresidenziali e delle residenze per anziani (nel dicembre 2013 è stato deliberato l'elenco delle strutture residenziali per anziani regolarmente autorizzate al funzionamento e operanti sul territorio regionale);
- è stato avviato il percorso di riorganizzazione territoriale in alcune Aziende, laddove già possibile (es.: presidio di Maniago).

Osservazioni conseguenti all'analisi epidemiologica

Si è proceduto, allo stesso tempo, a effettuare un'attenta analisi epidemiologica, dalla quale è emerso che:

- la struttura della popolazione mostra una rilevante quota di anziani, che si prevede in crescita nei prossimi decenni in ragione dell'aumento dell'aspettativa di vita e della diminuzione relativa e assoluta della popolazione giovane;

- la natalità è bassa, l'indice di fecondità della popolazione autoctona è molto lontano da quello di ricambio. La crescita naturale è negativa e viene solo parzialmente compensata da quella migratoria che però è fortemente legata ai cicli economici nazionali;
- le politiche demografiche sino ad ora attuate non si sono dimostrate adeguatamente efficaci e questo sbilanciamento nell'equilibrio di sostituzione rappresenta il primo problema sanitario e sociale di un territorio;
- a causa dell'invecchiamento della popolazione e dei progressi nei processi di diagnosi e cura delle malattie, aumenterà il numero di persone viventi con malattie croniche;
- l'evidenza di letteratura associa in maniera solida l'impoverimento socioeconomico ai livelli di salute indipendentemente dall'offerta sanitaria per acuti. Anche da questo punto di vista il ciclo economico attuale non è confortante;
- diventeranno quindi rilevanti i problemi di salute legati alla condizione sociosanitaria, alla gestione della cronicità nelle sue componenti assistenziali di prevenzione delle ricadute degli episodi acuti e della stabilizzazione dell'equilibrio del paziente con metodiche efficaci ma a costi sostenibili;
- le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori; la letteratura scientifica attualmente disponibile indica chiaramente la plurifattorialità dell'eziopatogenesi di questa costellazione di patologie e mostra con solida evidenza l'opportunità sanitaria ed economica di un approccio proattivo e preventivo tanto all'insorgenza delle patologie che alla loro gestione una volta instauratesi;
- il controllo dei principali fattori di rischio (ipertensione, obesità, stili di vita in genere, attitudine all'adesione ai programmi di prevenzione ecc.) implicati nell'insorgenza di queste patologie rappresenta il secondo tema centrale attinente alla salute in un territorio. I risultati nella nostra regione sono discreti ma non confortanti alla luce del quadro demografico ipotizzato nel medio periodo;
- poiché i principali problemi che si dovranno affrontare nei prossimi anni sembrano maggiormente legati alla cronicità più che all'acuzie, la strutturazione dell'offerta sanitaria del sistema regionale dovrebbe essere orientata alla proattività territoriale e allo sviluppo coerente delle cure primarie;
- la gestione dell'acuzie, vista anche la dimensione della popolazione regionale, rappresenta un tema meno significativo anche se dal punto di vista organizzativo deve essere affrontato il problema di conciliare la qualità delle cure in acuzie, con l'equità all'accesso e la compatibilità economica in un territorio equivalente a tre quartieri di una città italiana maggiore ma con caratteristiche socio-culturali ed economiche assai complesse.

Perché una riforma per la sanità della nostra regione?

Il contesto sopra delineato evidenzia, tuttavia, la necessità di procedere, oltre che con le azioni già intraprese, all'approvazione di una legge regionale di riforma del Servizio sanitario regionale.

Per tale motivo già con la legge regionale n. 17/2013 sono state quindi delineate le finalità e i principi della riforma sanitaria che, in primo luogo, deve mettere al centro le esigenze del cittadino, con il preciso obiettivo di una revisione del sistema che miri a rimodulare il servizio sanitario sulla base delle mutate esigenze della popolazione.

La riforma della sanità nella nostra Regione ha quindi il principale obiettivo di porre **il cittadino al centro del sistema salute e, un tanto, implica anche il suo coinvolgimento attivo nella gestione della salute.**

Quanto alla spesa sanitaria va fatta una premessa: nei paesi industrializzati, **aumentare la spesa sanitaria non significa affatto ottenere un miglioramento della salute della popolazione. L'offerta dei servizi sanitari è infatti solo uno dei determinanti della salute e tutti gli studiosi concordano che il suo effetto è minore rispetto agli altri, quali stile di vita, ambiente socio-economico, patrimonio genetico e disponibilità economica.** Per un Paese avanzato come l'Italia i dati mostrano che spesso aumenti di spesa sanitaria garantiscono spesso logiche interne della sanità; hanno effetti trascurabili sulla salute della popolazione e anzi sono oggettivo ostacolo alle esigenze di cambiamento, garantendo l'assetto vigente, cioè una composizione dimensionata su vecchie esigenze di salute e sulla tutela di corporazioni e interessi concentrati.

Riformare vuole dire cambiare e il cammino sulla strada del cambiamento è sempre difficile e irto di ostacoli che sono rappresentati da coloro che vogliono fortemente mantenere situazioni esistenti per il timore di perdere ruoli e privilegi che nulla hanno a che fare con la salute dei cittadini.

Una riforma quindi può viaggiare solo sulle gambe di coloro (fortunatamente tanti) che hanno voglia di mettersi in gioco e di affrontare il cambiamento con lo spirito di innovazione che è indispensabile per stare al passo con i tempi che cambiano.

Ebbene oggi il sistema salute della nostra Regione è fortemente condizionato da un contesto che in questi ultimi anni ha subito una vorticoso evoluzione. Se fino a quindici / dieci anni fa parlare di sanità evocava immediatamente l'immagine di un reparto ospedaliero, di una sala operatoria, di una struttura ospedaliera, alla quale si faceva ricorso per il problema acuto che si evidenziava, subiva un trattamento e poi si concludeva, oggi ha aspetti multidimensionali diversificati e, soprattutto, molto spesso con caratteristiche non di temporaneità ma di perduranza nel tempo. Oggi questa è definita "cronicità", fenomeno conseguente all'allungamento della vita che, nella nostra regione, è ancora più evidente stante la sua collocazione al 2° posto nel Paese per la longevità.

I fattori che maggiormente influiscono sul cambiamento del contesto sono, quindi:

- **l'invecchiamento della popolazione;**
- **le modifiche del quadro epidemiologico;**
- **l'innovazione in medicina e in ambito tecnologico e scientifico;**
- **la sostenibilità economica del sistema.**

Oggi il cittadino, nel contesto sopra delineato, pone domande sempre più variegata e complesse **e necessita di interlocutori affidabili e che, soprattutto, lo aiutino a orientarsi nel panorama complesso del Servizio sanitario.**

Contestualmente il cittadino chiede e si attrezza sempre più per assumere tutte le informazioni che lo mettano nelle condizioni di essere curato al meglio e con risposte specifiche per domande specifiche.

Alla luce del contesto sopra delineato, con la legge regionale n. 17/2013 sono state delineate le finalità e i principi per la riforma del Servizio sanitario regionale che, in primo luogo, deve mettere al centro le esigenze del cittadino, con il preciso obiettivo di una revisione del sistema che miri a rimodulare il servizio sanitario sulla base delle mutate esigenze della popolazione.

La riforma dovrà garantire ai cittadini:

- **il mantenimento di un alto livello dei servizi;**
- **equità;**
- **informazione e coinvolgimento;**
- **una presa in carico del paziente in ogni momento del percorso di cura;**
- **l'attivazione di reti integrate per garantire la massima efficacia dei servizi;**
- **la gestione efficace delle risorse per eliminare gli sprechi e potenziare i servizi realmente necessari.**

La metodologia di coinvolgimento dei professionisti

Sono stati costituiti 10 gruppi di lavoro con l'obiettivo di condividere e definire gli aspetti tecnici relativi alle specifiche materie.

In tutto sono stati coinvolti circa 80 professionisti della regione rappresentativi di discipline e realtà geografiche e aziendali.

Queste professionalità hanno lavorato alla riorganizzazione di un sistema complesso come la sanità secondo un quadro o modello di riferimento che prima definisca e poi espliciti i principi, le strategie, le dimensioni tecniche, per quanto possibile, dei problemi e degli indicatori da utilizzare.

Mutuando, quindi, da consolidati modelli teorici, come il prestigioso Institute for Health Care Improvement, si è proceduto a una analisi conoscitiva della situazione percorrendo le tre dimensioni (Triple aim) indicate:

- **Stato di salute della popolazione** (indicatori di benessere, carico di patologie, fattori di rischio comportamentali e fisici);
- **Esperienze di assistenza socio-sanitaria dei cittadini** (esiti, eventi avversi, indicatori di sicurezza delle cure, soddisfazione dei cittadini, ecc.);
- **Costi pro capite** (costi totali per il cittadino, tassi di utilizzazione, costi degli ospedali e dei servizi di assistenza primaria, sostenibilità economica dei servizi sia dal punto di vista delle risorse umane, tecnologiche e strutturali disponibili che dell'equità di accesso agli stessi).

In sintesi, queste tre dimensioni sono state esplorate come indicato di seguito.

Il nuovo sistema sanitario regionale dovrà focalizzarsi sulla elevata qualità, sui migliori outcomes, sulla più estesa soddisfazione dei cittadini e sulla sostenibilità economica. Questi valori sono richiesti all'intero sistema sanitario per assicurare i migliori risultati per ogni euro che viene speso o investito per la salute.

È chiaro che questo approccio richiede una profonda revisione del Sistema sanitario regionale che dovrà muoversi secondo nuove modalità operative, mutando operatività e meccanismi quotidiani sia dei professionisti che delle procedure amministrative. Quello che più dovrà cambiare in questa prospettiva di **una sanità di valore** è la modalità operativa della presa in cura e della continuità delle cure del cittadino da parte di un gruppo professionale, o team, (non dal solo singolo professionista), superando la semplice gestione specialistica o del singolo servizio. Le conseguenze organizzative sono rilevanti da tutti i punti di vista: organizzative, professionali, informatiche e istituzionali.

Il coinvolgimento del paziente-cittadino

Un altro aspetto nuovo e rilevante della riforma del SSR sarà il coinvolgimento dei pazienti/cittadini soprattutto di quelli con patologie croniche, e riguarderà nello specifico le seguenti tappe:

- **informare il cittadino, tramite la messa a disposizione di dati e di altri supporti informativi;**
- **coinvolgere il cittadino con accesso ai suoi dati del fascicolo sanitario elettronico (F.S.E.), alle modalità amministrative per curarsi, riducendo il ricorso inutile agli uffici;**
- **dare autonomia al cittadino di comunicare con servizi ed erogatori;**
- **diventare partner dei servizi e dell'assistenza, senza filtri, partecipando alla co-gestione della malattia utilizzando gli stessi dati e formati dei professionisti sanitari;**
- **supportare la comunità rendendo conto dell'assistenza erogata, centrata sul paziente a domicilio, mettendo a disposizione una struttura e degli strumenti informatici per comunicare e gestire il paziente.**

La Trasparenza in sanità è fondamentale, non solo per gli aspetti connessi all'uso accurato ed efficiente delle risorse da parte degli amministratori, ma è ancor più rilevante per il cittadino/paziente conoscere gli aspetti degli esiti delle prestazioni del servizio, della equipe e del professionista cui si rivolge, il livello di soddisfazione dei pazienti curati. È oramai ampiamente consolidato il fatto che la corretta conoscenza di questi elementi costituiscono il vero motore di cambiamento dei nostri sistemi sanitari.

Il supporto indispensabile per realizzare queste profonde trasformazioni è, oltre ai cambiamenti organizzativi e culturali, lo sviluppo di un sistema informatico e informativo orientato al paziente/cittadino.

Il dato economico

La sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale deve essere perseguita con le risorse disponibili stimate in 2.272.000.000 di euro, comprensivo della quota di 117.000.000 di euro relativa all'integrazione sociosanitaria e di 40.000.000 di euro di informatica attribuiti all'INSIEL, per i tre livelli di LEA (Livelli Essenziali Assistenza): assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera.

I rapporti tra i diversi livelli sono fissati dalla normativa nazionale. Tale valore è al netto della quota ARPA, a differenza delle altre regioni che la considerano all'interno del Fondo sanitario, ed è ripartito come segue:

- 5 % per la prevenzione;
- 51 % per il distretto / l'assistenza primaria;

- 44% per l'assistenza ospedaliera.

