

D.D.L. DI DISCIPLINA DELL'ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

TITOLO I – Oggetto, finalità e principi generali

Art.1 - Oggetto

Art.2 - Principi generali, finalità e criteri

Art.3 - Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Art.4 - Integrazione tra politiche sanitarie e sociali

Art.5 - Accreditemento e programmazione sociosanitaria

TITOLO II – Assetto istituzionale del Servizio Sanitario regionale

Art.6 - Ruolo della Regione e della Direzione Centrale Salute Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali (DCSISPS)

Art.7 - Enti del Servizio Sanitario Regionale

Art.8 - Costituzione dell'Azienda Regionale Unica per i Servizi Sanitari

Art.9 - Ridefinizione delle Aziende Ospedaliere

Art.10 - Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

Art.11 - Organi delle Aziende Sanitarie regionali

Art.12 - Ruolo degli Enti Locali

TITOLO III – Organizzazione delle Aziende

Capo I – Disposizioni comuni

Art.13 - Modello organizzativo

Art.14 - Direttore amministrativo

Art.15 - Direttore sanitario

Art.16 - Consiglio dei sanitari

Art.17 - Collegio di direzione

Art.18 - Organismo indipendente di valutazione e collegi tecnici

Capo II – Organizzazione dell'ARUSS

Art.19 - Direzione strategica e strutture operative

Art.20 - Distretto

Art.21 - Dipartimento di prevenzione

Art.22 - Dipartimento di salute mentale

Art.23 - Dipartimento delle dipendenze

Capo III – Organizzazione delle Aziende Ospedaliere

Art.24 - Direzione strategica e strutture operative

Art.25 - Presidi e Stabilimenti delle Aziende Ospedaliere

Art.26 - Dipartimenti ospedalieri

TITOLO IV – Norme transitorie e finali

Art.27 - Commissari straordinari

Art.28 - Direttore Generale dell'ARUSS

Art.29 - Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere

Art.30 - Gestione liquidatoria

Art.31 - Rapporti di lavoro

Art.32 - Norme finali e transitorie

TITOLO I – Oggetto, finalità e principi generali

Art. 1 – Oggetto

La presente legge detta disposizioni per il **riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale**, così come definito dalle leggi regionali 30 agosto 1994, n. 12, 27 febbraio 1995, n. 13, 5 settembre 1995, n. 37 e 19 dicembre 1996, n. 49, in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni di cui al decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517, dalle leggi regionali 14 marzo 2001, n. 8 e 17 agosto 2004, n. 23 in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni di cui al decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dalla legge 13 novembre 2000, n. 328 e dalla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6.

Art. 2 – Principi generali, finalità e criteri

co.1 - La presente legge si ispira ai principi di:

- a) rispetto della dignità della persona umana e del diritto costituzionale alla tutela della salute;
- b) **partecipazione e libera scelta** del cittadino;
- c) **sussidiarietà** solidale tra le persone, le famiglie, gli enti pubblici e i soggetti privati;
- d) **parità** di diritti e di doveri tra soggetti erogatori **pubblici e privati nell'ambito dell'accreditamento e della programmazione regionale**;
- e) **integrazione delle funzioni sanitarie con quelle sociali degli enti locali**.

co.2 - Il riordino del Servizio sanitario regionale persegue finalità di efficienza, efficacia e appropriatezza ed in particolare si propone di:

- **semplificare il sistema** esistente e garantirne la **sostenibilità economica** nel tempo, consentendo, la maggiore dimensione aziendale, processi di concentrazione sulle attività non caratteristiche ed economie di scala nei processi produttivi, specie ospedalieri;
- sviluppare in modo omogeneo ed integrato il sistema sociosanitario, perseguendo la **continuità e personalizzazione** delle cure, l'**uniformità** dei livelli assistenziali e l'**omogeneità** dell'offerta dei **servizi sul territorio** regionale;
- **potenziare la qualità e la sicurezza** del servizio reso al cittadino attraverso l'**attivazione di reti cliniche** che consentano l'ottimizzazione e la specializzazione dei processi produttivi;
- **rafforzare il ruolo degli operatori** mediante la promozione di **reti professionali** che sviluppino la professionalità degli stessi.

co.3 - La Regione svolge funzione di programmazione e di governo e definisce **mandati distinti ai diversi soggetti aziendali**.

co.4 - Per realizzare le finalità di cui al comma 2, la presente legge pone in capo all'Azienda Regionale Unica per i Servizi Sanitari la **funzione di tutela, programmazione, verifica e controllo** e in capo alle Aziende Ospedaliere e agli IRCCS la **funzione di erogazione** dell'assistenza ospedaliera e specialistica, ferma restando la loro **complementarietà** ai fini dell'**unitarietà** e dell'**integrazione** del Servizio Sanitario Regionale.

Art. 3 – Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

co.1 - La Regione riconosce i **diritti di informazione e di partecipazione** dei cittadini, singoli e associati, previsti dall'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e garantisce **standard di qualità** nell'erogazione delle prestazioni, con particolare riguardo alla sicurezza, alla prevenzione e gestione dei rischi, alla tutela della riservatezza, alla corretta ed esaustiva informazione del paziente.

co.2 - La Regione **promuove** forme e strumenti di partecipazione democratica mediante il **coinvolgimento** delle Associazioni di tutela dei diritti e delle Organizzazioni di volontariato nelle attività relative alla valutazione, programmazione e controllo dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.

