

**Schema di disegno di legge**  
**Assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale**

**RELAZIONE ILLUSTRATIVA**

**Contesto e finalità**

Signor Presidente, signori Consiglieri,

**1. La situazione attuale**

Il contesto demografico, epidemiologico, nosologico, sociale ed economico europeo, italiano ed in particolare della nostra Regione, pone sempre nuove e più significative sfide allo sforzo che i sistemi sanitari affrontano per garantire risposte ottimali al tema della salute. L'aumento delle patologie cronico degenerative legate all'invecchiamento della popolazione, la diminuzione delle nascite, l'aumento delle persone prive di un supporto familiare, la velocità e l'incremento dei costi e la rapida obsolescenza delle innovazioni terapeutiche e tecnologiche, la demografia professionale rendono necessario un costante adeguamento sia della *governance* sia delle reti di servizi offerti ai cittadini.

Il SSR, sottoposto costantemente nel tempo a queste sollecitazioni, ha sempre cercato di adeguare e migliorare il suo assetto al fine di fornire la miglior risposta possibile ai cittadini.

In questo sforzo di miglioramento si riconoscono alcune costanti, dichiarate come valori essenziali da perseguire, rappresentate rispettivamente:

- a) dalla centralità della persona nel sistema dei servizi, dalla personalizzazione, continuità, appropriatezza, uniformità e sostenibilità delle cure nel territorio regionale e della continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali;
- b) dalla necessità di garantire, al massimo livello ed intensità, i processi di integrazione sia all'interno della rete ospedaliera (tra i tre *hub* regionali, tra gli *hub* e gli *spoke*, tra gli *spoke* stessi, tra gli ospedali e gli IRCSS), sia tra ospedali ed area territoriale, sia tra l'area sanitaria, quella socio-sanitaria e quella del sociale, sia all'interno delle reti clinico-professionali, sia tra i livelli gestionali del sistema (regionale, aziendale e delle necessarie articolazioni territoriali). In questo contesto va tenuto conto che qualsiasi modello/contenitore non è in grado di fornire risposte adeguate e complete alla complessità dei livelli di integrazione indicati fondandosi, l'integrazione stessa, più su aspetti di processo che di struttura;
- c) dalla necessità di valorizzare la prevenzione, l'area del territorio e tutta l'articolata, complessa e diversificata rete di servizi che ne fa parte adeguandone i livelli di funzionamento alle progressive e variabili esigenze della popolazione a fronte del variare del contesto ambientale, demografico e sociale, e di dare efficaci risposte in tema di sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro;
- d) dalla necessità di adeguare la rete dei servizi, in particolare quelli ospedalieri, spesso ridondanti, alle mutate esigenze di contesto descritte in apertura e di renderle coerenti con

le indicazioni della normativa nazionale che pone *standard* condivisi e riconosciuti al fine di garantire casistiche adeguate, sicurezza delle cure e sostenibilità economica.

Pur nel quadro di un Servizio sanitario regionale (SSR) che garantisce buoni livelli assistenziali, è di tutta evidenza ed è parere diffuso ed esplicito che molti di questi obiettivi non abbiano ancora raccolto risultati tali da consentirci di affermare che il sistema sia posto in sicurezza e sia in grado di mantenere, negli anni a venire, questi stessi ottimali livelli.

Non vi è dubbio, altresì, che le continue riforme ed in particolare la riforma ex legge regionale 17/2014, abbiano sottoposto il SSR ad un notevole livello di stress, soprattutto perché gli obiettivi spesso non sono stati chiari e condivisi e perché, per vari motivi, le riforme avviate non sempre hanno prodotto i miglioramenti attesi.

## **2. Le Criticità**

La nostra Regione, dopo aver realizzato la riforma degli anni novanta, caratterizzata dall'applicazione dei provvedimenti governativi (decreti legislativi 502/1992 e 517/1993), mediante l'aziendalizzazione della sanità, la riduzione delle aziende sanitarie (legge regionale 12/1994) e la legge di revisione della rete ospedaliera regionale (legge regionale 13/1995), ha di nuovo posto mano al sistema con la legge regionale 17/2014.

A distanza di quattro anni dall'avvio di questo processo di riforma, pur confermando principi e valori che la Regione avrebbe voluto perseguire con la L.R. 17/14, i risultati ottenuti impongono di rimettere mano con urgenza al sistema a partire proprio dalle criticità che la legge avrebbe voluto superare ma rispetto alle quali non ha fornito risposte efficaci, permanendo, ad evidenza del sistema stesso, una realtà caratterizzata da:

- a) mandati e responsabilità poco chiari tra la funzione politico – strategica e la funzione gestionale e una significativa debolezza della Direzione centrale competente nel settore sanitario, che non è stata valorizzata nella sua funzione di governo del sistema e non è stata potenziata come avrebbe dovuto essere grazie alla “specialità” di cui godeva;
- b) un assetto istituzionale ridondante, non in linea con gli *standard* nazionali e non sempre congruente con alcuni territori di afferenza (AAS 3, ASUI UD, AAS 2);
- c) scarso ricorso ai meccanismi di integrazione, necessari ad organizzazioni complesse come quelle sanitarie (Collegi di Direzione, Direzione per obiettivi, Budget, Piani aziendali);
- d) un governo del sistema con gravi carenze gestionali (negoiazione di obiettivi e di risorse tra Regione ed aziende non trasparente) e contrassegnato dal mancato sviluppo e dal progressivo depauperamento dei previsti processi di centralizzazione logistica, tecnica ed amministrativa (EGAS);
- e) un'offerta di servizi caratterizzata da manifeste incoerenze:
  - sia della rete ospedaliera, inadeguata rispetto alla normativa nazionale, ai flussi dell'utenza, ai dati epidemiologici, all'evoluzione della medicina, e con eccessive indeterminanze di mandato e di sovrapposizioni tra ospedali “*hub & spoke*”. Tra l'altro, l'asserita scelta di assumere come riferimento il modello “*hub & spoke*” (letteralmente: mozzo e raggi) si scontra con la realtà dei fatti che vede i vari ospedali afferire ad aziende diverse e, di fatto, rispondere a logiche che negano, nella sostanza, il modello stesso;
  - sia dell'area territoriale, caratterizzata dalla marcata disomogeneità delle prestazioni sul territorio regionale, dall'assoluta assenza di progettualità sia nei processi di distrettualizzazione sia sui temi delle cure intermedie, rispetto alle quali non sono state coinvolte, in modo adeguato, le diverse famiglie professionali,

non sono stati definiti i contenuti, le competenze occorrenti, le afferenze e i meccanismi operativi a garanzia del coordinamento e dell'integrazione nei percorsi di cura del malato cronico grave (ad esempio, la bassa intensità di cure e di assistenza che caratterizza l'*Hospice* imporrebbe un ripensamento dell'afferenza e della gestione);

- f) livelli di integrazione inadeguati (vedasi lettera b) del punto 1), rispetto ai quali è di tutta evidenza che la costruzione di contenitori condivisi (le aziende integrate), salvo eccezioni puntuali, non ha molto significato se questi percorsi non sono accompagnati da una cultura condivisa dell'integrazione, da professionisti formati, motivati ed incentivati e da una forte capacità di governare i processi sia a livello regionale (per garantire uniformità ed efficacia) sia a livello locale (per garantire personalizzazione e appropriatezza);
- g) rapporti tra SSR e "funzioni di didattica e ricerca" contrassegnati da ancora significative incertezze e incoerenze.

A ciò si è aggiunta l'assenza di obiettivi e di indicatori misurabili, la debolezza dei sistemi di monitoraggio, di lettura e interpretazione dei dati, la mancanza di percorsi formativi per la gestione del cambiamento, tutte questioni che, indubbiamente, hanno segnato il percorso della passata riforma che ora rivela tutta la sua inadeguatezza e fragilità.

### **3. La proposta di revisione**

La proposta di revisione del Sistema nasce, dunque, dalla considerazione delle criticità indicate e dall'opportunità di perseguire efficacemente le finalità descritte all'art. 2 della presente proposta di legge e, di fatto, costantemente previste nelle varie riforme che si sono susseguite nel tempo.