Attualmente questi rapporti nella nostra Regione non sono rispettati, in particolare il rapporto ospedale e assistenza primaria/distretto è invertito. Inoltre dalla analisi qualitativa dei budget dei presidi ospedalieri si registra nel 2012 una differenza negativa tra valori della produzione e costi dei fattori produttivi per il LEA ospedaliero di 44.700.000 euro.

Assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale

A diversi anni di distanza dal DLGS 502 del 1992 e dalla legge regionale n. 13/1995 diventa necessario riconsiderare e aggiornare l'impianto istituzionale delle aziende sanitarie.

L'attuale assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale è molto disomogeneo e dispersivo, constando di 11 aziende fra territoriali, miste, ospedaliere, ospedaliero-universitarie o IRCCS. 11 direzioni generali (1 ogni 110.000 abitanti) producono un'eccessiva burocratizzazione del sistema con un importante consumo di risorse per sostenere i relativi uffici di staff e le strutture tecniche e amministrative indispensabili per far funzionare l'azienda. Tutto ciò crea frammentazione organizzativa e disomogeneità anche sul versante sanitario, situazione che va a scapito dei servizi rivolti ai cittadini.

Tenendo conto dei vincoli legislativi nazionali si prevede di organizzare l'erogazione dei servizi socio-sanitari alla popolazione del FVG tramite una ridefinizione istituzionale e una ridefinizione organizzativa che superi la diarchia dell'erogatore ospedaliero "Azienda ospedaliera" nelle sue diverse forme (integrata con università e semplice) e di quello territoriale nella semplice veste di committente. Infatti le esperienze di queste fattispecie organizzative non hanno favorito la necessaria integrazione, oramai irrinunciabile, dei percorsi assistenziali sempre più complessi in una popolazione con valori piuttosto elevati di malattie croniche. Il modello evolutosi culturalmente alla fine degli anni 80 e poi legislativamente attuato nel 1992, risponde più a un modello di organizzazione efficientistica prevalentemente orientata alla cura di patologie acute e mono-specialistiche.

Partendo dal presupposto che la malattia "non ha tempo" e che i servizi che si occupano della salute del cittadino, sia a livello ospedaliero che di assistenza primaria, devono essere assicurati 24 ore, 7 giorni su 7, è necessario rivedere l'intera rete di offerta armonizzandola e orientandola verso questo obiettivo.

Pertanto, se l'organizzazione dei servizi socio-sanitari alla persona dovrà essere fortemente integrata tra ospedale e assistenza primaria, anche il livello manageriale e gli organi istituzionali di conseguenza dovranno essere coerenti con il modello assistenziale per facilitarne la necessaria realizzazione dell'obiettivo.

Anche laddove esiste il percorso formativo universitario per la scuola medica fino a ora identificatosi nelle sedi di Udine e di Trieste con le Aziende Ospedaliere, si integrerà con

il territorio di afferenza della città, senza peraltro far venir meno, anzi rafforzandone il ruolo formativo completo dei futuri professionisti.

Ciò premesso si prevede quanto segue:

Il Servizio sanitario del territorio regionale viene garantito, oltre che attraverso i due IRCCS, Burlo Garofolo di Trieste e Centro di riferimento oncologico di Aviano, mediante:

- 3 Aziende per l'assistenza sanitaria, nello specifico l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Isontina-Bassa Friulana", derivante dalla fusione tra l'Azienda per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e l'Azienda per i servizi sanitari n. 5 "Bassa Friulana", l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare", derivante dalla fusione tra l'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e parte dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", derivante dalla fusione tra l'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" e l'Azienda ospedaliera di Pordenone;
- l'Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste che opera in maniera integrata con l'Azienda per i servizi sanitari n. 1, ridenominata Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina";
- l'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine che opera in maniera integrata con l'Azienda per i servizi sanitari n. 4, ridenominata Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" e ridefinita ai sensi dell'art. 3, comma 2 del disegno di legge.

Un Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, dotato di autonomia giuridica, per le funzioni di aggregazione della domanda, centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, per la gestione accentrata delle funzioni tecnico-amministrative, la logistica di magazzino, la gestione amministrativa del personale e lo svolgimento da stazione appaltante dei lavori pubblici, per gli Enti del SSR, nonché di supporto alla programmazione regionale nei settori dell'assistenza ospedaliera, dell'assistenza primaria, della prevenzione, dell'epidemiologia, dei servizi informativi e del welfare. Le modalità organizzative che il nuovo ente adotterà sono quelle specifiche del comparto della sanità, ex DLGS 502/92, art. 3.

Per ciascun Ente viene istituita una Direzione strategica costituita dal Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo e, ove insistano le funzioni, da un Coordinatore sociosanitario, che avrà come missione specifica di perseguire la migliore assistenza adoperandosi specificatamente nella definizione e attuazione dei percorsi assistenziali più efficaci e di dimostrata evidenza; i fattori produttivi necessari per il regolare funzionamento degli Enti la Direzione generale li acquisirà dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi.

La Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, in questo contesto, svolge funzioni di alta direzione a supporto dell'Assessorato nel settore della programmazione sanitaria e sociale e nella allocazione delle risorse. Nello specifico, sono di competenza della Direzione centrale la predisposizione dei provvedimenti

relativi al finanziamento degli enti del SSR, alla programmazione socio-sanitaria, all'attività di vigilanza sugli enti del SSR e di ogni altro atto necessario al buon funzionamento del SSR.

La riorganizzazione delle attività gestionali dell'intero sistema sanitario non comporterà aumenti di costi anzi dovrà nel tempo produrre una maggiore efficienza del sistema nel suo complesso.

Revisione della rete ospedaliera

La riforma della sanità passa inevitabilmente dalla revisione della rete ospedaliera della Regione e ciò per i seguenti aspetti:

- l'imponente riduzione dell'attività di ricovero, sia in termini di quantità che di durata della degenza, che è avvenuta nell'ultimo ventennio, non è stata accompagnata dalla riconversione di alcuna struttura ospedaliera, anzi la legge di riforma del Servizio sanitario regionale del 1995 non è stata nei fatti attuata compiutamente;
- la cronicità, che rappresenta il problema emergente, anzi ormai già emerso, non si dovrebbe trattare in ospedale, cosa che attualmente avviene nella maggior parte dei casi;
- gli standard previsti dal decreto Balduzzi assegnano determinati bacini d'utenza, in base alla tipologia d'ospedale, e prevedono il mantenimento dei reparti a condizione che siano rispettati alcuni requisiti;
- la presenza di tanti presidi ospedalieri favorisce atteggiamenti di concorrenzialità insana che sfocia nell'accaparramento dei casi, con il risultato di disseminare in troppe strutture casistiche che, per motivi di sicurezza e di miglioramento degli esiti, andrebbero concentrate. I dati emersi dal programma nazionale di valutazione degli esiti rendono evidente che in Regione soffriamo di frammentazione delle casistiche per presenza di troppe strutture.

La necessità di rivedere l'attuale rete ospedaliera, pertanto, non può essere vista solo come necessità di ridurre i costi del sistema, bensì come opportunità per mettere in sicurezza la rete ospedaliera, compattandola perché è cambiata la modalità di fare assistenza a determinate categorie di pazienti, in particolar modo i cronici.

Fotografia della situazione attuale

La rete ospedaliera è ancora basata e organizzata sul modello della malattia acuta, mentre la prevalenza dei malati è affetta da patologia cronica con comparsa di eventi acuti, pertanto, rispetto al passato, è sempre più necessario garantire la continuità assistenziale. In generale, i ricoveri riguardano per una percentuale superiore al 60% i pazienti con età maggiore di 65 anni affetti da poli-patologie, a volte fragili, e non solo patologie specifiche d'organo affrontabili da singole specialità.

Le tabelle sotto riportate descrivono la situazione attuale dell'offerta ospedaliera di posti letto per acuti e per riabilitazione, rispetto al valore di 3,0 x mille e 0,7 x mille che costituisce lo standard di riferimento nazionale, inoltre sono indicati gli attuali tassi di ospedalizzazione rispetto al valore di 140 x mille che costituisce il valore di riferimento al quale tendere. I valori contengono i posti letto ora classificati come post-acuzie e non tengono conto della quota di posti letto delle RSA che sono dedicati alle attività di riabilitazione.

| Posti letto x Area Vasta | TOTALE | | ACUTI | | RIABILIT LUNGODEG | |
|--------------------------|--------|--------------------|-------|--------------------|-------------------|--------------------|
| | PL | PL x 1000 abitanti | PL | PL x 1000 abitanti | PL | PL x 1000 abitanti |
| Giuliano Isontina (AVGI) | 1.690 | 3,90 | 1.535 | 3,54 | 155 | 0,36 |
| Udinese (AVUD) | 2.213 | 3,82 | 2.005 | 3,46 | 208 | 0,36 |
| Pordenonese (AVPN) | 1.184 | 3,68 | 1.135 | 3,53 | 49 | 0,15 |
| Totale | 5.087 | 3,81 | 4.675 | 3,50 | 412 | 0,31 |

| Tasso di ospedalizzazione per Area Vasta | Ricoveri di residenti in Ospedali Regionali | Ricoveri di residenti in Ospedali Extra Regione | Residenti ricoverati | Ricoveri x 1000 abitanti (pesati) | Ricoveri x 1000 ab (31-12-2011) |
|--|---|---|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Giuliano Isontina | 59.175 | 3.865 | 63.040 | 145,44 | 164,97 |
| Udinese | 76.022 | 5.351 | 81.373 | 140,30 | 150,28 |
| Pordenonese | 42.503 | 5.183 | 47.686 | 148,25 | 151,24 |
| Totale | 177.700 | 14.399 | 192.099 | 143,88 | 155,05 |

La frammentazione organizzativa determina in numerosi presidi ospedalieri casistiche limitate con forti difficoltà a gestire malattie complesse, soprattutto quando poco frequenti, per assenza di una rete chiara ed esplicita. La dispersione della casistica si evidenzia in particolare nel trattamento dei pazienti chirurgici, soprattutto oncologici; a titolo di esempio viene inserita la tabella di distribuzione fra gli ospedali della regione degli interventi per neoplasia del colon-retto e della mammella (per il 2013 sono indicati i valori del primo semestre), patologia per la quale è dimostrato che centri e professionisti che eseguono un numero troppo basso di interventi chirurgici per anno (sotto i 50 casi/anno per il colon-retto e i 150 casi/anno per la mammella) producono esiti peggiori. Tabelle analoghe possono essere prodotte per le neoplasie dell'ovaio, dell'esofago, del pancreas, dello stomaco, ecc.

| Struttura | Numero interventi colon-retto | | |
|---|-------------------------------|------|-------|
| | Anno | Anno | Anno |
| | 2011 | 2012 | 2013* |
| OSPEDALE DI GORIZIA | 37 | 42 | 26 |
| OSPEDALE DI MONFALCONE | 51 | 60 | 25 |
| OSPEDALE DI GEMONA DEL FRIULI | 18 | 9 | |
| OSPEDALE DI TOLMEZZO | 39 | 48 | 15 |
| OSPEDALE DI SAN DANIELE DEL FRIULI | 56 | 69 | 26 |
| OSPEDALE DI LATISANA | 42 | 40 | 16 |
| OSPEDALE DI PALMANOVA | 37 | 47 | 24 |
| OSPEDALE DI TRIESTE | 181 | 182 | 79 |
| OSPEDALE DI UDINE | 188 | 152 | 69 |
| OSPEDALE DI SAN VITO AL TAGLIAMENTO | 32 | 31 | 13 |
| OSPEDALE DI SPILIMBERGO | 20 | 13 | 4 |
| OSPEDALE DI PORDENONE | 102 | 88 | 41 |
| CASA DI CURA - CITTÀ DI UDINE | 37 | 30 | 12 |
| CASA DI CURA - SAN GIORGIO DI PORDENONE | 18 | 7 | 4 |
| CASA DI CURA - SALUS DI TRIESTE | 10 | 13 | 4 |
| CASA DI CURA - SANATORIO TRIESTINO | 11 | 10 | 2 |
| CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO – AVIANO | 74 | 68 | 37 |
| IRCCS BURLO-GAROFOLO | | 1 | |
| | 949 | 910 | 397 |

| Struttura | Numero interventi mammella | | |
|---|----------------------------|------|-------|
| | Anno | Anno | Anno |
| | 2011 | 2012 | 2013* |
| OSPEDALE DI GORIZIA | 97 | 107 | 54 |
| OSPEDALE DI MONFALCONE | 12 | 12 | 3 |
| OSPEDALE DI GEMONA | 9 | 11 | 2 |
| OSPEDALE DI TOLMEZZO | 41 | 36 | 23 |
| OSPEDALE DI SAN DANIELE | 58 | 62 | 26 |
| OSPEDALE DI LATISANA | 49 | 55 | 28 |
| OSPEDALE DI PALMANOVA | 20 | 20 | 11 |
| OSPEDALE DI TRIESTE | 142 | 160 | 77 |
| OSPEDALE DI UDINE | 372 | 350 | 184 |
| AORP - S. VITO AL TAGLIAMENTO | 44 | 36 | 21 |
| AORP - SPILIMBERGO | 2 | 2 | 1 |
| AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DEGLI ANGELI | 138 | 117 | 73 |
| CASA DI CURA - CITTÀ DI UDINE | 78 | 60 | 32 |
| CASA DI CURA - S. GIORGIO | 35 | 17 | 9 |
| CASA DI CURA - SALUS | 3 | 1 | |
| CASA DI CURA - SANATORIO TRIESTINO | 81 | 74 | 41 |