Art. 4 – Integrazione tra politiche sanitarie e sociali

co.1 - Al fine di garantire la continuità assistenziale e la personalizzazione degli interventi a favore del cittadino, **la Regione realizza l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali**, come disciplinata dalla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6, anche perseguendo la coincidenza dell'ambito territoriale fra Distretto e Servizio Sociale dei Comuni, di cui al successivo articolo 20.

Art. 5 – Accredimento e programmazione sociosanitaria

co.1 - La Regione, in coerenza e contestualmente con l'attivazione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale determinato dalla presente legge, ridefinisce la programmazione sanitaria ed il processo di accreditamento avviato con la legge regionale 14 marzo 2001, n. 8.

co.2 - La **revisione della programmazione** è orientata alle seguenti priorità:

- potenziare la prevenzione e la promozione della salute;
- valorizzare l'assistenza primaria per garantirla in modo coordinato, omogeneo e capillare sul territorio, quale riferimento per la presa in carico delle persone affette da patologie croniche;
- rivedere il dimensionamento della rete ospedaliera, quale risposta al fabbisogno di patologie acute, diversificando le strutture secondo livelli di complessità delle prestazioni e di intensità delle cure, tali da assicurare reti cliniche qualificate, efficienti e sicure;
- realizzare l'integrazione fra l'area dei servizi territoriali e quella dei servizi ospedalieri.

co.3 - La **ridefinizione del processo di accreditamento** si attiene ai seguenti principi:

- a) sul territorio della Regione nessuna struttura pubblica o privata può esercitare attività sanitaria e sociosanitaria se priva di specifica **autorizzazione** rilasciata dalla Regione;
- b) la **Regione** fissa i criteri e i requisiti strutturali gestionali e di qualità richiesti per l'**accredimento delle strutture pubbliche e private**, disciplina le modalità per la richiesta di accreditamento, accredita le singole strutture, ne verifica il mantenimento dei requisiti nel tempo e determina le prestazioni e la remunerazione delle stesse;
- c) l'**accredimento è condizione inderogabile** affinché siano posti a carico del fondo sanitario gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e le strutture accreditate concorrono, in conformità al principio della piena parità fra soggetti pubblici e privati, al sistema sanitario regionale;
- d) l'Azienda Regionale Unica per i Servizi Sanitari, attraverso la rilevazione dei bisogni a livello distrettuale, stipula annualmente **accordi** con le strutture accreditate.

TITOLO II – Assetto istituzionale del Servizio Sanitario regionale

Art. 6 – Ruolo della Regione e della Direzione Centrale Salute Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali (DCSISPS)

co.1 - La **Regione**, in particolare per il tramite della DCSISPS, esercita funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento, controllo e supporto nei confronti degli **Enti del Servizio Sanitario Regionale di cui all'art. 7** e degli altri soggetti pubblici o privati che svolgono attività sanitarie. La Regione assicura, per il tramite dei soggetti accreditati, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza previsti dalla legislazione nazionale e regionale in rapporto alle risorse disponibili.

co.2 - La Giunta Regionale, con propri provvedimenti, adegua l'assetto della DCSISPS per renderlo idoneo allo svolgimento dei compiti cui è chiamato l'Assessorato Salute Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali nel nuovo contesto determinato dalla presente legge, che richiede un rafforzamento del ruolo di **governance del sistema** e di **integrazione dei mandati delle Aziende**.

Tale adeguamento avviene in particolare mediante la revisione e lo sviluppo del **Sistema Informativo Regionale** e la riconduzione nella DCSISPS delle competenze necessarie al pieno governo delle **tecnologie**, oggi inserite nel Dipartimento Servizi Condivisi dell'Azienda Ospedaliera Universtaria Santa Maria della Misericordia di Udine.

co.3 - La Giunta con proprio provvedimento ridefinisce l'assetto del Dipartimento Servizi Condivisi dell'Azienda Ospedaliera Universtaria Santa Maria della Misericordia di Udine per adeguarlo al nuovo assetto del Servizio Sanitario Regionale determinato dalla presente legge, considerando che la rilevante dimensione delle Aziende consente, se non totalmente, alle stesse di operare autonomamente processi di centralizzazione e che rimane pur sempre applicabile il meccanismo dell'"Azienda capofila".

Art.7 – Enti del Servizio Sanitario Regionale

Per **enti del Servizio sanitario regionale** si intendono ai fini della presente legge:

- a) **Azienda Regionale Unica per i Servizi Sanitari (ARUSS)**
- b) **Aziende Ospedaliero-Universitarie di rilievo nazionale e di alta specializzazione e Azienda Ospedaliera di rilievo regionale**
- c) **Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)**, di cui alla L.R n. 14/2006.

Art. 8 – Costituzione dell’Azienda Regionale Unica per i Servizi Sanitari

co.1 - A decorrere **dal 1 gennaio 2013**, con decreto del Presidente della Giunta regionale, è **costituita l’Azienda Regionale Unica per i Servizi Sanitari (ARUSS)**.