Il tema vero del riformare un sistema non risiede tanto nella definizione dei principi e delle finalità rispetto ai quali è più agevole trovare condivisione, ma nell'evidente difficoltà di scegliere strumenti e percorsi adeguati ed efficaci nel perseguire quanto dichiarato.

Con la presente riforma, quindi, dopo aver dato ascolto con rispetto, attenzione ed interesse a tutti gli attori della salute, si compie un atto di coraggio e di lungimiranza ponendo mano, oggi, alla revisione della *governance* del SSR e riservando a successivi provvedimenti interventi sul sistema dell'offerta.

L'assetto, dunque, che il presente disegno di legge stabilisce per il SSR, semplificando la *governance* e rendendola coerente con le finalità enunciate, prevede:

- a) un'azienda che assicuri la duplice finalità di garantire il supporto alla Direzione centrale competente ed alle aziende sanitarie nel governo del sistema e di coordinare e dare attuazione ai servizi condivisi garantendo queste importanti funzioni che, nell'esperienza di questi anni, è convinzione comune, siano mancate al SSR;
- b) tre aziende di area vasta che recuperino i percorsi virtuosi realizzati negli anni dalla nostra Regione, ricompongano l'omogeneità dei territori di riferimento e comprendano al loro interno sia l'area territoriale che quella ospedaliera a garanzia di quella auspicata integrazione che tutti gli attori del sistema, in ogni sede, hanno richiesto e valutato come elemento strategico per il raggiungimento degli obiettivi posti dalla riforma stessa.

Impegno di ciascuna di queste aziende, infatti, sarà:

- garantire una piena valorizzazione dell'area territoriale, preso atto della complessità, diversità e specificità dei servizi che fanno riferimento alla stessa (Salute Mentale, Prevenzione, Dipendenze, Veterinaria, Servizi di continuità assistenziale, Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Case di riposo, *Hospice*, RSA, rapporti con

la Sanità privata) che da, sempre, ha logiche, dinamiche, tempi e strumenti certamente differenti dai servizi ospedalieri, in modo da assicurare alla persona la pertinente e globale risposta ai suoi bisogni di salute, l'effettiva continuità delle cure e un'articolazione organizzativa e di servizi strutturata in base alle effettive esigenze del territorio e fortemente coordinata con le autonomie locali e le rispettive aggregazioni;

- definire una rete ospedaliera che, coordinata con i due IRCCS regionali, consenta l'effettiva realizzazione del modello "*hub and spoke*" che, come noto, si fonda su un tipo di organizzazione secondo il principio delle reti cliniche integrate e che, a sua volta, prevede l'affidamento della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di presidi *Hub*. Questo presuppone che l'attività dei presidi *Hub* sia fortemente integrata con quella dei presidi ospedalieri *Spoke*. Il rapporto che si deve creare tra *Hub* e *Spoke* è forte e diretto in quanto gli uni hanno assoluto bisogno degli altri per adempiere in sicurezza e senza eccessivi sovraccarichi ai loro rispettivi e sinergici mandati. Anche in quest'area, come precedentemente ricordato, sono necessari più livelli di integrazione: a livello regionale, tra gli *Hub*; a livello locale, tra *Hub* e *Spoke* e tra gli stessi *Spoke* e, ancora, tra gli ospedali e tutti i servizi del territorio e l'area del sociale; i presidi ospedalieri, sia *Hub* che *Spoke*, sono dotati di autonomia organizzativa, gestionale e contabile e sono organizzati in centri di costo e di responsabilità.

Ulteriore impegno comune delle tre aziende sarà quello di assicurare l'effettiva uniformità dei livelli di prestazione per tutto il territorio regionale evitando, nel rispetto delle diverse peculiarità, le difformità oggi esistenti tra aziende e territori regionali, semplificando la gestione dei flussi e garantendo l'equità.

È evidente, da quanto esposto, che nessun modello è in grado di esaurire la complessità dei servizi dedicati alla salute ed è altrettanto evidente che realtà così complesse richiedono risposte articolate e che procedano per passi progressivi.

Queste considerazioni ci inducono a valutare attentamente ulteriori aspetti che possono contribuire ad assicurare gli esiti positivi della riforma e che sono rappresentati dalle seguenti indicazioni:

- a) garantire il governo e l'accompagnamento della riforma favorendo il coinvolgimento degli attori del sistema: l'approvazione della legge di riforma rappresenta un punto di arrivo del dibattito e, al tempo stesso, l'inizio di un percorso di riorganizzazione che sarà in grado di affrontare ogni possibile criticità se si fonda su una cultura condivisa e partecipata della riforma. Principi, valori, scelte, percorsi e strumenti devono essere il frutto di un processo nel quale è chiaro che spetta alla politica compiere le scelte di fondo ma è altrettanto chiaro che il coinvolgimento e il contributo di tutti gli attori del sistema diventa essenziale per garantirne il successo. Partendo da questa convinzione dovrà essere previsto un significativo investimento in percorsi di formazione e partecipazione per l'alta direzione, per la dirigenza intermedia e per tutti gli operatori; il processo riformatore che dovrà essere posto in atto in modo che siano presidiati gli obiettivi previsti dalla legge di riforma e resti sempre prevalente lo spirito di cooperazione, di attenzione all'interesse generale e al bene comune;
- b) rafforzare il rapporto con le autonomie locali e garantire il rispetto per le caratteristiche e per la vocazione di ciascun territorio: è impensabile intervenire sul sistema sanitario senza la piena collaborazione delle autonomie locali e degli amministratori locali, garanti della

salute dei cittadini e per questo chiamati ad una collaborazione diretta; l'attuazione della riforma dovrà prevedere, pertanto, una forte connessione con le autonomie locali e con le loro rappresentanze articolando gli strumenti di partecipazione in modo tale che gli Amministratori locali possano essere chiamati a partecipare alle decisioni di salute dei cittadini e a contribuire efficacemente alla costruzione di un sistema che offra ai loro cittadini i servizi di cui effettivamente hanno bisogno;

- c) rafforzare il rapporto con l'area sociale: la vera sfida odierna sta nel contenuto dell'Agenda 2030 che le Nazioni Unite hanno sviluppato e nei suoi 17 obiettivi di sviluppo sostenibile. Ed in effetti per garantire la sostenibilità del nostro sistema sanitario bisogna cambiare paradigma e investire di più nel territorio dove la centralità della persona e il profilo dei bisogni devono guidare le azioni. Investendo nel territorio (sociale e sociosanitario) si previene il ricorso inappropriato alle strutture sanitarie. Per questo motivo la riforma della sanità non può prescindere da una riforma del sistema sociale e deve procedere di pari passo con una maggiore attenzione alle politiche di *welfare community*, dando maggiore spazio all'innovazione che, nel campo sociale, ha molti margini di successo e che, evidenze alla mano, contribuisce a garantire sostenibilità al sistema sanitario;
- d) il percorso di riforma deve definire il rapporto con le Università presenti sul territorio che rappresentano una grande ricchezza ed opportunità in modo tale che siano assicurati dignità, valore e piena collaborazione tra le parti, nel rispetto dei reciproci interessi ed esigenze.

#### **4. Conclusioni**

Oggi, come detto, si è chiamati ad un atto di coraggio e di lungimiranza volto a riformare la *governance* sanitaria di questa Regione con l'attenzione ad un orizzonte che guarda agli anni a venire, che è orientato a potenziare efficacemente il territorio, a valorizzare la rete degli ospedali e ad assicurare cure efficaci, sicure e di alta qualità ai cittadini del Friuli Venezia Giulia, nel contesto di un sistema dotato di meccanismi chiari di governo, di attori sanitari motivati ed altamente qualificati e, non ultimo, con la garanzia di sostenibilità del sistema non solo per noi ma anche per i nostri figli e per quelli che avranno la fortuna e l'impegno di abitare, in futuro, in questa nostra Regione.