Il piano esiti dell'AGENAS ha messo in luce importanti differenze di trattamento e di opportunità per i pazienti colpiti da infarto STEMI; il trattamento di tale patologia è differente in base al luogo di insorgenza dell'evento e al conseguente affidamento a una delle strutture ospedaliere presenti nel territorio regionale. In particolare, la percentuale di accesso alle procedure interventistiche di emodinamica per l'infarto STEMI è significativamente superiore per i casi afferiti direttamente agli ospedali dotati di emodinamica rispetto agli altri. Ciò evidenzia la necessità di procedere tempestivamente con la costituzione delle reti regionali per le patologie tempo dipendenti (infarto, ictus e trauma), percorso avviato con la costituzione della centrale operativa 118 unica regionale.

Relativamente all'appropriatezza di erogazione delle prestazioni di ricovero, possono essere migliorati alcuni aspetti spingendo ancor più sull'utilizzo del day surgery e del day hospital e sui percorsi integrati; inoltre in regione non è ancora stato attivato in modo sistematico il day service con conseguente ricorso improprio all'effettuazione di ricoveri in day hospital diagnostici. Infine può essere ancora migliorato il dato dei ricoveri a potenziale rischio di inappropriatezza, soprattutto per alcune patologie quali ad esempio lo scompenso cardiaco, il diabete o la BPCO (relazione epidemiologica).

L'indifferenziazione di mandato fra le strutture ospedaliere non permette di disciplinare i flussi dei pazienti con conseguenti interferenze tra attività urgenti e programmate, ciò anche in considerazione dello scarso sviluppo di un'organizzazione orientata per tipologia di attività e intensità delle cure, anche perché difficilmente realizzabile in presenza di casistiche troppo ridotte.

La presenza di 17 sedi ospedaliere dotate di pronto soccorso produce attività di ricovero in regime d'urgenza con servizi, in alcune situazioni, solo teoricamente in grado di accogliere e gestire in sicurezza tale tipologia di pazienti; di fatto non tutti sono organizzati per rispondere efficacemente al paziente acuto, solitamente multi-patologico e pertanto complesso nella gestione diagnostica e terapeutica. Inoltre, tale frammentazione organizzativa riduce il flusso dei pazienti per singolo servizio di pronto soccorso al di sotto dei 20.000 accessi, valore considerato standard nazionale minimo per il mantenimento del servizio con livelli di qualità ed efficienza adeguati.

| Sede di Ps | N accessi | | | pz/die | | | |
|------------|------------|--------|--------|--------|------|-------|------|
| | 2011 | 2012 | 2013* | 2011 | 2012 | 2013* | |
| ASS 2 | Gorizia | 22.595 | 22.652 | 18.958 | 61,9 | 62,1 | 51,9 |
| | Monfalcone | 27.999 | 27.841 | 25.213 | 76,7 | 76,3 | 69,1 |
| | Grado | 3.818 | 3.198 | 3.126 | 10,5 | 8,8 | 8,6 |
| ASS 3 | Tolmezzo | 17.174 | 16.675 | 15.008 | 47,1 | 45,7 | 41,1 |
| | Gemona | 16.132 | 14.866 | 12.297 | 44,2 | 40,7 | 33,7 |
| ASS 4 | S Daniele | 29.664 | 28.581 | 23.634 | 81,3 | 78,3 | 64,8 |

| | | | | | | | |
|-------------------|----------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| ASS 5 | Palmanova | 24.695 | 25.391 | 21.351 | 67,7 | 69,6 | 58,5 |
| | Latisana | 25.097 | 26.009 | 22.339 | 68,8 | 71,3 | 61,2 |
| | Lignano (estivo) | 4.161 | 4.136 | 3.786 | 11,4 | 11,3 | 10,4 |
| AOUUD | Udine | 60.863 | 59.936 | 50.657 | 166,7 | 164,2 | 138,8 |
| | Cividale | 15.673 | 10.744 | 9.146 | 42,9 | 29,4 | 25,1 |
| | Pediatrico | 11.244 | 15.408 | 12.967 | 30,8 | 42,2 | 35,5 |
| AOUTS | Cattinara | 23.341 | 46.051 | 37.607 | 63,9 | 126,2 | 103,0 |
| | Maggiore | 47.915 | 21.710 | 17.684 | 131,3 | 59,5 | 48,4 |
| | Pordenone | 54.140 | 50.597 | 42.772 | 148,3 | 138,6 | 117,2 |
| AO PN | Pordenone pediatrico | 12.000 | 13.657 | 11.824 | 32,9 | 37,4 | 32,4 |
| | San Vito al Tagliamento | 21.495 | 22.570 | 18.983 | 58,9 | 61,8 | 52,0 |
| | Spilimbergo | 10.192 | 9.785 | 8.246 | 27,9 | 26,8 | 22,6 |
| | Maniago | 5.939 | 5.563 | 4.860 | 16,3 | 15,2 | 13,3 |
| | Sacile | 6.592 | 6.700 | 5.896 | 18,1 | 18,4 | 16,2 |
| Burlo | BURLO | 21.187 | 21.563 | 18.166 | 58,0 | 59,1 | 49,8 |
| Totale FVG | | 467.301 | 458.735 | 389.153 | 1.280,28 | 1.256,81 | 1.066,17 |

* dati da gennaio a 31/10/2013

L'attuale distribuzione dei punti nascita non permette di assicurare livelli di sicurezza minimi, con aumento dei rischi sia per la madre che per il bambino. Gli standard previsti a livello nazionale e internazionale determinano in almeno 1.000 parti all'anno la sostenibilità in sicurezza delle strutture. Si riporta in tabella l'organizzazione attuale.

| | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Trieste | 1.796 | 1.805 | 1.642 |
| Gorizia | 349 | 345 | 278 |
| Monfalcone | 495 | 503 | 468 |
| Latisana | 453 | 482 | 446 |
| Palmanova | 849 | 804 | 820 |
| San Daniele | 1.127 | 1.133 | 1.003 |
| Tolmezzo | 496 | 532 | 524 |
| Udine | 1.661 | 1.632 | 1.673 |
| Pordenone | 1.146 | 1.091 | 1.057 |
| Casa di Cura San Giorgio (PN) | 812 | 745 | 750 |
| San Vito al Tagliamento | 782 | 809 | 796 |
| TOTALE | 9.966 | 9.881 | 9.457 |

Anche per le Pediatrie il discorso è analogo. La tabella mette in luce la ridondanza di strutture di ricovero ordinario rispetto alla casistica, con presenze medie di ricoverati attorno alle 50 unità che non raggiungono neppure le 4 unità per struttura a fronte di una disponibilità complessiva di 94 PL ordinari.

| | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------------|------|------|------|
| Trieste | 12,5 | 11,9 | 12 |
| Gorizia | 0,9 | 0,6 | 1,1 |
| Monfalcone | 2,2 | 1,6 | 1,8 |
| Latisana | 2,5 | 2,4 | 2,3 |
| Palmanova | 3,1 | 2,5 | 2,7 |
| San Daniele | 4 | 3,3 | 3,5 |
| Tolmezzo | 3,4 | 3,1 | 3,4 |
| Udine | 10,1 | 8,6 | 9,6 |
| Pordenone | 11,7 | 11,3 | 12,9 |
| San Vito al Tagliamento | 2,9 | 3,4 | 3,2 |
| TOTALE | 53,3 | 48,9 | 52,6 |

L'offerta organizzativa di Laboratorio analisi risente della programmazione oramai datata, che prevedeva per ogni sede ospedaliera la presenza di un servizio completo. L'evoluzione tecnologica e informatica avvenuta nel corso degli ultimi anni rende possibile la centralizzazione della fase analitica presso gli ospedali di 1° o 2° livello, in organizzazione dipartimentale con le altre discipline di medicina di laboratorio (microbiologia e anatomia patologica) e conseguente aumento dell'efficienza (abbattimento ipotetico di circa il 50% dei costi) e della qualità diagnostica, senza minimamente incidere sui servizi di front office con l'utenza, anzi oltre a garantire gli attuali punti di prelievo, se necessario, potranno essere ulteriormente potenziati.

L'attuale dotazione di strutture nelle quali viene svolta attività ospedaliera determina l'elevata costosità del sistema che assorbe oltre il 50% delle risorse totali del Servizio sanitario regionale a fronte del 44% fissato come valore di riferimento per le organizzazioni nelle quali è assicurato il giusto equilibrio fra assistenza ospedaliera e assistenza primaria. Inoltre, tale frammentazione sta producendo un disavanzo per le singole strutture ospedaliere, soprattutto quelle di minori dimensioni, determinato soprattutto dall'esigenza di tenere aperte strutture che non hanno i numeri necessari a raggiungere livelli minimi di efficienza. Si stima che, nel corso degli ultimi anni, il costo degli ospedali per l'erogazione dei LEA ospedalieri sia stato superiore a circa 100-150 milioni rispetto a quanto atteso (vedasi finanziamento a criteri standard del 2014).

Oltre all'inefficienza di sistema sopra descritta, l'attuale organizzazione ospedaliera accompagnata al modello istituzionale che prevede per molte realtà la distinzione fra aziende ospedaliere e aziende territoriali, determina *setting* assistenziali diversi con disomogeneità di trattamento dei pazienti in base al modello istituzionale presente nell'area di riferimento, frammentazione operativa che spesso si traduce in difficoltà culturale a lavorare in team sia all'interno della rete ospedaliera che con i servizi di assistenza primaria; ciò produce duplicazione di accertamenti, diagnosi e terapie talvolta o spesso discordanti con esiti clinici non omogenei.

Presso gli ospedali di Udine, Trieste e Pordenone-CRO sono presenti numerose duplicazioni di strutture che, oltre a frammentare inutilmente l'organizzazione, comportano

il mancato rispetto degli standard di riferimento nazionale per i quali sono previsti determinati bacini d'utenza per ogni tipologia di disciplina.

A fronte dei 964.000.000 di euro previsti per l'anno 2014, secondo i parametri del Fondo Sanitario Nazionale, il Friuli Venezia Giulia ha attribuito, per l'attività ospedaliera, 1.102.800.000, pertanto un finanziamento maggiore di 138.800.000 euro rispetto ai parametri nazionali.