Con il medesimo decreto del Presidente della Giunta regionale viene definita la sede legale e sono trasferiti all’ARUSS i rapporti giuridici ed economici in atto ivi compresi quelli relativi al personale nonché i beni mobili e immobili delle Aziende per i Servizi Sanitari di cui all’art. 8 della legge regionale 30 agosto 1994, n. 12, fatta eccezione per le funzioni ospedaliere, ambulatoriali specialistiche e dell’emergenza-urgenza nonché relativi rapporti, personale e beni correlati che vengono attribuiti alle Aziende Ospedaliere, di cui al successivo articolo 9.

Contestualmente alla costituzione dell’ARUSS **sono soppresse le Aziende per i Servizi sanitari** nella loro attuale configurazione giuridica.

co 2 - L’ARUSS ha quale ambito territoriale l’intero territorio regionale ed ha la missione di promuovere e tutelare il benessere della popolazione regionale. Esercita tale funzione attraverso l’attività di indirizzo e l’accompagnamento del cittadino, assicurando l’**erogazione diretta dei servizi** di prevenzione, di assistenza primaria, di salute mentale e delle dipendenze ed esercita la **funzione di programmazione, committenza, controllo e valutazione** dei servizi resi dalle Aziende Ospedaliere, dagli IRCCS e dalle altre strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

co.3 - L’ARUSS annualmente, sulla base delle indicazioni fornite dalla Giunta regionale con le Linee per la Gestione, nonché delle valutazioni di fabbisogno quantitativo e qualitativo definite dai Distretti, stipula **accordi contrattuali** con i soggetti erogatori dell’assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale.

co.4 - All’ARUSS vengono attribuite le funzioni in atto svolte dal **CEFORMED** attualmente inserito nell’Azienda per i Servizi Sanitari n.2 “Isontina”, dall’**Area Welfare di Comunità** e dal **Centro Collaboratore OMS** attualmente inseriti nell’Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 “Bassa Friulana”.

co.5 - L’ARUSS, laddove delegata dai Comuni, assume la gestione in delega del Servizio Sociale dei Comuni, con contabilità separata.

Art. 9 - Ridefinizione delle Aziende Ospedaliere

co.1 - A decorrere dal 1 gennaio 2013 l’**Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti di Trieste”** incorpora i **presidi ospedalieri di Gorizia e di Monfalcone** e ne esercita le funzioni ospedaliere e assume le funzioni specialistiche ambulatoriali e dell’emergenza-urgenza esercitate dall’Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina” e dall’Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 “Isontina”.

A decorrere dalla stessa data sono trasferiti all’Azienda Ospedaliero-universitaria “Ospedali Riuniti di Trieste”, relativamente alle funzioni esercitate,

- i rapporti giuridici ed economici in atto ivi compresi quelli relativi al personale, nonché i beni mobili e immobili, degli ospedali di Gorizia e di

Monfalcone.

- i rapporti giuridici ed economici in atto ivi compresi quelli relativi al personale, nonché i beni mobili, in relazione alle funzioni specialistiche ambulatoriali e dell'emergenza-urgenza esercitate dall'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" e dall'Azienda per i servizi sanitari n. 2 "Isontina".

co.2 - A decorrere dal 1 gennaio 2013 l'**Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine**, incorpora l'**Istituto di medicina fisica e di riabilitazione "Gervasutta"** e i **presidi ospedalieri di Latisana, Palmanova, Tolmezzo, S. Daniele del Friuli, Gemona del Friuli e Cividale del Friuli** e ne esercita le funzioni ospedaliere e assume le funzioni specialistiche ambulatoriali e dell'emergenza-urgenza esercitate dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 "Alto Friuli", dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" e dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana".

A decorrere dalla stessa data sono trasferiti all'Azienda Ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine":

- i rapporti giuridici ed economici in atto ivi compresi quelli relativi al personale, nonché i beni mobili e immobili, dell'Istituto di medicina fisica e di riabilitazione "Gervasutta" e dei presidi ospedalieri di Latisana, Palmanova, Tolmezzo, S. Daniele del Friuli, Gemona del Friuli e Cividale del Friuli;
- i rapporti giuridici ed economici in atto ivi compresi quelli relativi al personale, nonché i beni mobili, in relazione alle funzioni specialistiche ambulatoriali e dell'emergenza-urgenza esercitate dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 "Alto Friuli", dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" e dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana".

co.3 - A decorrere dal 1 gennaio 2013 all'**Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli di Pordenone"**, sono trasferiti i rapporti giuridici ed economici in atto ivi compresi quelli relativi al personale, nonché i beni mobili, in relazione alle funzioni specialistiche ambulatoriali e dell'emergenza-urgenza esercitate dall'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale".

co.4 - L'**Azienda Ospedaliero-Universitaria**, oltre a svolgere le funzioni di ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione, caratterizzato dalla presenza di specialità a più rara frequenza di ricovero e a più elevata complessità tecnico-funzionale, nonché dall'insistenza di funzioni di ricerca scientifica e di didattica universitaria, garantisce le funzioni ospedaliere di base per l'intero bacino territoriale di riferimento, integrando e organizzando a rete i presidi ospedalieri presenti sul proprio territorio.