#### **Illustrazione dell'articolato**

Il disegno di legge è suddiviso in 18 articoli che disciplinano rispettivamente:

l'articolo **(1)** individua l'oggetto della proposta;

l'articolo **(2)** stabilisce le finalità che si pone la definizione del nuovo assetto istituzionale organizzativo del SSR;

l'articolo **(3)** individua gli enti del sistema sanitario e sociosanitario che, in relazione alle specifiche competenze istituzionali, agiscono per la realizzazione della tutela della salute;

l'articolo **(4)** stabilisce i soggetti che, dai diversi livelli istituzionali, operano per il governo del servizio sanitario regionale in relazione ai piani, programmi e obiettivi definiti dagli organi di indirizzo politico;

l'articolo **(5)** esprime il valore della collaborazione tra il servizio sanitario regionale e le Università degli studi di Trieste e Udine;

l'articolo **(6)**, nell'ambito delle disposizioni di cui al D.Lgs. 502/1992, dispone in merito all'assistenza sanitaria, attraverso i tre livelli essenziali di cui al DPCM 12 gennaio 2017, articolata per distretti;

l'articolo **(7)** disciplina la Conferenza dei sindaci quale organismo di confronto delle autonomie locali, valorizzandone le relative funzioni per assicurare adeguata risposta ai bisogni di salute delle comunità locali;

l'articolo **(8)** dispone in merito alle figure dirigenziali che compongono la direzione strategica di ciascuna azienda;

l'articolo **(9)** individua regole e criteri di uniformità per il complesso delle strutture aziendali, stabilendo che l'assistenza ospedaliera è organizzata secondo il modello "*Hub & Spoke*", e valorizzando l'attività e le professionalità dei presidi sia *Hub* che *Spoke*;

l'articolo **(10)** stabilisce i meccanismi operativi per il governo dei percorsi di cura;

l'articolo **(11)** determina la successione del patrimonio e delle funzioni in relazione al nuovo assetto degli enti del Servizio sanitario regionale;

l'articolo **(12)**, in relazione a quanto previsto all'articolo 11, dispone in merito alla fase transitoria ai fini dell'avvio dei nuovi enti prevedendo la nomina di commissari straordinari e vicecommissari straordinari, ai quali competono la predisposizione di tutti gli atti necessari e preliminari per l'avvio del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale, nonché tutte le attività necessarie alla gestione delle strutture deputate ad assicurare la continuità dell'assistenza sanitaria alla cittadinanza. Per l'Azienda regionale di coordinamento per la salute è previsto, in particolare, un peculiare vicecommissario straordinario cui sono attribuiti poteri e funzioni di coordinamento per tutte le azioni indispensabili all'avvio del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale. A tal fine detto vicecommissario, stante la tipologia di aziende sanitarie nelle quali verranno congiuntamente garantiti sotto il medesimo organo di vertice i diversi livelli essenziali di cui al DPCM 12 gennaio 2017, dovrà favorire la più ampia integrazione tra la prevenzione collettiva e la sanità pubblica, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera;

l'articolo **(13)** interviene in merito al trasferimento dei beni mobili e immobili degli enti;

l'articolo **(14)** reca una disposizione transitoria comportante la deroga di un termine di scadenza per adempimenti delle aziende sanitarie;

l'articolo **(15)** reca la norma finanziaria;

l'articolo **(16)** stabilisce le modifiche e le abrogazioni alla normativa attualmente vigente;

l'articolo **(17)** indica le norme di rinvio;

l'articolo **(18)** disciplina l'entrata in vigore del provvedimento legislativo il giorno successivo alla sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione.

## **Illustrazione dell'articolato**

Art. 1 - (*Oggetto*)

Art. 2 - (*Finalità*)

- Art. 3 - *(Enti del servizio sanitario regionale)*
- Art. 4 - *(Livelli di governo del Servizio sanitario regionale)*
- Art. 5 - *(Collaborazione tra Servizio sanitario regionale e Università degli studi)*
- Art. 6 - *(Articolazione delle Aziende sanitarie regionali)*
- Art. 7 - *(Conferenze dei sindaci)*
- Art. 8 - *(Direzione strategica aziendale)*
- Art. 9 - *(Strutture aziendali)*
- Art. 10 - *(Meccanismi operativi)*
- Art. 11 - *(Assetto degli enti del Servizio sanitario regionale)*
- Art. 12 - *(Commissari degli enti del Servizio sanitario regionale)*
- Art. 13 - *(Trasferimento dei beni mobili ed immobili)*
- Art. 14 - *(Norma transitoria)*
- Art. 15 - *(Norma finanziaria)*
- Art. 16 - *(Modifiche e abrogazioni)*
- Art. 17 - *(Norma di rinvio)*
- Art. 18 - *(Entrata in vigore)*

DDL n. \_\_\_\_\_

**“Assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale”**

**TITOLO I**

**Norme fondamentali sui sistemi sanitario e sociosanitario regionali**

**Capo I**

**Disposizioni generali**

**Art. 1**

***(Oggetto)***

1. Ai sensi dell'articolo 5, primo comma, punto n. 16, dello Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (Legge costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1), la presente legge ridefinisce l'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale (SSR), nel rispetto dei principi di cui al 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) e di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti tra servizio sanitario nazionale e università a norma dell'articolo 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419), nonché nel perseguire l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

**Art. 2**

***(Finalità)***

1. La ridefinizione dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale è finalizzata a:

- a) migliorare la capacità di presa in carico del cittadino per il suo bisogno di salute e la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali;
- b) perseguire l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale;



- c) migliorare il coordinamento dell'assistenza sul territorio regionale;
- d) migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera e la sicurezza dei percorsi di cura, attraverso standard strutturali e qualitativi e attraverso l'individuazione di misure che ne rendano effettivo il monitoraggio;
- e) valorizzare il ruolo del distretto sanitario, anche con un corretto dimensionamento delle articolazioni territoriali;
- f) perseguire l'appropriatezza organizzativa attraverso rapporti strutturati tra gli ospedali e la costruzione di reti cliniche;
- g) perseguire l'innovazione clinico-professionale ed organizzativo-gestionale valorizzando le professionalità del sistema e la collaborazione con le altre istituzioni di ricerca;
- h) riqualificare l'offerta sanitaria per rendere più efficace la spesa sanitaria e sociosanitaria ed assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario regionale;
- i) valorizzare la partecipazione, delle Università e delle Autonomie locali alla pianificazione dei settori sanitario e sociosanitario;
- j) valorizzare gli organismi di volontariato e del privato sociale non a scopo di lucro, anche attraverso l'individuazione di adeguate sedi di consultazione.

## **Capo II**

### **Assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale**

#### **Art. 3**

##### ***(Enti del servizio sanitario regionale)***

1. Il Servizio sanitario regionale è composto dai seguenti enti dotati di personalità giuridica di diritto pubblico:
  - a) l'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS);
  - b) l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (AS FO);
  - c) l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina (ASU GI);
  - d) l'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC).
2. Il Servizio sanitario regionale è composto, oltre che dagli enti di cui al comma 1, da:
  - a) l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste (IRCCS Burlo);

b) l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Centro di riferimento oncologico" di Aviano (IRCCS CRO).

3. Per gli enti di cui al comma 1 trovano applicazione le leggi concernenti la disciplina delle aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992 e delle aziende di cui al decreto legislativo 517/1999.

4. Gli enti di cui al comma 1, lettere a), c) e d) sono costituiti con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale.

#### **Art. 4**

##### ***(Livelli di governo del Servizio sanitario regionale)***

1. La Regione, per il tramite della Direzione centrale competente in materia di salute, politiche sociali e disabilità, assicura la realizzazione dei piani, dei programmi e degli obiettivi definiti dagli Organi di indirizzo politico svolgendo, a tal fine, le funzioni attribuite alla Direzione con la deliberazione della Giunta regionale approvata ai sensi dell'articolo 7, comma 10, del Regolamento di organizzazione dell'Amministrazione regionale e degli Enti regionali di cui all'articolo 3, comma 2, della legge regionale 27 marzo 1996, n. 18 (Riforma dell'impiego regionale in attuazione dei principi fondamentali di riforma economico sociale desumibili dalla Legge 23 ottobre 1992, n. 421).