Strategia

Per ovviare ai problemi sopra indicati e mettere in sicurezza il sistema è necessario riorganizzare il SSR sulla base dei seguenti canoni:

- garanzia dei diritti del cittadino durante il ricovero: privacy, riservatezza, informazione e coinvolgimento nella cura, gentilezza, bioritmi, nutrizione, relazioni con la famiglia, sia dal punto di vista strutturale degli ospedali, dell'organizzazione e del personale;
- modello organizzativo in hub e spoke sia dal punto di vista strutturale (rete ospedaliera), che funzionale (reti cliniche);
- offerta ospedaliera, programmata su 3 PL per acuti e 0,3 PL di riabilitazione x 1.000 abitanti; i restanti 0,4 PL di riabilitazione x 1.000 abitanti sono assicurati nelle RSA. Si prevede una riduzione sensibile dei posti letto delle aree chirurgica e materno-infantile e un potenziamento delle aree mediche e di riabilitazione;
- rete ospedaliera con individuazione dell'ospedale di 2° livello (bacino d'utenza superiore a 600.000 abitanti), di quelli di 1° livello (bacino d'utenza superiore a 300.000 abitanti) e di quelli di base (bacino d'utenza fra 80.000 e 150.000 abitanti). Per ogni ospedale viene prevista una scheda specifica con le funzioni previste di area medica, area chirurgica, area materno-infantile, area riabilitazione e area dei servizi;
- per gli ospedali di base si prevede l'organizzazione di presidi ospedalieri unici, ancorché su due sedi con mandati diversi, soprattutto differenziando l'organizzazione dell'attività urgente da quella programmata;
- riconversione a funzioni di assistenza primaria dei restanti presidi;
- riduzione del numero di punti nascita, con riferimento non solo alle linee guida nazionali e internazionali ma anche agli elementi che emergeranno nell'ambito del lavoro del gruppo tecnico, secondo una tempistica connessa a valutazioni di sicurezza e di caratteristiche territoriali;
- riduzione dei reparti di pediatria;

- riduzione dei reparti di chirurgia generale e ortopedia, con previsione di concentrazione di alcune attività chirurgiche secondo criteri di sicurezza ed esito, in particolare per la chirurgia oncologica;
- riduzione del numero di servizi di pronto soccorso con loro riconversione a PPI aperti sulle 12 ore diurne che continueranno a far parte della rete dei servizi d'emergenza (ambulanze, elisoccorso, ecc.), anch'essa da rivedere;
- completa revisione del modello organizzativo dei laboratori di analisi;
- superamento di alcuni doppioni interni alle aziende ospedaliero-universitarie, e laddove necessario, integrando, se del caso, la funzione di didattica e ricerca con l'attività assistenziale;
- organizzazione interna degli ospedali secondo la modalità per intensità di cure e con aree pluridisciplinari, superando la logica divisionale;
- creazione di modalità operative di "presa in cura dei pazienti" dall'accoglienza in ospedale alle dimissioni, al trasferimento e invio presso gli altri ospedali regionali o extra per cure più complesse, creando reti strutturate per patologia;
- sviluppo ulteriore dell'attività di day hospital e day surgery, consolidamento e diffusione dell'organizzazione per aree omogenee weekly hospital e implementazione anche dell'erogazione di prestazioni ambulatoriali con modelli integrati multidisciplinari;
- definizione del numero di posti letto per area funzionale prevedendo un tasso di occupazione almeno dell'85%, una degenza media per l'area chirurgica di 4,5 giorni, mentre per l'area medica di 8 giorni;
- integrazione e coordinamento di tutti gli ospedali con la rete della gestione del paziente cronico (strutture intermedie, ADI, MMG, centri per l'assistenza primaria, ecc.);
- ospedalità privata quale risorsa complementare e integrativa del sistema erogativo pubblico, partecipando coerentemente con la evoluzione della programmazione sanitaria.

Assistenza distrettuale

Il Distretto socio-sanitario

Il Distretto socio-sanitario è l'articolazione dell'Azienda per l'assistenza sanitaria deputata a garantire l'erogazione del Livello Essenziale di Assistenza Distrettuale mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

L'integrazione si intende riferita agli ambiti istituzionali, agli ambiti professionali e tra le dimensioni sociale e sanitaria con particolare riferimento alle aree a elevata integrazione quali: anziani, disabili, salute mentale, dipendenze, area materno-infantile.

FUNZIONI

Le funzioni organizzate dal distretto sono:

- funzione di committenza
- funzione di produzione
- funzione di integrazione

La funzione di committenza

La funzione di committenza del distretto è intesa come messa a disposizione dei servizi necessari per rispondere ai bisogni dei cittadini; è svolta in modo integrato con i livelli della prevenzione e ospedaliero e il livello degli enti locali. Si attua attraverso un processo programmatico che prevede una fase di valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento e di individuazione delle modalità di risposta in termini di offerta integrata dei servizi e una fase attuativa di monitoraggio del livello di efficacia e di efficienza dei servizi e di valutazione del conseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione, nonché di controllo quali-quantitativo degli erogatori interni ed esterni.

Le funzioni di produzione si esprimono nelle seguenti attività:

- l'assistenza medica primaria (medicina generale, pediatria di libera scelta, servizio di continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale ivi compresa la riabilitazione);
- l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria (ambito materno-infantile, disabilità in età evolutiva e nell'adulto, anziani fragili, dipendenze e salute mentale in età evolutiva e adulta, non autosufficienza).

La funzione di integrazione del Distretto si esplica:

- nell'integrazione intersettoriale tra strutture sanitarie e servizi sociali dei Comuni;
- nell'integrazione operativo/organizzativa con individuazione di obiettivi comuni, progettazioni, percorsi e processi;
- nell'integrazione diagnostico-assistenziale e tra i diversi livelli di cura;

- nell'integrazione logistica con condivisione di spazi, sistemi di supporto, tecnologie e strumenti operativi;
- nell'integrazione informativa con condivisione dei sistemi informativi.

Il Distretto garantisce inoltre le azioni di sviluppo intersettoriale e di coinvolgimento della comunità locale finalizzate alla promozione della salute.

Attività e articolazioni del Distretto

Fermo restando che, laddove non ancora realizzata, deve essere perseguita un'organizzazione capillare dei servizi sul territorio per favorire maggiore vicinanza ai bisogni del cittadino, allo scopo di garantire una maggiore uniformità di offerta agli assistiti e al contempo conseguire obiettivi di efficienza del Servizio sanitario regionale, il bacino d'utenza ottimale dovrebbe garantire un'adeguata consistenza, in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale e dalla documentata esperienza internazionale.

Il Distretto è struttura aziendale dotata di autonomia economica, finanziaria e gestionale, con attribuzione di specifico budget e contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda, come da normativa nazionale.

L'organizzazione del Distretto deve garantire una risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari, anche complessi della popolazione, fungendo da snodo tra le strutture sanitarie e gli enti locali e governando la risposta ai bisogni in modo unitario, coordinato e integrato.

Ciò premesso, le funzioni del Distretto si realizzano all'interno delle seguenti aree:

| AREA | ATTIVITÀ SPECIFICA |
|---|--|
| Assistenza medica primaria | Medicina convenzionata (MMG, Medici continuità assistenziale, Medici emergenza territoriale) Pediatria convenzionata Specialistica ambulatoriale Riabilitazione ambulatoriale e protesica Cure palliative e terapia del dolore adulti ed età evolutiva |
| Assistenza domiciliare integrata | Assistenza infermieristica domiciliare Assistenza riabilitativa domiciliare Assistenza programmata dei Medici di medicina generale |
| Assistenza farmaceutica AFIR | Distribuzione di farmaci e di presidi sanitari e integrazione delle farmacie convenzionate nella rete dei servizi di assistenza primaria |
| Area materno infantile – Consultorio familiare | Ostetrico ginecologica Pediatria Psicosociale ed educativa Sostegno alle famiglie Interventi sociosanitari integrati (UVD, EMH) |

| | |
|--|---|
| Neuropsichiatria infanzia e adolescenza | Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia di età 0-18 Interventi sociosanitari integrati (UVD/EMH) |
| Servizio per le dipendenze | Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolta a persone con problematiche di abuso/dipendenza Continuità assistenziale e terapeutica Interventi psicosociali, attività di inserimento lavorativo Trattamento in comunità residenziale e semiresidenziale Attività medico-legali Interventi sociosanitari integrati (UVD) |
| Sanità penitenziaria | Coordinamento delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolte ai detenuti e internati (Dlgs 274/2010). |
| Strutture intermedie (RSA, HOSPICE, Strutture ex art. 26 legge 833/1978, Ospedale di Comunità, Moduli ad alta intensità assistenziale) | Assistenza sanitaria Assistenza tutelare Riabilitazione residenziale Moduli respiro Cure palliative residenziali Post acuzie Unità di assistenza protratta |
| Centro di salute mentale (articolazione strutturata nel Dipartimento di salute mentale) | Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rivolta a persone con problemi di salute mentale Continuità assistenziale e terapeutica Interventi psicosociali, attività di inserimento lavorativo Accoglienza residenziale e semiresidenziale temporanea, abitare assistito Attività per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari Interventi sociosanitari integrati (UVD) |

In particolare per la Medicina convenzionata (Medici di famiglia e Pediatri di Libera scelta) le finalità e i principi enunciati nella legge regionale per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale richiedono una riorganizzazione dei Servizi di assistenza sanitaria primaria e, al loro interno, delle funzioni e delle attività dei medici convenzionati (MMG, PLS, continuità assistenziale). I mutati bisogni assistenziali comportano lo sviluppo di politiche di promozione della salute e di prevenzione delle patologie prevalenti e favoriscono l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali al fine di aumentare l'efficacia delle cure e di garantire la continuità dell'assistenza. In questa prospettiva all'assistenza medica primaria è richiesto di svolgere il nuovo ruolo, di cruciale importanza, di prima risposta ai problemi di salute della popolazione e di coordinamento dei relativi percorsi assistenziali. È quindi necessario ripensare i modelli organizzativi della Medicina convenzionata, coerentemente con i nuovi indirizzi delineati dalla normativa nazionale, per consentire di svolgere le nuove funzioni ed attività.

Dipartimento di prevenzione

Il Dipartimento di prevenzione dovrà avere maggiore presenza e conseguente integrazione con le strutture dell'assistenza primaria.

L'ARTICOLATO

Sulla base delle premesse sopra riportate si è proceduto all'elaborazione del disegno di legge di riforma, che è diviso in otto titoli.

Il **TITOLO I°** riguarda l'oggetto e la finalità della riforma.

L'**art. 1** definisce l'oggetto dell'intervento legislativo, chiarendo che viene data attuazione alla legge regionale 17/2013, nonché rideterminata l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e distrettuale sulla base di quanto previsto dai DL 189/2012 e 95/2012.

L'**art. 2** elenca le finalità complessive della norma (potenziamento dell'assistenza primaria, riequilibrio delle risorse e salvaguardia del ruolo dell'Università) nonché, al comma 2, la definizione dei principi e criteri da seguire nella programmazione con riferimento all'assistenza sanitaria collettiva, all'assistenza territoriale e ospedaliera.

Il **TITOLO II°** si occupa dell'assetto istituzionale elencando, all'**art. 3** gli enti del SSR.

L'**art. 4** si occupa degli enti attraverso cui viene garantita la collaborazione tra SSR ed Università.

Gli **artt. 5 e 6** riguardano gli altri enti del SSR, che nascono dalla fusione delle restanti aziende per i servizi sanitari e, con riferimento all'ASS n. 5, anche dell'Azienda ospedaliera di Pordenone. A tali nuovi enti viene applicata la disciplina delle aziende unità sanitarie locali dotate di presidio sanitario.

L'**art. 7** riguarda la creazione di un ente del tutto nuovo, dotato di autonomia e al quale si applica il modello istituzionale delle aziende unità sanitarie locali. Tale ente, denominato Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, funzioni accentrate amministrative, gestionali e di supporto programmatico. Per tale motivo il suo organo di vertice è coadiuvato da un Comitato di indirizzo composto dagli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale. Le decisioni del Comitato di indirizzo vengono recepite dagli enti del Servizio sanitario regionale. Il necessario collegamento funzionale con i compiti e le prerogative regionali avviene tramite la presidenza di tale organismo, riservata al Direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.

Gli **articoli da 8 a 11** contengono delle disposizioni di carattere attuativo e tecnico con riferimento al trasferimento dei rapporti di lavoro in favore dei nuovi enti, alla definizione della nuova articolazione organizzativa (definizione degli atti aziendali), al trasferimento di beni mobili e immobili e alla decadenza degli incarichi di direzione degli enti soppressi.

Il **TITOLO III°** riguarda l'assetto organizzativo dei nuovi enti.

L'**art. 12** contiene un elenco sostanzialmente riepilogativo delle disposizioni normative in materia di organi e dei componenti le direzioni strategiche, con le necessarie indicazioni con riferimento agli enti integrati con le Università.