L'**Azienda Ospedaliera** di rilievo regionale, oltre ad essere ospedale caratterizzato dalla presenza di servizi e funzioni specialistiche, garantisce le funzioni ospedaliere di base per l'intero bacino territoriale di riferimento integrando e organizzando a rete i presidi ospedalieri presenti sul proprio territorio.

co.5 - Le Aziende Ospedaliero-Universitarie e l'Azienda Ospedaliera di rilievo regionale **garantiscono**, sulla base del fabbisogno espresso dall'ARUSS e dei conseguenti accordi contrattuali, la gestione dell'**assistenza specialistica ambulatoriale intra ed extra ospedaliera** e la **rete della emergenza-urgenza**, integrando gli specialisti ospedalieri con gli specialisti convenzionati e con i medici della continuità assistenziale, favorendo l'espletamento in sedi territoriali di tutte le attività a maggiore diffusione e che non richiedono l'utilizzo di tecnologie complesse.

co.6 - Nel quadro della programmazione nazionale e regionale, **i rapporti tra Regione e le Università** sono disciplinati con appositi **protocolli d'intesa**, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

La Regione e le Università di Trieste e di Udine, ove necessario, adeguano i protocolli stipulati e approvati rispettivamente con D.G.R. 3438/2005 e 3439/2005, al fine di disciplinare le modalità di attuazione dell'assistenza al nuovo contesto istituzionale introdotto dalla presente legge.

Art. 10 – Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

co.1 - Gli Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) "Burlo Garofolo" di Trieste, "Centro di riferimento oncologico" di Aviano ed "Eugenio Medea-La Nostra Famiglia", nel rispetto della precipua attività di ricerca che è loro affidata, concorrono alla realizzazione dell'assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale e dell'emergenza-urgenza.

co. 2 - Gli IRCCS stipulano annualmente **accordi** con l'ARUSS sulla base del fabbisogno richiesto dalla medesima.

co.3 - La **Regione** e gli **IRCCS**, ove necessario, stipulano appositi **protocolli** al fine di disciplinare le modalità di attuazione dell'assistenza al nuovo contesto istituzionale introdotto dalla presente legge.

Art. 11 - Organi delle Aziende sanitarie regionali

co.1 - Sono organi delle Aziende sanitarie regionali:

- a) il **Direttore generale**, al quale sono riservati la legale rappresentanza e tutti i poteri di gestione;
- b) il **Collegio sindacale**.

Nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie è altresì previsto l'**Organo di Indirizzo**, la cui composizione e i cui compiti e composizione sono disciplinati dai protocolli d'intesa approvati con D.G.R. 3438/2005 e 3439/2005.

co.2 - Il Direttore Generale è l'organo responsabile della gestione complessiva dell'Azienda di cui è il legale rappresentante. Egli assicura il regolare funzionamento dell'Azienda, rispondendo alla Regione del proprio mandato nell'ambito della programmazione regionale e degli indirizzi espressi dagli organismi di riferimento istituzionale.

co.3 - Egli è altresì responsabile della gestione del budget complessivo dell'Azienda, nel rispetto del vincolo delle risorse assegnate dalla Regione, nonché dell'assegnazione dei budget ai singoli dirigenti, i quali rispondono della rispettiva gestione.

co.4 - Il rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore ad un anno. La Giunta regionale può modificare, quanto all'azienda di assegnazione, gli incarichi già conferiti ai direttori generali dell'ARUSS e delle aziende ospedaliere e ospedaliere universitarie. La mobilità interaziendale non ha effetto sulla durata dell'originario contratto. La mancata accettazione del reincarico comporta la risoluzione del contratto.

co.5 - Nel caso di aziende ospedaliere presso le quali si svolgono corsi delle facoltà di medicina e chirurgia, la nomina del direttore generale avviene d'intesa con il rettore dell'università interessata. L'intesa s'intende acquisita decorsi 15 giorni dalla proposta regionale, senza che pervenga formale e motivato diniego da parte del rettore.

co.6 - Al Direttore generale, in particolare, competono i seguenti atti:

- nomina e revoca del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario e del Coordinatore sociosanitario (questo ultimo solo per l'ARUSS)
- nomina del Collegio sindacale che è organo dell'Azienda;
- adozione dell' Atto aziendale;
- nomina del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari nonché dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- adozione del Piano attuativo locale (PAL) e Piano attuativo ospedaliero (PAO), rispettivamente, per l'ARUSS, e per le Aziende ospedaliere e per le Aziende ospedaliero-universitarie, così come definiti dall'art. 10 della legge regionale n. 23/2004;
- adozione del Programma delle attività territoriali (PAT), di cui all'art. 11 della legge regionale 17.8.2004, n. 23 per l'ARUSS;
- sottoscrizione dell'Accordo di programma relativo ai Piani di zona, di cui all'art. 12 della legge regionale n. 23/2004;
- attribuzione diretta dei budget ai responsabili delle Strutture operative dell'Azienda;
- controllo annuale e trimestrale;
- definizione della dotazione organica complessiva aziendale;
- adozione dei regolamenti interni di portata generale;
- nomina e revoca dei responsabili delle Strutture operative dell'Azienda nonché dei responsabili delle strutture complesse, delle strutture semplici e degli incarichi professionali;
- nomina dei Collegi tecnici per la valutazione dei dirigenti;
- provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti di struttura complessa e struttura semplice;
- decisione di stare in giudizio;
- attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale dipendente e delle convenzioni collettive;
- ogni altro atto ad elevato contenuto discrezionale, non di natura tecnico-professionale, la cui materia non sia stata preventivamente regolamentata e

non sia riservata, espressamente, ad altri soggetti aziendali.