2. La Direzione centrale di cui al comma 1 svolge compiti di indirizzo e di vigilanza sull'Azienda regionale di coordinamento per la salute di cui all'articolo 3, comma 1, lettera a) e, per il tramite della stessa, sugli altri enti del Servizio sanitario regionale.

3. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, in favore della Direzione centrale di cui al comma 1, assicura compiti di carattere tecnico specialistico, per la definizione e la realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e socio-sanitaria e, a tal fine, fornisce supporto alla stessa per l'individuazione, da parte della Giunta regionale, del sistema di valutazione e degli obiettivi degli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale.

4. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute:

a) assicura gli acquisti centralizzati di beni e servizi per il Servizio sanitario regionale e acquisti di beni e servizi per conto della Direzione centrale di cui al

comma 1, nell'ambito di quanto previsto, in merito alla Centrale unica di committenza regionale, dall'articolo 44 della legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26 (Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia. Ordinamento delle Unioni territoriali intercomunali e riallocazione di funzioni amministrative);

b) svolge le attività tecnico specialistiche afferenti a:

- 1) gestione accentrata di funzioni amministrative e logistiche;
- 2) percorsi diagnostico terapeutici assistenziali strutturati e standardizzati;
- 3) gestione del rischio clinico e valutazione della qualità;
- 4) misurazione degli esiti;
- 5) valutazione di impatto delle innovazioni e delle tecnologie sanitarie;
- 6) valutazione degli investimenti;

c) cura il coordinamento e il controllo:

- 1) delle reti cliniche di cui all'articolo 9, delle quali ne cura altresì l'attivazione;
- 2) del governo clinico regionale di cui all'articolo 10;
- 3) dell'accreditamento professionale e della gestione del rischio clinico;
- 4) delle azioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 5) delle azioni di sanità veterinaria;
- 6) della gestione delle tecnologie sanitarie;
- 7) del sistema informatico del SSR, anche ai fini del suo sviluppo;
- 8) del sistema informativo, anche ai fini del suo sviluppo, ivi compresi i flussi ministeriali; tutte le informazioni sono condivise con la Direzione centrale di cui al comma 1, che può chiedere ulteriori estensioni e approfondimenti;

d) svolge compiti di struttura di valutazione di *health technology assessment*, ai sensi dell'articolo 1, comma 551, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

e) per la Direzione centrale di cui al comma 1, svolge compiti di struttura di osservazione epidemiologica a supporto della pianificazione regionale, di struttura di programmazione attuativa e di struttura di controllo di gestione;

f) svolge attività di monitoraggio e vigilanza sugli enti di cui all'articolo 3, fornendo costantemente i dati rilevati alla Direzione centrale di cui al comma 1.

5. All'Azienda regionale di coordinamento per la salute sono delegate le funzioni di gestione sanitaria accentrata, ai sensi dell'articolo 22 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42), sulla base di determinazioni e tempistiche stabilite con deliberazione della Giunta regionale.

6. Fermi restando i compiti di cui ai commi 4 e 5, nell'ambito di quanto disposto al comma 1 e al comma 3, con deliberazione della Giunta regionale sono attribuiti all'Azienda regionale di coordinamento per la salute ulteriori compiti, anche al fine di assicurare:

a) attività di analisi e di valutazione a supporto delle funzioni di pianificazione e programmazione regionali di settore;

b) specifiche attività di supporto per esigenze del Servizio sanitario regionale anche a beneficio di uno o più enti del SSR;

c) specifiche funzioni sanitarie accentrate di supporto alla erogazione diretta delle prestazioni al cittadino;

d) ogni ulteriore attività di interesse per i sistemi sanitario e sociosanitario.

7. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute svolge i compiti di cui ai commi precedenti sia attraverso le proprie strutture sia avvalendosi di strutture degli enti di cui all'articolo 3, sia mediante l'acquisizione di personale da altre pubbliche amministrazioni attraverso l'istituto del comando e l'istituto del distacco.

## **Art. 5**

### ***(Collaborazione tra Servizio sanitario regionale e Università degli studi di Trieste e di Udine)***

1. I rapporti tra il Servizio sanitario regionale e le Università degli studi di Trieste e di Udine per garantire l'integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca sono svolti per concorrere al miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute,

per la crescita qualitativa della formazione e per lo sviluppo dell'innovazione tecnologica, ai sensi del decreto legislativo 517/1999.

2. Per realizzare il coordinamento delle relative funzioni istituzionali tra la Regione e le Università, attraverso le Aziende sanitarie universitarie di cui all'articolo 3, comma 1, lettere c) e d), è stipulato il protocollo d'intesa ai sensi del decreto legislativo 517/1999.

3. Nell'ambito di quanto disposto al comma 2, le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca dell'Università sono assicurate nei presidi *Hub* di Trieste e Udine, come specificato all'articolo 9. Qualora in detti presidi non siano disponibili adeguate strutture, la Regione e l'Università concordano con appositi atti l'utilizzazione di altre strutture pubbliche.

### **Capo III**

#### **Assetto organizzativo del Servizio sanitario regionale**

##### **Art. 6**

##### ***(Articolazione delle Aziende sanitarie regionali)***

1. Le aziende sanitarie regionali di cui all'articolo 3, attraverso le relative strutture, erogano le prestazioni per assicurare i seguenti livelli di assistenza:

- a) prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) assistenza distrettuale;
- c) assistenza ospedaliera.

2. Le aziende di cui all'articolo 3, comma 1, lettere b), c) e d), ai sensi dell'articolo 3 quater del decreto legislativo 502/1992, articolano i relativi ambiti territoriali in distretti individuati dal relativo organo di vertice, previo parere obbligatorio dei Comuni coinvolti da rendersi nel termine perentorio di 30 giorni dalla richiesta, garantendo una popolazione minima di almeno cinquantamila abitanti. Sono concesse deroghe al limite minimo per i distretti delle zone montane, dei comuni turistici e delle zone a bassa densità della popolazione residente.

3. Il territorio di competenza del distretto coincide con il territorio dell'ambito del servizio sociale dei Comuni, o ne è multiplo.

## **Art. 7**

### **(Conferenze dei sindaci)**

1. I comuni rientranti nel territorio di competenza di ciascuna azienda di cui all'articolo 3, comma 1, attraverso la Conferenza dei sindaci, ai sensi dell'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 502/1992, esprimono i bisogni di salute della popolazione delle comunità locali alla Regione ed al Consiglio delle autonomie locali che esercita le funzioni di Conferenza permanente di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 502/1992, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9 della legge regionale 22 maggio 2015, n. 12 (Disciplina del Consiglio delle autonomie locali del Friuli Venezia Giulia, modifiche e integrazioni alla legge regionale 26/2014 in materia di riordino del sistema Regione – Autonomie locali e altre norme urgenti in materia di autonomie locali).
2. Ciascuna Conferenza dei sindaci di cui al comma 1 può agire tramite rappresentanze di sindaci costituite su due livelli:
  - a) competenza territoriale dell'azienda, denominata area vasta;
  - b) competenza territoriale di distretto.
3. La composizione delle rappresentanze viene definita da ciascuna Conferenza dei sindaci che determina anche le modalità di esercizio delle relative funzioni, con regolamento approvato a maggioranza assoluta dei sindaci.
4. Le conferenze dei sindaci di cui al comma 1:
  - a) esercitano le funzioni di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 502/1992;
  - b) esercitano le funzioni di cui agli 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 sociosanitaria);
  - c) esercitano le funzioni di cui all'articolo 2, comma 5, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria);
  - d) esprimono il parere sulla nomina del direttore dei servizi sociosanitari, entro il termine perentorio di quindici giorni dalla richiesta.