L'**art. 13** ribadisce il ruolo della Conferenza dei sindaci quale organismo rappresentativo, nell'ambito del SSR, degli enti locali.

Il **TITOLO IV°** definisce i livelli organizzativi degli enti del SSR.

Gli **artt. 14 e 15** definiscono i principi di carattere generale, ricollegandoli ai livelli erogativi dei livelli essenziali di assistenza e chiarendo il ruolo dell'Università nell'ambito del Servizio sanitario regionale.

L'**art. 16** è relativo alla cooperazione sanitaria transfrontaliera.

L'**art. 17** delinea l'organizzazione e le funzioni del Dipartimento di prevenzione.

L'**art. 18** delinea i principi dell'assistenza primaria e gli standard organizzativi della medesima. Il comma 3 rinvia, con riferimento all'articolazione dirigenziale, a un documento, costituente parte integrante della legge, per la modifica del quale si prevede il meccanismo della c.d. delegificazione.

L'**art. 19** delinea l'organizzazione e le funzioni del Distretto.

L'**art. 20** definisce l'organizzazione dell'assistenza medica primaria, chiarendo che è incardinata nel distretto e che opera in collegamento funzionale con i livelli assistenziali della prevenzione e ospedaliero. Sono poi elencate le forme organizzative dell'assistenza primaria e individuate le funzioni delle medesime.

L'**art. 21** definisce l'organizzazione dell'assistenza domiciliare.

L'**art. 22** delinea l'organizzazione e le funzioni del Dipartimento di salute mentale.

L'**art. 23** definisce le strutture destinate a svolgere una funzione intermedia fra l'ospedale, riservato alle patologie acute e complesse, e i servizi domiciliari e ambulatoriali, destinate alla presa in carico del paziente affetto prevalentemente da malattie croniche.

L'**art. 24** chiarisce che le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle Aziende per l'assistenza sanitaria e sono comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria e che la Regione procede alla revisione dei servizi e degli interventi attualmente erogati.

L'**art. 25** elenca i principi dell'assistenza ospedaliera.

L'**art. 26** dà attuazione, con riferimento al territorio regionale, ai principi di cui all'art. 15, comma 13, lettera c) del DL 95/2012 definendo lo standard per la determinazione del numero dei posti letto ospedalieri nell'ambito del territorio regionale.

L'**art. 27** definisce la tipologia dei presidi ospedalieri e, come per l'assistenza territoriale, si rinvia a un documento allegato l'articolazione dirigenziale, per la modifica del quale si adotta il meccanismo della c.d. delegificazione.

L'**art. 28** definisce la rete e l'organizzazione dei presidi ospedalieri.

Gli **artt. 29, 30 e 31** definiscono le tipologie di presidi ospedalieri: di base "spoke", di primo o secondo livello "hub".

L'**art. 32** definisce i criteri operativi e organizzativi dei presidi, chiarendo che sussiste la possibilità di svolgere le relative funzioni su più sedi operative, nonché funzioni caratterizzanti, di norma, i presidi ospedalieri di più elevato livello. Viene anche precisata l'impossibilità di attivare funzioni svolte, nel medesimo bacino di utenza, da presidi ospedalieri specializzati.

L'**art. 33** definisce il ruolo delle case di cura private accreditate.

L'**art. 34** prevede la riconversione per lo svolgimento di attività distrettuali sanitarie e sociosanitarie per i presidi ospedalieri di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago e Sacile, nonché di parte del presidio ospedaliero "Maggiore" di Trieste. Viene individuata la denominazione delle strutture riconvertite ("Presidi ospedalieri per la salute") e definite le loro funzioni.

L'**art. 35** definisce il modello organizzativo del presidio ospedaliero.

L'**art. 36** chiarisce che i presidi ospedalieri sono dotati di autonomia economico-finanziaria e gestionale, nonché di un responsabile di budget e dei risultati.

Il **TITOLO V°** definisce i livelli di pianificazione regionale, individua gli organismi regionali preposti a specifici settori e principi gestionali del SSR di carattere generale.

L'**art. 37** definisce i settori della pianificazione regionale.

L'**art. 38** definisce le reti di patologia, che consistono in reti professionali destinate a garantire il confronto tra professionisti del SSR, con la finalità di garantire l'integrazione dell'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività distrettuale, assicurare la continuità assistenziale e definire le modalità di presa in carico e trattamento dei pazienti su tutto il territorio regionale.

L'**art. 39** prevede le possibilità di costituire dei gruppi di lavoro composti da dirigenti medici o sanitari delle discipline specialistiche e personale delle professioni sanitarie, con il compito di procedere alla disamina degli specifici settori di attività al fine di fornire il

riferimento tecnico per l'adozione da parte della Giunta regionale dei relativi atti di programmazione regionale.

L'**art. 40** prevede la possibilità di creare dei centri di riferimento e specializzazione regionale con specifici compiti di riferimento clinico, supporto alla programmazione regionale, supporto nell'elaborazione di linee guida o di percorsi assistenziali, osservatorio regionale.

L'**art. 41** definisce le modalità gestionali che devono caratterizzare la gestione del SSR.

L'**art. 42** chiarisce il ruolo della Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia nell'informatizzazione del SSR, nonché gli obiettivi da perseguire con riferimento a tale settore.

L'**art. 43** sancisce la necessità di promuovere e sostenere gli strumenti per fornire ai cittadini informazioni sulla propria salute.

L'**art. 44** riconosce e promuove la formazione del personale quale strumento fondamentale per mantenere elevati i livelli di qualità nella erogazione di prestazione nei servizi sanitari e socio sanitari a tutela della salute pubblica.

Il **TITOLO VI°** detta disposizioni in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie, nonché in materia di accordi contrattuali con le associazioni dei soggetti erogatori delle relative prestazioni.

L'**art. 45**, con riferimento all'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie prevede, in attuazione della specifica disposizione di legge statale, l'adozione di un regolamento disciplinante la materia con riferimento ai requisiti minimi da possedere e alla procedura per il rilascio delle autorizzazioni. Viene altresì connessa la procedura di autorizzazione alla previa acquisizione, dalla Regione, della situazione di fabbisogno complessivo di assistenza e di localizzazione territoriale delle strutture, ma senza preventiva valutazione di compatibilità con il predetto fabbisogno e definizione degli accordi contrattuali, come peraltro definito per effetto del recente art. 27, comma 2, del D.L. 24 giugno 2014, n. 90.

L'**art. 46**, con riferimento all'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie, prevede la predisposizione di un apposito regolamento regionale. Viene altresì previsto che l'accreditamento prescinde dalla programmazione regionale e dalla eventuale definizione di accordi contrattuali.

L'**art. 47** prevede che la sottoscrizione di accordi contrattuali con le associazioni dei soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie avvenga in coerenza con la programmazione regionale, che deve determinare il fabbisogno e le risorse da destinare sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi.

L'**art. 48** prevede l'approvazione, da parte della Giunta regionale, di un sistema di controlli delle prestazioni erogate dalle strutture convenzionate.

In sostanza la disciplina di cui agli artt. 45, 46 e 47 sgancia le autorizzazioni e gli accreditamenti dal fabbisogno e dalla programmazione, consentendo alle nuove strutture di operare direttamente, senza tuttavia accedere all'accordo contrattuale, legato al fabbisogno, alle risorse, alla comparazione di qualità e costi.

Il **TITOLO VII°**, **art. 49** sancisce principi di carattere generale con riferimento al finanziamento degli enti del SSR.

Il **TITOLO VIII°** contiene le norme transitorie e finali. In particolare l'**art. 50** detta le norme indispensabili per consentire il tempestivo avvio dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi e l'**art. 52** le abrogazioni delle leggi le cui disposizioni sono o superate o sostituite dalle nuove disposizioni di cui al presente disegno di legge.

Si confida nel voto favorevole di codesto Consiglio regionale.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

TITOLO I
OGGETTO E FINALITÀCapo I
Oggetto e finalitàArt. 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), 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)

1. La presente legge provvede al riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale:

- a) potenziando l'assistenza primaria, rendendola il più possibile vicina alle esigenze e ai bisogni dei cittadini, nonché facilmente accessibile e fruibile dai medesimi;
- b) determinando un riequilibrio delle risorse tra i settori nei quali viene espletata l'attività del Servizio sanitario regionale;
- c) valorizzando il ruolo e la partecipazione dell'Università alle attività assistenziali e le connesse funzioni di didattica e ricerca.

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;

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

- b) assistenza distrettuale;
- c) assistenza ospedaliera.

TITOLO II
ASSETTO ISTITUZIONALE

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, garantendo altresì 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 un anno:

- 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;

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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. Per le finalità di cui al 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 in attuazione di quanto previsto all'articolo 3 comma 2, la Regione e le Università regionali collaborano alla definizione del nuovo Protocollo d'intesa Università-Regione. Il nuovo Protocollo dovrà prevedere le modalità di istituzione di un'Azienda che, oltre a svolgere le proprie funzioni di assistenza, didattica e ricerca, così come disciplinato dalla legislazione vigente, svolga ulteriori funzioni di presa in carico degli assistiti e di continuità nelle cure, in modo da assicurare lo svolgimento unitario e coordinato, sia in sede ospedaliera che distrettuale, anche delle funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione. 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 le funzioni e le attività del personale ospedaliero, del distretto e dell'Università.

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", 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 "S. 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;

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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";

c) tutte le funzioni svolte dall'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" sono trasferite all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina", che assume anche la competenza relativamente al servizio punto prelievo, servizio radiologia e poliambulatorio collocati presso l'ospedale Maggiore dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste, con contestuale scorporo da detta Azienda.

3. 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 soppresse;

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".

4. A decorrere dall'1 gennaio 2015:

a) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare" 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" 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 dell'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".

5. Sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare", 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 Tarcento. Sono compresi nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare", i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

derivanti dai rapporti di lavoro, inerenti le attività delle strutture sanitarie, sia distrettuali che ospedaliere, insistenti sul territorio dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di San Daniele del Friuli e di Tarcento. Sono comprese nelle funzioni dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare" 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 Tarcento.

6. 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".

7. Non sono compresi nel territorio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" i territori dei comuni attualmente compresi negli Ambiti di Tarcento 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 Tarcento 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 Tarcento.

8. 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".

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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

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

Art. 6

(Ambiti territoriali delle Aziende per l'assistenza sanitaria del Servizio sanitario regionale)

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

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

b) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" comprende i seguenti comuni: Capriva del Friuli, Cormons, Doberdò del Lago, 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, San Lorenzo Isontino, San Pier d'Isonzo, Savogna d'Isonzo, 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, Precenicco, 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" comprende i seguenti comuni: Amaro, Ampezzo, Arta Terme, Artegna, Attimis, Bordano, Buja, Cassacco, Cavazzo Carnico, Cercivento, Chiusaforte, Colloredo di Monte Albano, Comeglians, Coseano, Dignano, Dogna, Enemonzo, Faedis, Fagagna, Flaibano, Forgaria nel Friuli, Forni Avoltri, Forni di Sopra, Forni di Sotto, Gemona, Lauco, Ligosullo, Lusevera, Magnano in Riviera, Majano, Malborghetto, Moggio, Montenars, Moruzzo, Nimis, Osoppo, Ovaro, Paluzza, Paularo, Pontebba, Povoletto, Prato Carnico, Preone, Ragogna, Ravaschetto, Raveo, Reana del Rojale, Resia, Resiutta, Rigolato, Rive d'Arcano, San Daniele del Friuli, San Vito di Fagagna, Sauris, Socchieve, Sutrio, Taipana, Tarcento, Tarvisio, Tolmezzo, Trasaghis, Treppo Carnico, Treppo Grande, Venzona, Verzegnis, Villa Santina, Tricesimo, Zuglio;

d) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" comprende i seguenti comuni: Basiliano, Bertiolo, Buttrio, Camino al Tagliamento, Campofornido, Castions di Strada, Cividale, Codroipo, Corno di Rosazzo, Drenchia, Grimacco, Lestizza, Manzano, Martignacco, Mereto di Tomba, Moimacco, Mortegliano, Pagnacco, Pasian di Prato, Pavia di Udine, Pozzuolo del Friuli, Pradamano, Premariacco, Prepotto, Pulfero, Remanzacco, San

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Giovanni al Natisone, San Leonardo, San Pietro al Natisone, Savogna, Sedegliano, Stregna, Talmassons, Tavagnacco, Torreano, Udine, Varmo;

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, Pravisdomini, 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 e all'individuazione degli ambiti territoriali ottimali per l'esercizio associato delle funzioni da parte delle unioni dei Comuni.