co.7 - Tutti gli atti e provvedimenti, non specificatamente attribuiti al Direttore generale, sono di esclusiva competenza dei dirigenti che li adottano, nei limiti e per il raggiungimento degli obiettivi di budget loro assegnati dal Direttore generale e nel rispetto delle direttive in materia eventualmente impartite.

co.8 - Il Direttore generale, qualora ravvisi negli atti emanati dai dirigenti, pregiudizio alla legalità o al buon andamento dell'Azienda, ovvero la non corretta gestione delle risorse assegnate nei budget, sentito il dirigente che ha adottato l'atto o il provvedimento, annulla gli atti illegittimi nonché revoca i provvedimenti in contrasto con i principi di buon andamento e di corretta gestione delle risorse.

co.9 - Il Direttore generale, in caso di inerzia del dirigente nell'adottare atti amministrativi o provvedimenti di propria competenza, ne affida l'adozione ad altro dirigente o al direttore amministrativo.

co.10 - Il Collegio Sindacale di cui al comma 1 lettera b):

a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico, finanziario e patrimoniale;

b) vigila sull'osservanza della legge;

c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;

d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;

e) esamina ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

co.11 - I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

co.12 - Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui tre designati dalla Regione, che individua altresì il componente cui attribuire le funzioni di Presidente e due designati rispettivamente:

a) per l'ARUSS, dalla rappresentanza della Conferenza dei sindaci;

b) per l'azienda ospedaliera, dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria regionale;

c) per le aziende ospedaliere universitarie, uno dall'Università degli Studi e uno dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-

sanitaria regionale.

co.13 - A decorrere dall' 1.1.2013, ai componenti del collegio sindacale dell'ARUSS e dell'azienda ospedaliera ed ospedaliere universitarie spetta un'indennità per l'espletamento delle funzioni in misura pari al 10 per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali. Al presidente del collegio spetta un'indennità in misura pari al 12 per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali. A decorrere dalla data suindicata, tale disposizione si applica anche ai componenti dei collegi sindacali degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Art. 12 – Ruolo degli Enti Locali

La **partecipazione degli enti locali ai processi programmatori** in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e alla verifica dei relativi obiettivi è assicurata:

- a) a livello regionale, attraverso la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale di cui all'articolo 1 della legge regionale 9 marzo 2001, n.8;
- b) a livello aziendale, attraverso la Conferenza dei sindaci dell'ARUSS, cui partecipano tutti i sindaci della Regione e che esercita le funzioni indicate all'articolo 13 della legge regionale 30 agosto 1994, n.12;
- c) a livello distrettuale, attraverso l'Assemblea dei sindaci del distretto-ambito, come disciplinata dall'art. 20 della legge regionale 31 marzo 2006, n.6, laddove vi è coincidenza. Dove più ambiti territoriali dei Servizi Sociali dei Comuni, di cui all'art. 17 della predetta legge, fanno parte di un unico Distretto, l'Assemblea dei Sindaci è costituita dalle Rappresentanze delle Assemblee di ambito territoriale.

TITOLO III – Organizzazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale

Capo I - Principi organizzativi e disposizioni comuni alle Aziende Sanitarie Regionali

Art. 13 – Modello organizzativo

co.1 - Il modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale deve garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente idoneo al bisogno, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della sostenibilità delle risorse disponibili.

L'ARUSS e le Aziende Ospedaliere concorrono, nella specificità propria e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del Sistema Sanitario Regionale. Le forme e le modalità, nonché i **meccanismi di raccordo interaziendali anche dipartimentali**, della necessaria **integrazione** tra i servizi sanitari territoriali dell'ARUSS e i servizi ospedalieri delle Aziende Ospedaliere sono definiti dalla programmazione regionale e dai principi e criteri per l'Atto Aziendale definiti dalla Giunta Regionale.

co.2 - Fermo restando che, in ragione del disposto decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, le Aziende Sanitarie Regionali si articolano in Direzione Generale e strutture operative e che l'una è composta da Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo e che le altre si compongono dei Distretti e dei Dipartimenti territoriali e ospedalieri, le nuove configurazioni aziendali previste dalla presente legge richiedono, per caratteristiche di mandato istituzionale, caratteristiche dimensionali e conseguente complessità, modelli organizzativi specifici e adeguati alle stesse.

co.3 - I documenti di pianificazione regionale hanno sviluppato molteplici progettualità articolando il territorio regionale in tre bacini così denominati:

- **l'area vasta giuliano isontina** corrispondente ai territori delle sopresse Aziende per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina" e n. 2 "Isontina";
- **l'area vasta udinese** corrispondente ai territori delle sopresse Aziende per i Servizi Sanitari n. 3 "Alto Friuli", n. 4 "Medio Friuli" e n. 5 "Bassa Friulana";
- **l'area vasta pordenonese** corrispondente al territorio della soppressa Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale";

nel nuovo assetto istituzionale previsto dalla presente legge le tre Aziende Ospedaliere insistono sui territori delle aree vaste, mentre l'ARUSS, coincidendo con l'intero territorio regionale, prevede una sua articolazione interna sulle tre aree vaste.