## **Art. 8**

### **(Direzione strategica aziendale)**

1. La direzione strategica degli enti di cui all'articolo 3 è costituita come di seguito:
  - a) per l'Azienda regionale di coordinamento per la salute, dal direttore generale, dal direttore amministrativo e dai direttori di struttura individuati nel relativo atto aziendale. In relazione all'attribuzione di funzioni sanitarie accentrate, la direzione strategica è costituita anche dal direttore sanitario;
  - b) per l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale e per le Aziende sanitarie universitarie dal direttore generale, dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal direttore dei servizi sociosanitari;
  - c) per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, dal direttore generale, dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal direttore scientifico.
2. Il direttore dei servizi sociosanitari è un soggetto in possesso del diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al Decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509 (Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei), ovvero della laurea specialistica o magistrale, che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età, e che abbia maturato per almeno cinque anni attività di direzione di enti o di strutture pubbliche o private.
3. Ai direttori di cui al comma 1, lettera a), e al direttore dei servizi sociosanitari si applicano, con riferimento al trattamento giuridico, economico e previdenziale, le norme previste per il direttore amministrativo o per il direttore sanitario, in quanto compatibili.
4. Il direttore dei servizi sociosanitari tiene costantemente i rapporti con la Conferenza dei sindaci.
5. Il direttore dei servizi sociosanitari, nominato ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 171/2016, previo parere con la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 7:
  - a) coadiuva il direttore generale nell'esercizio del proprio mandato in relazione alle funzioni e alle attività di carattere sociosanitario;
  - b) partecipa, unitamente al direttore amministrativo, al direttore sanitario e al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda

sanitaria, e assume diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale;

c) assicura funzioni di direzione delle attività e dei servizi socio-assistenziali qualora l'azienda sanitaria ne assuma la gestione su delega dei Comuni, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 502/1992;

d) assicura funzioni di vigilanza e coordinamento delle funzioni garantite dai distretti.

## **Art. 9**

### **(Strutture aziendali)**

1. Il modello ordinario di gestione operativa delle attività degli enti del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto legislativo 502/1992, è l'organizzazione dipartimentale delle strutture aziendali.

2. Le strutture aziendali, qualificate in strutture complesse, semplici e piattaforme assistenziali, sono articolazioni organizzative individuate in relazione alla omogeneità della disciplina di riferimento, alle relative funzioni e alle dimensioni del bacino di utenti, e ad esse sono attribuite, attraverso l'atto aziendale, responsabilità professionali e responsabilità gestionali. Più strutture aziendali costituiscono un dipartimento clinico, gestionale o funzionale.

3. Le strutture di cui al comma 2 concorrono al perseguimento degli obiettivi di salute anche per assicurare unitarietà negli interventi e nella continuità assistenziale.

4. L'assistenza ospedaliera è organizzata secondo il modello "*Hub & Spoke*" e secondo il principio delle reti cliniche. L'attività dei presidi ospedalieri *Hub* è integrata e coordinata con l'attività dei presidi ospedalieri *Spoke*. I presidi, sia *Hub* che *Spoke*, sono dotati di autonomia organizzativa, gestionale e contabile, con proprio dirigente amministrativo di presidio e dirigente medico di presidio, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, del decreto legislativo 502/1992, e sono organizzati in centri di costo e di responsabilità, nell'ambito di quanto definito nell'atto aziendale. Gli stabilimenti ospedalieri, articolazioni dei presidi, sono dotati di autonomia organizzativa, gestionale e contabile, con proprio dirigente medico di stabilimento, e sono



organizzati in centri di costo e di responsabilità, nell'ambito di quanto stabilito nell'atto aziendale. Nel caso di presidio ospedaliero con più stabilimenti ospedalieri, il dirigente medico di presidio svolge anche le funzioni e i compiti di dirigente medico di uno stabilimento.

5. Le strutture di cui al comma 2 contribuiscono alla realizzazione delle reti cliniche che costituiscono il modello organizzativo per assicurare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale attraverso relazioni, anche di coordinamento, tra professionisti, strutture e servizi che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie di tipologia e livelli diversi nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa. Le reti cliniche articolano e integrano l'assistenza ospedaliera e quella territoriale.

6. L'organizzazione dell'assistenza persegue i seguenti livelli di integrazione:

- a) tra i presidi dell'azienda;
- b) tra i presidi dell'azienda e l'area territoriale;
- c) tra le reti cliniche regionali.

7. Alla organizzazione e conduzione delle reti cliniche partecipano anche gli IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano.

## **Art. 10**

### ***(Meccanismi operativi)***

1. Il governo clinico dei percorsi di cura è assicurato attraverso i seguenti strumenti:

- a) percorsi diagnostico terapeutici assistenziali strutturati e standardizzati;
- b) gestione del rischio clinico e valutazione della qualità;
- c) misurazione degli esiti;
- d) valutazione di impatto delle innovazioni e delle tecnologie sanitarie.

2. Il governo clinico dei percorsi di cura è orientato ad assicurare ai pazienti, indipendentemente dalla sede di accesso e di residenza:

- a) prestazioni esplicitate nei percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali;
- b) la permanenza nella sede assistenziale più vicina al luogo di residenza del paziente quando possibile, anche attraverso la mobilità dei professionisti tra le sedi;

c) un orientamento guidato verso la sede del presidio *Hub*, quando ciò sia necessario, con rientro presso la sede del presidio *Spoke* a completamento del percorso di cura.

3. Il governo clinico dei percorsi di cura è orientato alla valorizzazione delle competenze ed al miglior utilizzo delle risorse professionali e logistiche dell'azienda.

4. Per le patologie a più elevata prevalenza il governo dei percorsi integrati di cura è affidato a dipartimenti clinici aziendali per disciplina che costituiscono una prima articolazione organizzativa delle reti cliniche.

## **Art. 11**

### ***(Assetto degli enti del Servizio sanitario regionale)***

1. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, con sede legale a Udine, dal 1 gennaio 2019, data della sua costituzione, succede nel patrimonio e nelle funzioni dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi di cui all'articolo 7 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria).

2. All'Azienda regionale di coordinamento per la salute sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi.

3. L'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", con sede legale a Pordenone, dal 1 gennaio 2020 viene denominata "Azienda sanitaria Friuli Occidentale".

4. L'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, con sede legale a Trieste, dal 1 gennaio 2020, data della sua costituzione, succede:

- a) nel patrimonio dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste;
- b) in parte del patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" determinata, relativamente al livello assistenza ospedaliera, dagli stabilimenti ospedalieri di Gorizia e Monfalcone e, relativamente al livello prevenzione collettiva e sanità pubblica nonché al livello assistenza

distrettuale, dalle strutture operanti nell'ambito del distretto alto isontino e del distretto basso isontino.

5. All'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", in relazione alle funzioni connesse ai livelli di assistenza come individuati al comma 4.

6. L'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, con sede legale a Udine, dal 1 gennaio 2020, data della sua costituzione, succede:

- a) nel patrimonio dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine;
- b) in parte del patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" determinata, relativamente al livello assistenza ospedaliera, dagli stabilimenti ospedalieri di Latisana e Palmanova, e, relativamente al livello prevenzione collettiva e sanità pubblica nonché al livello assistenza distrettuale, dalle strutture operanti nell'ambito del distretto est e del distretto ovest;
- c) nel patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli".

7. All'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine, all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli" in relazione alle funzioni connesse ai livelli di assistenza come individuati al comma 6.

8. Dalla data di costituzione dei nuovi Enti di cui all'articolo 3, lettere a), c) e d), sono contestualmente soppressi:

- a) l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi di cui all'articolo 7 della legge regionale n. 17/2014;
- b) l'Azienda per i servizi sanitari n. 2 "Bassa Friulana – Isontina" di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b), della legge regionale n. 17/2014;

- c) l'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli" di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c), della legge regionale n. 17/2014;
- d) l'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste di cui all'articolo 4, comma 2, della legge regionale n. 17/2014;
- e) l'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine di cui all'articolo 4, comma 2, della legge regionale n. 17/2014.