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, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto, 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 il personale.

5. Le funzioni accentrate gestionali riguardano la logistica del servizio di magazzino, la formazione e le altre attività individuate con le modalità indicate al comma 8.

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

7. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi può svolgere ulteriori funzioni di tipo amministrativo o sanitario di competenza di uno o più Enti del Servizio sanitario regionale, ovvero di interesse dell'intero Servizio sanitario regionale.

8. Con delibera della Giunta regionale sono individuate, in dettaglio, le funzioni di cui ai commi 3, 4, 5, 6 e 7, nonché le date a decorrere dalle quali le funzioni sono svolte in via esclusiva dall'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi.

9. 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, ne definisce le modalità operative. Il Comitato di indirizzo è composto dal direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che lo presiede, e dai direttori generali degli Enti del Servizio sanitario regionale, o loro delegati. Le decisioni del Comitato di indirizzo sono recepite dagli Enti del Servizio sanitario regionale.

10. 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.

11. 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.

12. 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 dalla istituzione degli stessi.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

2. Con il cessare delle funzioni di cui all'articolo 7, comma 8, 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 4, 5, 6 e 7, 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.

4. Per l'attuazione di quanto stabilito all'articolo 7, comma 12, 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 sottoposte alla Giunta regionale per il recepimento.

5. 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.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

6. 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.

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, di cui all'articolo 3, comma 1, lettera d), 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.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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 sociali o sociosanitario. Il coordinatore sociosanitario può essere altresì individuato tra personale laureato diverso da quello indicato al primo periodo, purché in possesso delle medesime competenze ed esperienze. Nei suoi riguardi valgono le norme previste, anche con riferimento alla parte economica, per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo, in quanto applicabili.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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 previo parere della 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.

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 sanitaria e sociale);

b) esprimono parere obbligatorio ed eventuali osservazioni sul Piano attuativo locale (PAL) 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 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.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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 LEA:

- a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) assistenza distrettuale;
- c) assistenza ospedaliera.

Art 15
(Ruolo dell'Università)

1. La Regione individua le Università di Trieste e 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.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

3. Regione e 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.

4. Regione e 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 di 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 triestino-isontini, la cooperazione sanitaria con la Repubblica di Slovenia è individuata come indirizzo strategico della programmazione sanitaria ai fini di una integrazione dei relativi sistemi sanitari. A questo scopo la Regione promuove l'integrazione tra la programmazione sanitaria e i documenti di programmazione della cooperazione territoriale tra Italia e Repubblica di Slovenia. Per gli altri territori si svilupperà una collaborazione anche con l'Austria.

3. 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 (DIP) è la struttura operativa delle Aziende per l'assistenza sanitaria preposta a svolgere le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica. Il Dipartimento di prevenzione concorre alla promozione e tutela della salute attraverso la valutazione e il controllo dei fattori di rischio e attua programmi di sanità pubblica promuovendo e attuando programmi intersettoriali e interistituzionali.

2. Il Dipartimento di prevenzione ha autonomia organizzativa, 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;

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

- c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- d) tutela della salute in riferimento ai fattori ambientali in raccordo con l'ARPA;
- 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 della funzione 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;
- c) decentramento nell'erogazione delle prestazioni;
- d) utilizzo flessibile e condiviso delle risorse economiche, professionali e strumentali;
- e) differenziazione di gruppi tecnici per competenza che tengano conto di un bacino di utenza regionale.

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

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Capo III
Assistenza distrettualeSezione I
Principi dell'assistenza primaria e standard organizzativiArt. 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:
 - 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. In attuazione della presente legge l'assistenza primaria si basa sugli standard organizzativi indicati nel documento allegato A.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

3. Con deliberazione della Giunta regionale, da adottarsi previa acquisizione del parere della competente Commissione consiliare, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dal parere:

a) sono individuati, per ciascuna funzione assistenziale, il relativo modulo organizzativo inerente l'articolazione dirigenziale, con riferimento alla tipologia e alla quantità;

b) in via di delegificazione può essere modificato il documento di cui al comma 2.

Sezione II
Organizzazione dell'assistenza primaria

Art. 19
(Distretto)

1. 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).

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

- a) anziani;
- b) disabili;
- c) salute mentale;
- d) dipendenze;
- e) materno-infantile.

3. Con riferimento ai compiti e settori di intervento il Distretto svolge le seguenti funzioni:

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

4. 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 programmatorio 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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 d'utenza compreso tra 50.000 e 100.000 residenti, fermo restando che condizioni geomorfologiche o la bassa densità della popolazione possono consentire

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

eventuali deroghe. L'effettiva articolazione del territorio in distretti deve garantire una capillare organizzazione dei servizi sul territorio e la vicinanza ai bisogni del cittadino.

8. Il direttore generale dell'Azienda provvede, di concerto con la Conferenza dei sindaci, alla individuazione dei distretti fermo restando che il territorio degli stessi deve essere coincidente, multiplo o frazione del territorio di uno o più ambiti del Servizio sociale dei Comuni. L'effettiva articolazione del territorio in distretti deve comunque garantire una capillare organizzazione dei servizi sul territorio e della vicinanza ai bisogni del cittadino.

9. Il Distretto è una struttura aziendale dotata di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

10. 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.

11. 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, unitamente al coordinatore sociosanitario di cui all'articolo 12, l'Azienda nel procedimento di elaborazione del Piano di zona di cui all'articolo 24 della legge regionale 6/2006.

12. 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 diretta di farmaci e di presidi sanitari, funzione di Farmacia dei servizi, con particolare riferimento alla promozione della salute, anche mediante l'educazione della

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

popolazione ai corretti stili di vita e la gestione attiva e integrata delle patologie croniche prevalenti;

d) Materno-infantile e del consultorio familiare, relativamente all'assistenza ostetrico-ginecologica, all'assistenza pediatrica, all'assistenza psicosociale ed educativa, al sostegno alle famiglie, agli interventi sociosanitari integrati (unità di valutazione distrettuale, equipe multidisciplinare funzionale per l'handicap);

e) Salute mentale e Neurologia dello sviluppo (articolazione della SOC DSM-NS del DSM e parte integrante dell'articolazione distrettuale deputata alla cura e tutela della salute dell'età evolutiva e delle famiglie): relativamente alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia di età 0-17 anni, alla continuità assistenziale e terapeutica nelle diverse fasi della presa in carico, alle attività medico-legali, agli interventi psicosociali, all'attività di inserimento scolastico, sociale e di avvio all'attività lavorativa e agli interventi sociosanitari integrati (unità di valutazione distrettuale, equipe multidisciplinare funzionale per l'handicap);

f) i Servizi 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 responsabilità. I Servizi 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 (Residenze sanitarie assistenziali, Hospice, strutture ex articolo 26 legge 833/1978, 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) Struttura organizzativa di coordinamento della rete 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);

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

k) Centrale unica operativa distrettuale, 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 h 24 e sette giorni su sette.

13. 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.

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 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.

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.

2. Le aggregazioni funzionali territoriali (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 AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata con un centro di assistenza primaria. Le Aziende individuano le aggregazioni funzionali territoriali 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).

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

3. 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. La medicina di gruppo si realizza attraverso l'attivazione di una sede unica oppure attraverso il coordinamento degli orari di apertura dei singoli studi, in modo da garantire fino a 12 ore giornaliere, 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 di norma 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 di proprio personale di studio e infermieristico assunto secondo la normativa vigente.

4. Il centro di assistenza primaria e il presidio ospedaliero per la salute sono costituiti 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, possono 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 compreso tra i 20.000 e i 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.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

5. 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. Tali strutture assumono la denominazione di Presidio ospedaliero per la salute. Nei Presidi ospedalieri per la salute possono essere sviluppate ulteriori funzioni ambulatoriali specialistiche e diagnostiche e ambulatori protetti per l'esecuzione di chirurgia minore.

6. 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 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 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:

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

- 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 (ADI), 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;
- d) assistenza domiciliare integrata con i Servizi sociali.

Art. 22

(Dipartimento di salute mentale)

1. Il Dipartimento strutturale di salute mentale (DSM) garantisce la promozione e la tutela della salute mentale nella popolazione di riferimento a livello aziendale o sovraziendale. Governa tale funzione mediante la gestione dei fattori produttivi. E' 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 (CSM), ubicati nel Distretto e la Struttura complessa di salute mentale e neurologia dello sviluppo (SM-NS), che garantisce la promozione della salute mentale, nonché la prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione di tutti i disturbi neurologici e del neuro-sviluppo tra 0-17 anni. I Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) che trovano ubicazione nelle strutture ospedaliere deputate, costituiscono le articolazioni ospedaliere del Dipartimento riferite alle persone adulte, mentre la SOC SM-NS trova nei poli ospedalieri di riferimento territoriale (preferibilmente ospedali di comunità e NPIA dell'IRCCS "Burlo Garofolo") l'apposito livello di assistenza. L'integrazione delle funzioni con le altre strutture distrettuali, nonché la sinergia con l'ospedale, sono assicurati 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 nonché dei disturbi del neuro-sviluppo in età evolutiva;
- b) la predisposizione delle linee di indirizzo cliniche per specifici programmi di intervento relativi ad aree critiche della popolazione al fine di dare omogeneità ai percorsi di

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei Centri di salute mentale distrettualizzati e delle articolazioni distrettualizzate della SOC SM-NS;

c) la promozione di programmi aziendali mirati a processi di responsabilizzazione e decentramento;

d) la promozione di processi di inserimento scolastico, 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 e, per l'età evolutiva, ai disturbi neurologici, del neurosviluppo e alle disabilità a essi associati attraverso indicatori appropriati;

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, ai responsabili del Distretto e per quanto di competenza ai 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, destinate alla presa in carico del paziente affetto prevalentemente da malattie croniche, che necessita di assistenza o monitoraggio continui

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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.

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 e a soggetti temporaneamente non autosufficienti, esclusi i minori, nonché a soggetti affetti da handicap fisico e psichico;

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 multi professionale 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 tramite 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 in grado di leggere le esigenze dei cittadini con bisogni complessi sanitari e sociali, nonché garantire la tempestiva presa in carico e la risposta assistenziale terapeutica, riabilitativa più appropriata.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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 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 e integrazioni.

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:
 - 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;

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

- 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 del 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).

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;

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

c) presidi ospedalieri "hub" di secondo livello;

d) presidi ospedalieri specializzati.

3. Per ogni presidio ospedaliero, pubblico o privato, sono definiti, in attuazione della presente legge e come indicato nel documento allegato A:

a) l'elenco delle funzioni assistenziali per disciplina;

b) il numero di posti letto ordinari e di day hospital per aree funzionali mediche, chirurgiche, materno infantile, di riabilitazione, dei servizi.

4. Con deliberazione della Giunta regionale, da adottarsi previa acquisizione del parere della competente Commissione consiliare, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dal parere:

a) sono individuati, per ciascuna funzione assistenziale, il relativo modulo organizzativo inerente l'articolazione dirigenziale, con riferimento alla tipologia e alla quantità;

b) in via di delegificazione può essere modificato il documento di cui al comma 3.

Art. 28

(La rete dei presidi ospedalieri)

1. La rete ospedaliera regionale viene ridisegnata 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.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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,
 - b) "Santa Maria della Misericordia" di Udine,
 - c) "Cattinara e Maggiore" di Trieste.
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) "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.

Art. 29

(Presidi ospedalieri di base "spoke")

1. I presidi ospedalieri di base "spoke" svolgono le seguenti funzioni: direzione medica ospedaliera, pronto soccorso e medicina d'urgenza con posti di osservazione breve e semi-intensivi, medicina interna, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ginecologia e ostetricia con punto nascita, anestesia e rianimazione con posti intensivi. Inoltre svolgono le attività di oncologia, emodialisi, farmacia e, attivabili sulle ventiquattro ore, di radiologia, servizio cardiologia, servizio di gastroenterologia, "point of care" di laboratorio ed emoteca. Tramite la telemedicina si avvalgono delle funzioni di laboratorio di analisi e di microbiologia, del servizio di medicina trasfusionale e di anatomia patologica.