co.4 - Le Aziende sanitarie regionali, nella nuova configurazione territoriale, possono autonomamente sviluppare al loro interno processi di accentramento della gestione sanitaria (farmaceutica, laboratoristica, controlli di qualità, risk management) e della gestione non caratteristica (logistica ed edilizia,

approvvigionamenti, servizi amministrativi e di supporto) e processi di specializzazione produttiva, differenziando le vocazioni di specialità omologhe, evitando duplicazioni.

co.5 - La nuova dimensione aziendale prevede, al tempo stesso, lo sviluppo di processi di miglior governo aziendale tramite la delega di responsabilità, il decentramento decisionale coordinato e il controllo direzionale sistematico.

14 – Direttore amministrativo

co.1 - Il Direttore amministrativo fa parte della Direzione strategica, concorrendo al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa. Il relativo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno.

co.2 - Il Direttore amministrativo è responsabile della vigilanza sulla legittimità degli atti amministrativi dell'Azienda e della predisposizione degli atti di esclusiva competenza del Direttore generale. Formula, altresì, proposte e pareri obbligatori e facoltativi al Direttore generale sulle materie individuate dall'Atto aziendale.

co.3 - Il Direttore amministrativo coordina le Strutture amministrative ai fini dell'integrazione delle stesse e dell'uniformità dei processi di gestione delle procedure e fornisce il necessario supporto giuridico, economico e tecnico ai fini dell'assunzione degli atti di competenza dei dirigenti.

co.4 - Egli coadiuva il Direttore generale nella determinazione e assegnazione dei budget ai responsabili delle Strutture, fermo restando che i Responsabili delle stesse rispondono dei budget loro assegnati.

co.5 - Il direttore amministrativo cessa dall'incarico entro i tre mesi successivi alla nomina del nuovo direttore generale e può essere riconfermato.

co.6 - Per tutto quanto non previsto si fa rinvio alle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.e.i.

Art. 15 – Direttore sanitario

co.1 - Il Direttore sanitario fa parte della Direzione strategica, concorrendo al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa. Il relativo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore ad un anno.

co.2 - Il Direttore sanitario è responsabile del governo clinico complessivo aziendale inteso come insieme organizzato delle attività volte ad assicurare la

qualità clinica delle prestazioni erogate, nonché il loro costante miglioramento.

co.3 - Egli è altresì responsabile della direzione ai fini organizzativi ed igienico-sanitari delle strutture sanitarie, assicurando il coordinamento e l'integrazione delle Strutture operative dell'Azienda, nonché promuovendo la valorizzazione delle professioni sanitarie, lo sviluppo della loro autonomia e responsabilizzazione, in coerenza con i principi disposti dalla legislazione statale e regionale di riferimento. Per l'assolvimento delle predette funzioni egli dirige le Strutture sanitarie necessarie a fornirgli il supporto tecnico e si avvale dei dirigenti sanitari dei presidi ospedalieri di cui all'articolo 25.

co.4 - Il Direttore sanitario coadiuva il Direttore generale nella determinazione delle politiche aziendali finalizzate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, all'appropriatezza delle stesse, alla qualità dei servizi ed all'accesso alle prestazioni. Formula, altresì proposte e pareri obbligatori e facoltativi al Direttore generale sulla materie di propria competenza e lo coadiuva nella determinazione e assegnazione dei budget ai Responsabili delle strutture sanitarie.

co.5 - Egli è, altresì, responsabile del controllo dei "budget di attività" inerenti alle Strutture sanitarie, fermo restando che i responsabili delle stesse rispondono, in piena autonomia, delle attività prestate e dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi e risorse assegnati dal Direttore generale.

co.6 - Il direttore sanitario cessa dall'incarico entro i tre mesi successivi alla nomina del nuovo direttore generale e può essere riconfermato.

co.7 - Per tutto quanto non previsto si fa rinvio alle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.e.i.

Art. 16 – Consiglio dei sanitari

co.1 - Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo e svolge le funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ad esso attribuite dalla normativa statale e regionale in materia. E' presieduto dal Direttore sanitario.

co.2 - Il Direttore generale richiede il parere obbligatorio del Consiglio dei sanitari sui principali atti di programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari e sui correlati principali investimenti e piani di assegnazione delle risorse relative ai servizi sanitari, quali:

- a) la programmazione pluriennale e annuale aziendale, con particolare riferimento alla programmazione di acquisto delle attrezzature tecniche e scientifiche di rilievo sanitario nonché sugli obiettivi della formazione del personale;
- b) istituzione, soppressione o modificazione di strutture dell'Azienda;
- c) provvedimenti sulle dotazioni organiche e di regolamentazione dell'organizzazione dei servizi sanitari;
- d) provvedimenti di disciplina delle prestazioni mediche e di fissazione delle relative tariffe;
- e) trasferimento e/o sistemazioni logistiche, con eventuali investimenti, di strutture aziendali.