## **TITOLO II**

### **Disposizioni attuative, transitorie e finali**

#### **Art. 12**

##### ***(Commissari degli enti del Servizio sanitario regionale)***

1. Con decorrenza 1 gennaio 2019 decadono gli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario e di direttore dei servizi sociosanitari in essere al 31 dicembre 2018, presso i seguenti enti:
  - a) Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi;
  - b) Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana – Isontina";
  - c) Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli";
  - d) Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste;
  - e) Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine.
2. Sono nominati, con decorrenza 1 gennaio 2019, i seguenti commissari straordinari:
  - a) il commissario dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute;
  - b) il commissario unico dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana – Isontina";
  - c) il commissario unico dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli".
3. I commissari straordinari di cui al comma 2 sono nominati ai sensi dell'articolo 12 della legge regionale 21 luglio 2004, n. 20 (Riordino normativo dell'anno 2004 per il settore dei servizi sociali) per un periodo di dodici mesi, eventualmente prorogabile. Ai commissari straordinari si applica la disciplina giuridica, economica e previdenziale prevista per i direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale. Per l'individuazione dei commissari di cui al comma 2, lettere b) e c), è acquisita l'intesa

da parte dell'Università entro otto giorni dalla proposta regionale e, decorso tale termine senza formale e motivato diniego da parte del Rettore, l'intesa s'intende acquisita e l'Amministrazione regionale procede comunque alla nomina del commissario.

4. I commissari straordinari di cui al comma 2, oltre ad esercitare tutti i poteri di gestione degli enti cui sono preposti, devono predisporre tutti gli atti necessari per l'avvio del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale, coordinando le relative attività in relazione a quanto disposto all'articolo 11. In funzione del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale, dal 1 gennaio 2019 il presidio ospedaliero di Udine costituisce funzionalmente *Hub* di riferimento per gli stabilimenti ospedalieri di Latisana e di Palmanova. I commissari di cui al comma 2, lettere b) e c), in particolare, regolano con intesa quanto disposto all'articolo 11, comma 4, lettera b) e comma 6, lettera b), assicurando la continuità dell'assistenza attraverso il mantenimento delle prestazioni e lo sviluppo dei servizi resi nei presidi *Spoke*.

5. Il commissario straordinario dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute, entro sei mesi dalla nomina, definisce l'organizzazione e il funzionamento dell'ente cui è preposto mediante l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis del decreto legislativo 502/1992.

6. I commissari straordinari, entro il 31 dicembre 2019, elaborano per la parte di competenza un atto di organizzazione e di funzionamento per i nuovi costituendi enti del Servizio sanitario regionale, affinché entro sei mesi dalle nomine dei nuovi direttori generali questi ultimi adottino l'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis del decreto legislativo 502/1992.

7. Fino all'adozione di ogni nuovo atto aziendale continua a trovare applicazione l'atto aziendale esistente.

8. I commissari straordinari provvedono, mediante reciproche intese, a definire i rapporti di debito e di credito inerenti alle spese di manutenzione, alla regolazione dei rapporti giuridici in corso alla data del trasferimento dei beni, e all'eventuale assegnazione in uso di immobili, o parte di essi, a titolo oneroso o non oneroso.

9. I commissari straordinari, nell'esercizio delle relative funzioni, sono coadiuvati, per ciascuna azienda cui sono preposti e per la durata del commissariamento, da due

vicecommissari straordinari cui sono attribuiti rispettivamente i poteri e le funzioni del direttore amministrativo e del direttore sanitario, e da un ulteriore vicecommissario straordinario cui sono attribuiti i poteri e le funzioni del direttore dei servizi sociosanitari ove previsto. Il commissario straordinario dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute è coadiuvato da due vicecommissari straordinari, cui sono attribuiti rispettivamente i poteri e le funzioni di direttore amministrativo e i poteri e le funzioni di coordinamento per l'attuazione del nuovo assetto del Servizio sanitario regionale, nonché, in relazione a quanto disposto dall'articolo 8, comma 1, lettera a), da un ulteriore vicecommissario straordinario cui sono attribuiti i poteri e le funzioni del direttore sanitario. I vicecommissari sono nominati dal commissario che li individua tra soggetti in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3, comma 7 del decreto legislativo 502/1992. Ai vicecommissari, ivi compreso il vicecommissario con funzioni di coordinamento, si applica la disciplina giuridica, economica e previdenziale prevista per i direttori amministrativo, sanitario o sociosanitario degli enti del Servizio sanitario regionale.

### **Art. 13**

#### ***(Trasferimento dei beni mobili ed immobili)***

1. I commissari straordinari di cui all'articolo 12, in relazione all'assetto di tutti gli enti del Servizio sanitario regionale, come disposto dall'articolo 11, previo parere del Commissario straordinario dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute, adottano l'atto ricognitivo dei beni e dei rapporti oggetto di trasferimento, e lo trasmettono alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.
2. Il trasferimento della proprietà dei beni mobili ed immobili, nonché di ogni altro rapporto giuridico attivo e passivo, in relazione all'assetto di cui all'articolo 11, avviene a titolo gratuito.
3. Ai sensi dell'articolo 5, comma 3, 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, recante la presa d'atto della ricognizione di cui al comma 2.

**Art. 14**

***(Norma transitoria)***

1. In deroga a quanto previsto dall'articolo 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), il termine del 31 dicembre in relazione all'adozione del programma annuale e del bilancio preventivo degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2019 è prorogato al 31 marzo 2019.

**Art. 15**

***(Norma finanziaria)***

1. All'attuazione della presente legge si provvede con il fondo sanitario regionale.

**Art. 16**

***(Modifiche e abrogazioni)***

1. I riferimenti contenuti nella vigente normativa relativi all'elenco regionale dei direttori generali si intendono fatti all'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale di cui al decreto legislativo 171/2016.

2. Sono abrogate, in particolare, le seguenti disposizioni:

- a) articolo 8, comma 7, legge regionale 30 dicembre 2009, n. 24 (Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale e annuale della Regione (legge finanziaria 2010));
- b) articoli 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 14 comma 1, 32, 35 commi 1 e 2, 36 della legge regionale 17/2014;
- c) dal 1 gennaio 2019, articolo 7 della legge regionale 17/2014;
- d) dal 1 gennaio 2020, articoli 4, 6, 13, 19 commi 9 e 10 della legge regionale 17/2014;
- e) dal 1 gennaio 2020, articolo 5, fatta eccezione per il comma 1, lettera e), e il comma 9, della legge regionale 17/2014.

**Art. 17**

***(Norma di rinvio)***

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

**Art. 18**

***(Entrata in vigore)***

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia.



## NOTE

### Avvertenza

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

### Note all'articolo 1

- Il testo dell'articolo 5, primo comma, punto n. 16, della Legge costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1 (*Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia*) è il seguente:

#### Art. 5

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

16) igiene e sanità, assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonché il recupero dei minorati fisici e mentali;

- Il testo dell'articolo 1, comma 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*) è il seguente:

#### Art. 1

*(Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)*

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
- b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

### Note all'articolo 4

- Il testo dell'articolo 44 della legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26 (Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia. Ordinamento delle Unioni territoriali intercomunali e riallocazione di funzioni amministrative) è il seguente:

Art. 44

*(Attività della centrale unica)*

1. Per le finalità di cui all'articolo 43, la Centrale unica di committenza regionale, nell'esercizio dell'attività di centralizzazione della committenza, opera aggiudicando appalti pubblici o stipulando contratti quadro per l'acquisizione di servizi e forniture, destinati ai soggetti di cui all'articolo 43.

2. La Centrale unica di committenza regionale svolge anche funzioni di consulenza e supporto nelle procedure di aggiudicazione di appalti svolte autonomamente dai soggetti di cui all'articolo 43 e ai sensi dell'articolo 2, paragrafo 1, punto 15, della direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sugli appalti pubblici e che abroga la direttiva 2004/18/CE. La Centrale unica di committenza regionale svolge anche funzioni di consulenza e supporto nelle procedure di aggiudicazione di appalti svolte autonomamente dai soggetti di cui all'articolo 43 e ai sensi dell'articolo 2, paragrafo 1, punto 15, della direttiva 2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 febbraio 2014, sugli appalti pubblici e che abroga la direttiva 2004/18/CE.