Art. 30

(Presidi ospedalieri "hub" di primo livello)

1. I presidi ospedalieri "hub" di primo livello svolgono, oltre alle funzioni che caratterizzano i presidi ospedalieri di base, le seguenti ulteriori funzioni: pronto soccorso con posti di osservazione temporanea o breve, 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, anatomia patologica, laboratorio di analisi, servizio di medicina trasfusionale e microbiologia.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Art. 31

(Presidi ospedalieri "hub" di secondo livello)

1. I presidi ospedalieri "hub" di secondo livello svolgono, 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".

Art. 32

(Criteri operativi e organizzativi)

1. I presidi ospedalieri possono svolgere le relative funzioni in più sedi operative e con mandati differenziati ancorché integrati funzionalmente.
2. I presidi ospedalieri possono svolgere anche alcune funzioni caratterizzanti, di norma, i presidi ospedalieri di più elevato livello.
3. Non vengono attivate le funzioni dei presidi ospedalieri svolte, nel medesimo bacino di utenza, dai presidi ospedalieri specializzati.

Art. 33

(Case di cura private accreditate)

1. Le case di cura private accreditate svolgono funzioni complementari o integrative delle funzioni dei presidi ospedalieri del territorio di appartenenza o dell'intero territorio regionale, secondo i fabbisogni della popolazione e in base a specifici accordi contrattuali regionali e locali.
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 3.

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.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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 distrettuale, 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, e se necessario possono supportare gli ospedali di riferimento.

4. Presso le strutture di cui al comma 1, oltre ai servizi distrettuali già attivi, devono essere sviluppate tutte le forme avanzate di assistenza primaria e di gestione della cronicità, 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 attività clinica e attività delle professioni sanitarie.

2. L'attività clinica è organizzata in strutture operative complesse e semplici, composte da medici appartenenti a una determinata disciplina o da altri dirigenti sanitari, eventualmente organizzate in dipartimenti clinici. I dipartimenti clinici hanno lo scopo di condividere competenze mediche e organizzare percorsi diagnostico terapeutici, secondo criteri di evidenza clinica.

3. L'attività delle professioni sanitarie è organizzata in aree assistenziali o tecnico sanitarie, eventualmente 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 lo scopo di condividere risorse professionali, posti letto, ambulatori, beni di consumo e tecnologie. Esse sono svolte in completa autonomia gestionale.

4. Costituiscono specifiche indicazioni organizzative e requisiti di qualità dei presidi ospedalieri:

- a) coinvolgimento della famiglia nel percorso assistenziale;
- b) rispetto dei diritti del paziente;
- c) sicurezza del paziente;
- d) continuità della assistenza con dimissioni protette e programmate;

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

- e) organizzazione dell'assistenza per intensità di cure;
- f) utilizzo flessibile dei posti letto ordinari e di day hospital;
- g) week surgery;
- h) day service;
- i) utilizzo condiviso degli ambulatori;
- j) 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) funzionamento dei servizi diagnostici e delle grandi attrezzature diagnostiche e terapeutiche su doppio turno per almeno sei giorni la settimana;
- l) possibilità di usufruire dell'attività di ricovero a pagamento e la garanzia dell'esercizio dell'attività in libera professione intra-muraria;
- m) centralizzazione della gestione delle risorse che assicurano l'assistenza;
- n) informatizzazione della documentazione sanitaria;
- o) gestione informatizzata e centralizzata delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie, comprese quelle di libera professione;
- p) 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.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

TITOLO V
PIANIFICAZIONE E ORGANISMI REGIONALICapo I
Pianificazione regionaleArt. 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, e mantengono l'efficacia fino all'approvazione del piano successivo.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Capo II
Organismi regionaliArt. 38
(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, 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;

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

- 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;
 - l) altre di interesse epidemiologico-organizzativo.
4. L'organizzazione delle reti di patologia viene definita con delibera di Giunta regionale.

Art. 39

(Attività del personale sanitario)

1. In considerazione della 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, nel rispetto dei livelli qualitativi e di sicurezza nonché della normativa vigente.

2. Presso la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia possono essere costituiti dei gruppi di lavoro composti da dirigenti medici o sanitari delle discipline specialistiche e personale delle professioni sanitarie, con il compito di procedere alla disamina degli specifici settori di attività.

3. Gli esiti del lavoro dei gruppi attivati di cui al comma 1, costituiscono il riferimento tecnico per l'adozione da parte della Giunta regionale dei relativi atti di programmazione regionale.

4. La Regione promuove iniziative formative, anche con l'apporto dell'Università, per la definizione dei nuovi settori di attività professionale.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Art. 40

(Centri di riferimento e di specializzazione regionale)

1. Con deliberazione della Giunta regionale possono essere individuati, 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 di carattere generale

Art. 41

(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 (ABC) e analisi delle organizzazioni con tecnica Lean;
- c) indicatori appropriati per valutare la bontà delle relazioni intraziendali 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.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Art. 42

(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 socioassistenziali;

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. 43

(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 degli strumenti tecnologici per comunicare e gestire il paziente a domicilio.

2. La Regione attua quanto disposto dal presente articolo con gli strumenti di cui all'articolo 42.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Art. 44

(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 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.

TITOLO VI

AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI

Capo I

Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali

Art. 45

(Autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie)

1. In attuazione dell'articolo 8 ter del decreto legislativo 502/1992, con regolamento, da adottarsi entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti:

a) i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie e per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie;

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

2. L'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie e l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie non necessitano di preventiva valutazione di compatibilità con il fabbisogno complessivo regionale. L'autorizzazione per la realizzazione è rilasciata dal comune previa acquisizione, da parte della Regione, della situazione di fabbisogno complessivo di assistenza e di localizzazione territoriale delle strutture, a prescindere dalla eventuale definizione di accordi contrattuali ai sensi dell'articolo 8 quinquies decreto legislativo 502/1992. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività viene rilasciata dalle Aziende per l'assistenza sanitaria sulla base dei requisiti e delle procedure stabiliti con il regolamento di cui al comma 1.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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 quelle strutture il cui procedimento per il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione o dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività è avviato o concluso entro 31 ottobre 2014 sulla base della previgente normativa.

Art. 46

(Accreditamento di strutture sanitarie e sociosanitarie)

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

- a) i requisiti ulteriori di qualificazione rispetto a quelli stabiliti ai sensi dell'articolo 45;
- 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 e a prescindere dalla programmazione regionale e dalla eventuale definizione di accordi contrattuali ai sensi dell'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992.

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. 47

(Accordi contrattuali)

1. Gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992 sono definiti in coerenza alla 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.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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. 48

(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 47.

TITOLO VII

FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Capo I

Finanziamento degli Enti del Servizio sanitario regionale

Art. 49

(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.

2. La ripartizione delle risorse agli Enti in parte corrente viene effettuata sulla base di criteri standard per livello essenziale di assistenza (LEA), 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.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Art. 50

(Norma finanziaria)

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

TITOLO VIII

NORME FINALI E TRANSITORIE

Capo I

Norme transitorie e finali

Art. 51

(Norme transitorie e finali)

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

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. 52

(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) la legge regionale 30 agosto 1994, n. 12 (Disciplina dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale);

c) la legge regionale 27 febbraio 1995, n. 13 (Revisione della rete ospedaliera regionale);

d) gli articoli 4 e 5 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).

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

- PARTE NOTIZIALE -**Nota all'articolo 1**

- Il testo dell'articolo 5 dello Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia è il seguente:

Art. 5

Con l'osservanza dei limiti generali indicati nell'articolo 4 ed in armonia con i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato nelle singole materie, la Regione ha potestà legislativa nelle seguenti materie:

- [1) elezioni del Consiglio regionale, in base ai principi contenuti nel capo secondo del titolo terzo;] (1)
- 2) disciplina del referendum previsto negli articoli 7 e 33;
- 3) istituzione di tributi regionali prevista nell'articolo 51;
- 4) disciplina dei controlli previsti nell'articolo 60;
- [5) ordinamento e circoscrizione dei Comuni;] (2)
- 6) istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;
- 7) disciplina dei servizi pubblici di interesse regionale ed assunzione di tali servizi;
- 8) ordinamento delle Casse di risparmio, delle Casse rurali; degli Enti aventi carattere locale o regionale per i finanziamenti delle attività economiche nella Regione;
- 9) istituzione e ordinamento di Enti di carattere locale o regionale per lo studio di programmi di sviluppo economico;
- 10) miniere, cave e torbiere;
- 11) espropriazione per pubblica utilità non riguardanti opere a carico dello Stato;
- 12) linee marittime di cabotaggio tra gli scali della Regione;
- 13) polizia locale, urbana e rurale;
- 14) utilizzazione delle acque pubbliche, escluse le grandi derivazioni; opere idrauliche di 4ª e 5ª categoria;
- 15) istruzione artigiana e professionale successiva alla scuola obbligatoria; assistenza scolastica;
- 16) igiene e sanità, assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonché il recupero dei minorati fisici e mentali;
- 17) cooperazione, compresa la vigilanza sulle cooperative;
- 18) edilizia popolare;
- 19) toponomastica;
- 20) servizi antincendi;
- 21) annona;
- 22) opere di prevenzione e soccorso per calamità naturali.

(1) Numero abrogato dall'art. 5, comma 1, lett. c), della l. cost. 2/2001.

(2) L'art. 5, comma 2, della l. cost. 2/1993, ha abrogato il n. 5 dell'art. 5. Per l'attuazione delle norme di cui al suddetto n. 1-bis, vedi il d.lgs. 9/1997.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Nota all'articolo 7

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

Art. 3.

Organizzazione delle unità sanitarie locali

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

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

1-ter. **COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 12 APRILE 2006, N. 163.**

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

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

2. **COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229.**

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

4. **COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229.**

5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:
a) **LETTERA ABROGATA DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229;**

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

- b) LETTERA ABROGATA DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229;
- c) LETTERA ABROGATA DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229;
- d) LETTERA ABROGATA DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229;
- e) LETTERA ABROGATA DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229;
- f) LETTERA ABROGATA DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229;
- g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. PERIODO SOPPRESSO DAL D.L. 27 AGOSTO 1994, N. 512, CONVERTITO SENZA MODIFICAZIONI DALLA L. 17 OTTOBRE 1994, N. 590. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229.

7. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. Il direttore sanitario è un medico in possesso della idoneità nazionale di cui all'art. 17 che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. (Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione. (10)

8. COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229.

9. ((COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 8 APRILE 2013, N. 39)).

10. COMMA SOPPRESSO DAL D.L. 27 AGOSTO 1994, N. 512, CONVERTITO SENZA MODIFICAZIONI DALLA L. 17 OTTOBRE 1994, N. 590.

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

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

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

c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327, e dall'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n. 55; d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229. PERIODO ABROGATO DAL D.LGS. 19 GIUGNO 1999, N. 229.

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

AGGIORNAMENTO (2)

La Corte Costituzionale, con sentenza 11 giugno-28 luglio 1993, n. 355 (in G.U. 1a s.s. 04/08/1993, n. 32), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del sesto comma (prima e decima proposizione) del presente articolo nella parte in cui prevede che le competenze ivi stabilite siano esercitate, rispettivamente, dal Presidente della Giunta regionale, su conforme delibera della Giunta medesima, e dalla Giunta regionale, anziché dalla Regione.

Ha inoltre dichiarato l'illegittimità costituzionale del sesto e dodicesimo comma del presente articolo, nella parte in cui prevede che i poteri sostitutivi ivi previsti siano esercitati dal Ministro della sanità anziché dal Consiglio dei ministri, previa diffida.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

AGGIORNAMENTO (10)

Il D.L. 18 novembre 1996, n. 583, convertito con modificazioni dalla L. 17 gennaio 1997, n. 4, ha disposto (con l'art. 2, comma 1-quinquies) che a decorrere dalla data di entrata in vigore dei regolamenti di cui al comma 1-bis dell'art. 2 del suddetto decreto è abrogato il comma 7 del presente articolo "quinto periodo, limitatamente alle parole "in possesso della idoneità nazionale di cui all'articolo 17"."