Il parere del Consiglio dei sanitari è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine di venti giorni dalla richiesta.

co.3 - L'Azienda disciplina l'organizzazione ed il funzionamento del Consiglio dei sanitari.

Art. 17 – Collegio di direzione

co.1 - Il Collegio di direzione coadiuva la Direzione strategica nell'assunzione delle decisioni gestionali e collabora all'elaborazione ed attuazione degli indirizzi della programmazione aziendale e al governo clinico dell'Azienda.

co.2 - La composizione del Collegio di direzione è disciplinata nell'atto aziendale di cui all'art. 3 comma 1bis del dlgs n. 502/1992 e s.m.e.i.

co.3 - Al Collegio di direzione competono specifiche attribuzioni in ordine alle seguenti materie:

- a) programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie, tramite proposizione di obiettivi aziendali, individuazione e successivamente valutazione delle attività che in ambito aziendale possono rivestire valenza strategica;
- b) programmazione e valutazione delle attività che richiedono la partecipazione all'integrazione di aree di diversa appartenenza allo scopo di garantire servizi integrati funzionali alle scelte strategiche aziendali;
- c) formulazione degli aspetti organizzativi in materia di funzionamento dei servizi e sviluppo delle tecnologie;
- d) formulazione di programmi di formazione per il personale diretti sia all'acquisizione di nuove tecniche assistenziali e/o cliniche, sia all'acquisizione di metodi e strumenti gestionali in tema di sistemi di programmazione, controllo e valutazione;
- e) formulazione di ipotesi organizzative per l'esercizio dell'attività libero-professionale, a tal fine valuta la congruità dei volumi di prestazione in libera professione in relazione alle attività istituzionali e individua, suggerendo alla Direzione aziendale, spazi e/o locali per l'espletamento dell'attività libero-professionale allo scopo di assicurare il regolare e ottimale svolgimento della medesima;
- f) individuazione dei componenti delle Commissioni esaminatrici di concorso nei casi previsti dalla normativa concorsuale.

Art. 18 – Organismo indipendente di valutazione e collegi tecnici

co.1 - Sono organismi di verifica delle aziende ed enti del SSR:

- a) l'Organismo indipendente di valutazione;
- b) i Collegi tecnici.

co.2 - Ogni azienda ed ente del SSR, singolarmente o in forma associata, si dota dell'organismo di cui al comma 1 lettera a) in sostituzione del nucleo di valutazione, che esercita, in piena autonomia, le attività di cui al comma 5.

co.3 - L'organismo indipendente di valutazione e' nominato dal direttore generale, per un periodo di tre anni, con possibilità di rinnovo per una sola volta. L'organismo indipendente di valutazione e' costituito da un organo monocratico ovvero collegiale composto da tre componenti dotati di elevata professionalità ed esperienza maturata nel campo del management, della valutazione della prestazione e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche.

co. 4 - I componenti dell'Organismo indipendente di valutazione delle aziende ed enti del SSR non possono essere nominati tra soggetti che rivestano incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuto simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione.

co.5 - L'Organismo indipendente di valutazione:

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità' dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- b) comunica tempestivamente le criticità al direttore generale;
- c) valida la relazione a consuntivo sui risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse assegnate;
- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi incentivanti, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità';
- e) propone al direttore generale, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione a essi della retribuzione di risultato, qualora prevista;
- f) e' responsabile della corretta applicazione del sistema di valutazione;
- g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità' di cui alle vigenti disposizioni.

co.6 - Nell'attività di valutazione dei dirigenti, in particolare, procede alla verifica e valutazione annuale:

- dei risultati di gestione del dirigente di Struttura Complessa ed anche di Struttura Semplice;
- dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

co.7 - La composizione, le modalità di funzionamento e la durata, dell'Organismo Indipendente di valutazione sono disciplinati da specifico regolamento dell'Azienda.

co.8 - Gli organismi di cui al comma 1 lettera b) provvedono alla verifica e valutazione:

- di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte e ai risultati raggiunti;
- di tutti i dirigenti di prima assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
- dei dirigenti medici e veterinari e dei dirigenti biologi, fisici, chimici, psicologi, farmacisti con esperienza ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

co.9 - La composizione, le modalità di funzionamento e la durata dei Collegi Tecnici sono disciplinati da specifico regolamento dell'Azienda.

Capo II – Organizzazione dell'ARUSS

Art. 19 – Direzione strategica e strutture operative

co.1 - L'ARUSS, così come definita all'art. 8 co. 2 della presente legge, **si articola in Direzione Strategica e Strutture Operative**, che sono **i Distretti, il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento delle Dipendenze**. Le Strutture Operative operano in **stretta integrazione** tra loro.