3. Al fine di ottenere forniture e servizi connotati dal miglior rapporto qualità prezzo, anche per perseguire lo scopo di cui all'articolo 43, comma 5, la Centrale unica di committenza regionale individua il criterio di aggiudicazione adeguato rispetto all'oggetto dell'appalto; la motivata scelta del criterio di aggiudicazione tiene conto del bilanciamento degli aspetti qualitativi, di prezzo o di costo, che influenzano direttamente l'esecuzione dell'appalto.

4. Sono escluse dall'ambito oggettivo di operatività della Centrale unica di committenza regionale la fornitura di beni e servizi informatici, per i quali la Regione opera mediante la società in house Insiel SpA, ai sensi dell' articolo 5 della legge regionale 14 luglio 2011, n. 9 (Disciplina del sistema informativo integrato regionale del Friuli Venezia Giulia), e la fornitura di beni e servizi destinati al Servizio sanitario regionale, ai sensi dell' articolo 7 della legge regionale 17/2014 .

4 bis. La Centrale unica di committenza regionale, quando opera in qualità di soggetto aggregatore ai sensi dell' articolo 9, comma 1, del decreto legge 66/2014 , convertito, con modificazioni, dalla legge 89/2014 , provvede alle acquisizioni di beni e servizi individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sulla base dell'analisi effettuata dal Tavolo nazionale dei soggetti aggregatori come previsto dal citato articolo 9, comma 3, o altrimenti individuati dalla Giunta regionale, anche avvalendosi delle strutture competenti di EGAS, di cui all' articolo 7 della legge regionale 17/2014 , o di altro soggetto competente per materia sulla base di specifico rapporto di avalimento.

4 bis 1. Con deliberazione della Giunta regionale vengono definiti i criteri e le modalità per l'esercizio dell'avalimento di cui al comma 4 bis.

- Il testo dell'articolo 22 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42) è il seguente:

## Art. 22

### *(Individuazione delle responsabilità all'interno delle regioni nel caso di sussistenza della gestione sanitaria accentrata presso la regione)*

1. Le regioni che esercitano la scelta di gestire direttamente presso la regione una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), individuano nella propria struttura organizzativa uno specifico centro di responsabilità, d'ora in poi denominato gestione sanitaria accentrata presso la regione, deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali.
2. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione registra i fatti gestionali nel libro giornale e li imputa ai conti relativi a singole categorie di valori omogenei, provvedendo alla rilevazione dei costi, dei ricavi e delle variazioni negli elementi attivi e passivi del patrimonio, in modo da darne rappresentazione nel bilancio di esercizio.
3. Le regioni individuano il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione che è tenuto:
  - a) all'elaborazione e all'adozione del bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata presso la regione;
  - b) alla coerente compilazione, con il bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata presso la regione, dei modelli ministeriali CE e SP di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni, e relativi all'ente ivi identificato con il codice "000";
  - c) alla redazione del bilancio sanitario consolidato mediante il consolidamento dei conti della gestione accentrata stessa e dei conti degli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c), secondo le modalità definite nell'articolo 32. In sede di consolidamento, il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione garantisce la coerenza del bilancio sanitario consolidato con le risultanze dei modelli ministeriali CE e SP di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 e s.m.i. e relative all'ente ivi identificato con il codice "999". In sede di consolidamento, il responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione ed il responsabile della predisposizione del bilancio regionale, assicurano l'integrale raccordo e riconciliazione tra le poste iscritte e contabilizzate in termini di contabilità economico-patrimoniale e quelle iscritte in termini di contabilità finanziaria. Tale riconciliazione è obbligatoriamente riportata nella nota integrativa di cui all'articolo 32;
  - d) le regioni individuano un responsabile regionale che certifichi, con riferimento alla gestione sanitaria accentrata presso la regione:
    - i. in sede di rendicontazione trimestrale, la regolare tenuta dei libri contabili e della contabilità, la riconciliazione dei dati della gestione accentrata con le risultanze del bilancio finanziario, la riconciliazione dei dati di cassa, la coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali di rilevazione dei conti con le risultanze della contabilità;
    - ii. in sede di rendicontazione annuale, quando indicato al punto i), nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze della contabilità.

## **Note all'articolo 6**

- Il testo dell'articolo 3-quater 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) è il seguente:

### **Art. 3-quater**

#### **(Distretto)**

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.
2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.
3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:
  - a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies;
  - b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
  - c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.
4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.

## **Note all'articolo 7**

- Il testo dell'articolo 3, comma 14, 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) è il seguente:

### **Art. 3**

*(Organizzazione delle unità sanitarie locali)*

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.

- Il testo dell'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) è il seguente:

Art. 2

*(Competenze regionali)*

2-bis. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

- Il testo dell'articolo 9 della legge regionale 22 maggio 2015, n. 12 (Disciplina del Consiglio delle autonomie locali del Friuli Venezia Giulia, modifiche e integrazioni alla legge regionale 26/2014 in materia di riordino del sistema Regione-Autonomie locali e altre norme urgenti in materia di autonomie locali) è il seguente:

Art. 9

*(Funzioni in materia socio-sanitaria)*

1. Il CAL esercita le funzioni della Conferenza permanente di cui all' articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell' articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 ), previste dal medesimo decreto legislativo e dalle relative norme attuative. Nell'esercizio delle funzioni di cui al presente comma la composizione del CAL è integrata con la partecipazione dei Presidenti delle Conferenze dei sindaci, di cui all' articolo 13 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria), qualora non siano già componenti del CAL, nonché dal rappresentante di

Federsanità - ANCI, con diritto di parola. Il Presidente di ciascuna Conferenza dei sindaci può delegare la partecipazione ad altro componente della medesima Conferenza.

- Il testo degli 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 sociosanitaria) è il seguente:

#### Art. 16

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Art. 20

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

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

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

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

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

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

a) gli obiettivi annuali a livello aziendale;

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

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

- Il testo dell'articolo 2, comma 5, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria) è il seguente:

#### Art. 2

##### *(Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale)*

5. La regione, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, provvede, entro trenta giorni dall'avvio del procedimento, a risolvere il contratto, dichiarando l'immediata decadenza del direttore generale con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione con le procedure di cui al presente articolo, se ricorrono gravi e comprovati motivi, o se la gestione presenta una situazione di grave disavanzo imputabile al mancato raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 3, o in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché di violazione degli obblighi in materia di

trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97. In tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, 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, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, del medesimo decreto legislativo, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare l'incarico del direttore generale. Quando i procedimenti di valutazione e di decadenza dall'incarico di cui al comma 4 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui al medesimo articolo 2, comma 2-bis, è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

### **Note all'articolo 8**

- Il testo dell'articolo 3 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (*Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria*) è il seguente:

#### **Art. 3**

*(Disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale)*

1. Il direttore generale, nel rispetto dei principi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, e di cui all'articolo 1, comma 522, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, il direttore dei servizi socio sanitari, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio, effettuati da una commissione nominata dalla regione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, e composta da esperti di qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi, di comprovata professionalità e competenza nelle materie oggetto degli incarichi, di cui uno designato dalla regione. La commissione valuta i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico, definiti, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, fermi restando i requisiti previsti per il direttore amministrativo e il direttore sanitario dall'articolo 3, comma 7, e dall'articolo 3-bis, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. L'elenco regionale è aggiornato con cadenza biennale. L'incarico di direttore amministrativo, di direttore sanitario e ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio sanitari, non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. In caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, il direttore generale, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, risolve il contratto, dichiarando la decadenza del direttore amministrativo e del direttore sanitario, e ove previsto



dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio sanitari, con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione con le procedure di cui al presente articolo.

- Il testo dell'articolo 3, comma 3, 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) è il seguente:

Art. 3

*(Organizzazione delle unità sanitarie locali)*

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.

**Note all'articolo 9**

- Il testo dell'articolo 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) è il seguente:

Art. 17-bis

*(Dipartimenti)*

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.

2. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

3. La regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento.

- Il testo dell'articolo 4, comma 9, 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) è il seguente:

#### Art. 4

##### *(Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri)*

9. Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'articolo 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

#### **Note all'articolo 11**

- Il testo dell'articolo 7 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria) è il seguente:

#### Art. 7

##### *(Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi)*

1. Al fine di migliorare l'efficienza e l'efficacia del Servizio sanitario regionale, a decorrere dall'1 gennaio 2015 è istituito l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, con sede legale a Udine.
2. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi è dotato di personalità giuridica pubblica ed è disciplinato dalle vigenti disposizioni di legge concernenti le aziende unità sanitarie locali di cui al decreto legislativo 502/1992 .
3. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi svolge, per conto degli enti del Servizio sanitario regionale, anche su indicazione della Regione, funzioni di aggregazione della domanda e centrale di committenza per l'acquisizione di beni e servizi, nonché funzioni accentrate di supporto tecnico, amministrative e gestionali.
4. Le funzioni accentrate amministrative consistono nelle attività finalizzate agli acquisti di beni e servizi, allo svolgimento di funzioni di stazione appaltante dei lavori pubblici e all'attività amministrativa standardizzata inerente al personale, ivi compresa la formazione. Per quanto riguarda le procedure di approvvigionamento, l'Ente favorisce la partecipazione delle piccole e medie imprese e delle imprese sociali, anche attraverso il confronto con le organizzazioni di categoria e applica di norma quanto previsto dall'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali), dall'articolo 35 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 e dal Capo IV della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 20 (Norme in materia di cooperazione sociale).
5. Le funzioni accentrate gestionali riguardano la logistica del servizio di magazzino e le altre attività individuate con le modalità indicate al comma 7.

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

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

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

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

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

11. Le funzioni svolte dall'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine tramite il Dipartimento Servizi Condivisi sono trasferite all'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi, che subentra nella titolarità dei rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi i rapporti di lavoro, in continuità e neutralità con le funzioni precedentemente svolte.

- Il testo dell'articolo 5, comma 1, lettere b) e c), della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e socio-sanitaria) è il seguente:

#### Art. 5

##### *(Aziende per l'assistenza sanitaria)*

1. Sono Aziende per l'assistenza sanitaria:

b) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", con sede legale a Gorizia, istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" e n. 5 "Bassa Friulana";

c) l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", istituita mediante accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" e di parte dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli", con sede legale a Gemona del Friuli;

- Il testo dell'articolo 4, comma 2, della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria) è il seguente:

Art. 4

*(Integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università)*

2. In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 2, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina" e l'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 4 "Friuli Centrale" incorporano, rispettivamente, l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste e l'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine subentrando nelle relative funzioni, secondo modalità definite con protocolli d'intesa tra la Regione e le Università interessate, da stipularsi ai sensi del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419 ), e successive modifiche. La Regione addivene alla stipula definitiva dei suddetti protocolli sentita la Commissione consiliare competente. All'esito dell'incorporazione, le aziende assumono il nome, rispettivamente, di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste" e di "Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine" e, sulla base di quanto previsto dai citati protocolli d'intesa, esercitano, in modo unitario, coordinato e inscindibile, sia negli ospedali ad alta specializzazione che nelle attività distrettuali, dipartimentali e territoriali, le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché quelle di didattica e di ricerca, garantendo in particolare la continuità delle cure. Ciò al fine di migliorare il servizio pubblico di tutela della salute, accrescere la qualità dei processi formativi, sviluppare le conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, nonché valorizzare in modo paritario, nel rispetto dei rispettivi ruoli e mandati, le funzioni e le attività del personale ospedaliero, del distretto e dell'Università.

**Note all'articolo 12**

- Il testo dell'articolo 12 della legge regionale 21 luglio 2004, n. 20 (Riordino normativo dell'anno 2004 per il settore dei servizi sociali) è il seguente:

Art. 12

*(Commissari straordinari delle Aziende sanitarie regionali)*

1. Nel caso in cui venga meno il rapporto contrattuale tra l'Amministrazione regionale e i direttori generali delle Aziende sanitarie regionali per i motivi di cui all'articolo 3 bis, comma 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, ovvero per qualsivoglia altro motivo, l'Amministrazione regionale con deliberazione della Giunta regionale può affidare, nelle more della nomina del nuovo direttore generale e, comunque, per un periodo non superiore a dodici mesi, eventualmente prorogabile, tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza dell'Azienda sanitaria a un commissario straordinario che potrà essere scelto tra qualsiasi soggetto in possesso, alla data della nomina, del diploma di laurea nonché di esperienza gestionale all'interno dell'elenco regionale predisposto ai sensi dell'articolo 1 del decreto legge 27 agosto 1994, n. 512 (Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali), convertito dall'articolo 1, comma 1, della legge

590/1994, ovvero nell'ambito dei dirigenti della Regione ovvero nell'ambito dei dirigenti del Servizio sanitario ovvero provvedendo alla nomina di un direttore generale ad interim scelto tra coloro che svolgono la funzione di direttore generale di un ente del Servizio sanitario regionale. La durata dell'incarico ad interim è indicata dall'atto di nomina senza alcuna maggiorazione retributiva a favore dell'incarico rispetto a quella già riconosciuta per contratto.

- Il testo dell'articolo 3, commi 1-bis 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) è il seguente:

Art. 3

*(Organizzazione delle unità sanitarie locali)*

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.

7. Il direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale. 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.

**Note all'articolo 13**

- Il testo dell'articolo 5, comma 3, 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) è il seguente:

Art. 5

*(Patrimonio e contabilità)*

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.

## **Note all'articolo 14**

- Il testo dell'articolo 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) è il seguente:

### **Art. 20**

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

1. Entro il 31 dicembre di ogni anno, i Direttori generali trasmettono, previa acquisizione del parere della Conferenza dei sindaci ovvero della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, da rendersi entro quindici giorni dal ricevimento della relativa documentazione da parte dei rispettivi componenti, le proposte di programma annuale e di bilancio preventivo, nonché l'eventuale revisione del programma e del bilancio pluriennale di cui all'articolo 13, comma 2, all'Agenzia regionale della sanità per la negoziazione.
2. Il programma annuale ed il bilancio preventivo, nonché l'eventuale revisione del programma e il bilancio pluriennale, sono adottati dal Direttore generale al termine della negoziazione entro il 30 novembre di ogni anno e sono trasmessi entro tre giorni dall'adozione all'Agenzia regionale della sanità, alla Conferenza dei sindaci e al Collegio dei revisori.
3. La Conferenza dei sindaci e il Collegio dei revisori esaminano entro quindici giorni dal ricevimento gli atti di cui al comma 2 e trasmettono le proprie osservazioni al Direttore generale e alla Giunta regionale per il tramite dell'Agenzia regionale della sanità.
4. L'Agenzia regionale della sanità adotta e trasmette alla Giunta regionale, entro il 31 dicembre di ciascun anno, il programma ed il bilancio preventivo annuale consolidato, nonché l'eventuale atto di revisione del programma e del bilancio pluriennale di previsione consolidato, corredandoli dei singoli atti delle Aziende e dell'Agenzia stessa.
5. Il programma preventivo annuale consolidato rappresenta la sintesi dei programmi annuali delle singole Aziende, evidenziando in modo esplicito per ciascuna di esse:
  - a) gli obiettivi annuali a livello aziendale;
  - b) gli investimenti da effettuare nell' anno, la loro valutazione e le modalità di finanziamento.
6. La Giunta regionale verifica, entro quaranta giorni dal ricevimento, la coerenza degli atti trasmessi dall'Agenzia regionale della sanità con i contenuti della pianificazione regionale e con il quadro degli obiettivi, delle risorse e dei criteri di finanziamento di cui all'articolo 12. Nel caso in cui gli atti o parti di essi siano ravvisati incongruenti, la Giunta regionale stabilisce le variazioni da apportare con provvedimento motivato. Decorso il termine di quaranta giorni gli atti si intendono giudicati coerenti.