Nota all'articolo 9

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

Nota all'articolo 10

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

Art. 5

(Patrimonio e contabilità)

1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, il patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad esse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.
2. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.
3. Le leggi ed i provvedimenti di cui al comma 1 costituiscono titolo per la trascrizione, la quale è esente da ogni onere relativo a imposte e tasse.
4. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano ad oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.
5. Qualora non vi abbiano già provveduto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore ((del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,)) le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

ospedaliera, informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127, e prevedendo:

- a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;
- b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;
- c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;
- d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità.
- f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.

6. Per conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari regionali rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

7. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute agli adempimenti di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e all'articolo 64 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1° gennaio 1995 e la contabilità finanziaria è soppressa.

Nota all'articolo 12

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

Note all'articolo 13

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

Art. 1

(Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale)

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

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

b) (ABROGATA)

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

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

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

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

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

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

7. La Conferenza svolge i seguenti compiti:

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

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

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

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

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

e) (ABROGATA)

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

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

h) (ABROGATA)

i) esercita, con riguardo ai restanti procedimenti riferiti ai Direttori generali di cui alla lettera h), le funzioni di cui all'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), come inserito dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 229/1999;

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

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

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

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

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

10. (ABROGATO)**11. (ABROGATO)****12. (ABROGATO)**

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

Art. 16

(Adozione, consolidamento e verifica degli atti di programmazione triennale)

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

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

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

3. L'Agenzia regionale della sanità adotta, entro il 31 dicembre dell'anno precedente il periodo di validità della programmazione triennale, il bilancio pluriennale consolidato di

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

previsione ed il programma pluriennale consolidato e li trasmette alla Giunta regionale, corredati dei singoli atti delle Aziende e dell'Agenzia stessa.

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

a) gli obiettivi strategici a livello aziendale;

b) il programma pluriennale degli investimenti.

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

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

Art. 20

(Adozione, consolidamento e verifica degli atti di programmazione annuale)

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

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

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

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

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

a) gli obiettivi annuali a livello aziendale;

b) gli investimenti da effettuare nell'anno, la loro valutazione e le modalità di finanziamento.

6. La Giunta regionale verifica, entro quaranta giorni dal ricevimento, la coerenza degli atti trasmessi dall'Agenzia regionale della sanità con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento di cui all'articolo 12.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Nel caso in cui gli atti o parti di essi siano ravvisati incongruenti, la Giunta regionale stabilisce le variazioni da apportare con provvedimento motivato. Decorso il termine di quaranta giorni gli atti si intendono giudicati coerenti.

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

Art. 3-bis.

(Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario)

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.

2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.

((3. La regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da parte di una commissione costituita dalla regione medesima in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione. La regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula. Resta ferma l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliero-universitarie)). ((41))

4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati ed attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale ed in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

5. *((Al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali)). All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono ed assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.*

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

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

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

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

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

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

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

AGGIORNAMENTO (41)

Il D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, ha disposto (con l'art. 4, comma 2) che "Le modifiche introdotte dal comma 1 agli articoli 3-bis, comma 3, e 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, non si applicano ai procedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nonché dei direttori di struttura complessa, pendenti alla data di entrata in vigore del presente decreto. Le predette modifiche non si

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

applicano altresì agli incarichi già conferiti alla data di entrata in vigore del presente decreto fino alla loro scadenza".

Ha inoltre disposto (con l'art. 4, comma 3) che "Le regioni entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto predispongono ovvero aggiornano gli elenchi di cui all'articolo 3-bis, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, come sostituito dal comma 1, lettera a), del presente articolo".

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

Art. 8

(Finalità 7 - Sanità pubblica)

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

Note all'articolo 19

- Il testo dell'articoli 3 sexies e dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 502/1992 è il seguente:

Art. 3-sexies

Direttore di distretto

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

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

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

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Art. 8.

Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

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

((0a) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio sanitario nazionale, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale;))

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

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la riacquiescenza della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità;

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

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

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

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

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

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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

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

e) ((LETTERA ABROGATA DAL D.L. 13 SETTEMBRE 2012, N. 158, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 8 NOVEMBRE 2012, N. 189));

f) ((LETTERA ABROGATA DAL D.L. 13 SETTEMBRE 2012, N. 158, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA L. 8 NOVEMBRE 2012, N. 189));

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

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

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

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

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7

(Strumenti di programmazione)

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

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

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

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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

- Il testo degli articoli 20 e 24 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6, è il seguente:

Art. 20

(Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale)

- 1.** In ogni ambito distrettuale è istituita l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale.
- 2.** La costituzione dell'Assemblea è promossa per iniziativa del sindaco del Comune più popoloso dell'ambito distrettuale di pertinenza. Essa è composta dai sindaci di tutti i Comuni dell'ambito distrettuale, ovvero dagli assessori o dai consiglieri delegati in via permanente. L'Assemblea elegge al suo interno il Presidente.
- 3.** Alle riunioni dell'Assemblea partecipano, senza diritto di voto, il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari o un suo delegato, il Coordinatore sociosanitario dell'Azienda medesima, il Responsabile del Servizio sociale dei Comuni e il Direttore di distretto. Possono essere invitati alle riunioni i rappresentanti dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 328/2000, nonché i rappresentanti di altre amministrazioni pubbliche dell'ambito distrettuale.
- 4.** L'Assemblea è organo di indirizzo e di alta amministrazione del Servizio sociale dei Comuni. Le deliberazioni dell'Assemblea sono vincolanti nei confronti dei soggetti individuati ai sensi dell'articolo 18, comma 2.
- 5.** L'Assemblea svolge le seguenti attività:
 - a)** promuove, tramite il Presidente, la stipulazione della convenzione istitutiva del Servizio sociale dei Comuni;
 - b)** attiva, tramite il Presidente, il processo preordinato alla definizione del Piano di zona di cui all'articolo 24 e alla stipulazione del relativo accordo di programma;
 - c)** elabora le linee di programmazione e progettazione del sistema locale integrato degli interventi e servizi sociali, nonché dei programmi e delle attività del Servizio sociale dei Comuni;
 - d)** esprime indirizzi in merito alla composizione e funzione della dotazione organica del Servizio sociale dei Comuni;
 - e)** partecipa al processo di programmazione territoriale, tramite intesa sul Programma delle attività territoriali (PAT), rispetto al quale concorre inoltre alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute;
 - f)** esprime il parere sulla nomina del Direttore di distretto e sulla sua conferma. Qualora l'Azienda per i servizi sanitari gestisca, in delega, anche i servizi socioassistenziali, il parere espresso è vincolante;
 - g)** verifica l'attuazione degli obiettivi assegnati al Direttore di distretto;
 - h)** svolge le ulteriori funzioni attribuite dai Comuni dell'ambito distrettuale.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

6. L'Assemblea può individuare al suo interno una più ristretta rappresentanza per compiti attuativi di determinazioni collegialmente assunte o per l'elaborazione di progettualità specifiche.
7. Il funzionamento dell'Assemblea è disciplinato da un regolamento interno, approvato dall'Assemblea medesima, con il voto favorevole della maggioranza dei componenti.
8. Qualora l'ambito distrettuale comprenda il territorio di un solo Comune o di parte di esso, i compiti dell'Assemblea sono attribuiti al sindaco del Comune medesimo, salve restando le funzioni consultive dei soggetti di cui al comma 3.

Art. 24*(Piano di zona)*

1. Il Piano di zona (PDZ) è lo strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti distrettuali. Il PDZ costituisce inoltre mezzo di partecipazione degli attori sociali al sistema integrato.
2. Il PDZ è definito in coerenza con la programmazione regionale ed è coordinato con la programmazione locale in materia sanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali.
3. Il PDZ è informato ai principi di responsabilità, solidarietà e sussidiarietà e deve garantire un sistema efficace, efficiente, capace di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale, anche attraverso il coinvolgimento delle risorse locali di solidarietà e di auto-mutuo aiuto.
4. Il PDZ definisce in particolare:
 - a) l'analisi del bisogno;
 - b) gli obiettivi di sviluppo, tutela e inclusione sociale e i relativi indicatori di verifica;
 - c) gli obiettivi di sistema dei servizi e le priorità di intervento;
 - d) le modalità organizzative dei servizi;
 - e) le attività di tipo integrato previste dagli articoli 55, 56 e 57;
 - f) le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e servizi sociali locali e le quote rispettivamente a carico dell'Azienda per i servizi sanitari e dei Comuni necessarie per l'integrazione sociosanitaria;
 - g) le modalità di coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
 - h) le modalità di collaborazione tra servizi e soggetti impegnati nelle diverse forme di solidarietà sociale;
 - i) le forme di concertazione con l'Azienda per i servizi sanitari, per garantire la cooperazione nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria;
 - j) le forme e gli strumenti comunicativi per favorire la conoscenza e la valutazione partecipata dei cittadini in merito alle attività, alle prestazioni e ai servizi disponibili, compresa la redazione, da parte degli enti e organismi gestori, del bilancio sociale.
5. Il PDZ può prevedere progetti di comunità riguardanti azioni e attività di prevenzione sociosanitaria e di promozione di adeguati stili di vita, diretti a gruppi a rischio sociale o sanitario, nonché a fasce di popolazione interessate da problematiche connesse ai cicli vitali dell'individuo e della famiglia.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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

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

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

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

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

Art. 26.

(Prestazioni di riabilitazione)

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

Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3.

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

Note all'articolo 23

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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

Art. 25

(Unità di valutazione distrettuale)

1. Presso ciascun distretto viene attivata almeno un'Unità di valutazione distrettuale (UVD). L'UVD è l'equipe multidisciplinare attraverso la quale si realizza la programmazione integrata degli interventi nell'ambito degli obiettivi programmatici di carattere generale.
2. L'UVD è stabilmente composta da un medico del territorio, di preferenza geriatra, da un assistente sociale, di norma dipendente degli enti locali, e da una figura infermieristica e viene di volta in volta integrata, in relazione al singolo caso esaminato, dal medico di fiducia del paziente e da altre figure professionali il cui apporto si renda necessario.
3. L'UVD svolge in particolare i seguenti compiti:
 - a) valutazione dei singoli casi ai fini del riconoscimento, da effettuarsi con il metodo di cui all'articolo 4, comma 2, delle condizioni che danno titolo alla fruizione degli interventi di cui alla sezione II;
 - b) elaborazione - previo coinvolgimento, ai sensi dell'articolo 13, della famiglia - di un programma assistenziale integrato, personalizzato per ciascun assistito e coerente con le risorse disponibili, ivi comprese quelle del volontariato, per il conseguente avvio agli idonei servizi facenti parte del sistema di cui all'articolo 23; tale avvio si attua nel rispetto del diritto di libera scelta dell'utenza, da esercitarsi nell'ambito delle tipologie assistenziali individuate.
4. L'UVD provvede agli adempimenti di cui al comma 3 entro trenta giorni dalla segnalazione del caso, fatte salve situazioni di particolare urgenza.
5. Con riferimento alle specifiche forme d'intervento di cui agli articoli 26, 28, comma 1, 30 e 31, non vi è obbligo di sottoporre all'UVD i casi in cui sia riconosciuta, a livello di base o in sede di primo screening socio-sanitario integrato, la necessità di ricorrere ad interventi semplici, di tipo esclusivamente sociale o sanitario.

Nota all'articolo 37

- Il Capo III della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23, reca: Programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria.

Note all'articolo 45

- Il testo degli articoli 8 ter e 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992 è il seguente:

Art. 8-ter

(Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie)

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

- a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

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

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

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

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

- a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;
- b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati.

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

Art. 8-quinquies
(Accordi contrattuali)

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

- a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;
- c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;
- d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

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

- a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati;
- c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);
- e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies.

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario programmato.

2-bis. ((COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 15 MARZO 2010, N. 66)).

2-ter. ((COMMA ABROGATO DAL D.LGS. 15 MARZO 2010, N. 66)).

2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis.

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

Note all'articolo 46

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

Art. 8-quater
(Accreditamento istituzionale)

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISEGNO DI LEGGE N. 59

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

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

- Per il testo dell'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992, vedi nota all'articolo 45.

Nota all'articolo 47

- Per il testo dell'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992, vedi nota all'articolo 45.