Ai fini della continuità assistenziale, l'ARUSS, sulla base degli accordi di cui all'art. 8 comma 3 **si integra** con i servizi resi dai soggetti erogatori pubblici e privati.

co.2 - La **Direzione Strategica** dell'ARUSS si compone del **Direttore Generale**, del **Direttore Amministrativo** e del **Direttore Sanitario**, di cui rispettivamente agli articoli 11, 14 e 15 della presente legge, del **Coordinatore Sociosanitario**, di cui al successivo comma 3, nel caso in cui l'ARUSS assuma la gestione di attività e servizi socio-assistenziali ai sensi dell'articolo 3 comma 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché delle **strutture di supporto direzionale**. Queste comprendono lo staff della Direzione strategica, per le funzioni di programmazione e controllo direzionale e le strutture relative alle funzioni proprie della Direzione amministrativa e della Direzione sanitaria che possono essere organizzate anche in forma dipartimentale.

co.3 - Il Coordinatore Sociosanitario preposto alla direzione e al coordinamento delle attività sociosanitarie e sociali di competenza dell'ARUSS, è nominato dal Direttore Generale. L'incarico è attribuito a soggetti che siano in possesso di diploma di laurea in discipline attinenti alle funzioni da svolgere, che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sociale, sociosanitario o sanitario o che abbiano già ricoperto l'incarico. Il relativo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico, comunque non inferiore a un anno. Il trattamento economico è determinato dalla Giunta regionale. In ogni caso egli cessa dall'incarico entro i tre mesi successivi alla nomina del nuovo direttore generale e può essere riconfermato.

co.4 - L'ARUSS persegue la **massima centralizzazione** delle funzioni relative alla gestione non caratteristica, nonché delle funzioni sanitarie laddove possibile. L'ARUSS adotta una strutturazione organizzativa tale da consentire un **decentramento di responsabilità** commisurato alla complessità aziendale.

Art. 20 – Distretto

co.1 - Il Distretto è la struttura operativa dell'Azienda preposta a tutelare la salute dei cittadini, a valutare i bisogni e orientare la domanda garantendo la continuità assistenziale, indipendentemente dai diversi luoghi di trattamento aziendali o extra aziendali.

Esso costituisce il riferimento per gli Enti Locali, le Associazioni di tutela dei diritti e le Organizzazioni di volontariato.

co.2 – L'ambito territoriale del Distretto è definito secondo i seguenti criteri:

- a) corrispondenza dell'area distrettuale ad una popolazione superiore a 100.000 abitanti;
- b) coincidenza dell'area distrettuale con quella di più circoscrizioni comunali comunque superiori a 100.000 abitanti.

E' consentita deroga al numero minimo di abitanti in particolari situazioni identificabili in realtà montane con particolare dispersione della popolazione ed in relazione ad altre eccezionali e motivate esigenze.

Il Direttore Generale dell'ARUSS provvede alla individuazione dei Distretti secondo quanto previsto dall'articolo 28 comma 2 della presente legge e fermo restando che il territorio degli stessi deve essere coincidente o multiplo del territorio di uno o più ambiti del Servizio Sociale dei Comuni.

Fermo restando quanto previsto all'articolo 4, nei primi tre anni di attuazione della presente legge è sospesa la corrispondenza territoriale fra Distretto e ambito territoriale del Servizio Sociale dei Comuni.

co.3 - Il Distretto svolge le seguenti funzioni:

- a) valuta i bisogni sanitari e sociali della comunità e programma le attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, identificando le caratteristiche quantitative e qualitative dell'offerta di servizi necessaria a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento;
- b) costituisce punto di accesso ai servizi dell'ARUSS e garantisce la presa in carico e la continuità assistenziale sia mediante la produzione diretta dei

servizi e delle prestazioni, sia attraverso la committenza degli stessi ad altri soggetti pubblici e privati;

- c) assicura l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, anche predisponendo per gli stessi ambulatori a gestione associata nelle sedi distrettuali
- d) gestisce i rapporti con i medici di medicina generale e di continuità assistenziale, i pediatri di libera scelta e le farmacie esterne, ai fini del coinvolgimento e dell'inserimento dei suddetti professionisti nell'organizzazione complessiva dell'offerta distrettuale;
- e) definisce il fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali complessive e da erogarsi in sede distrettuale, di ricovero ospedaliero, di ospitalità residenziale e semiresidenziale. A tal fine supporta la Direzione Generale nella sua funzione di committenza, in modo tale che negli accordi contrattuali con gli erogatori siano definiti protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione. Vanno inoltre programmate e formalizzate congiuntamente le presenze di operatori ospedalieri in sede distrettuale e viceversa;
- f) organizza l'erogazione dei servizi direttamente gestiti, ivi compresa l'attività di neuropsichiatria;
- g) assicura l'assistenza farmaceutica e l'assistenza protesica;
- h) realizza programmi e iniziative di prevenzione primaria e promozione di stili di vita salutari concordati con il Dipartimento di Prevenzione di cui al successivo articolo;
- i) coordina le attività svolte dagli operatori dei Dipartimenti di cui agli articoli 21, 22 e 23, posti in disponibilità funzionale al Distretto.

co.4 - Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione, di cui risponde al Direttore Generale. È nominato dal Direttore Generale dell'ARUSS previo parere dell'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale.

Il Direttore del Distretto è responsabile dell'elaborazione del Piano delle Attività Territoriali di cui all'art. 7 della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23 e rappresenta l'ARUSS nel procedimento di elaborazione del Piano di Zona di cui all'art. 24 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6.

Il Direttore del Distretto rappresenta la Direzione Generale dell'ARUSS nei rapporti con i sindaci dei Comuni del territorio di riferimento e con le strutture esterne.

Nella definizione delle modalità di attuazione delle politiche distrettuali, il Direttore di Distretto è supportato dall'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD).

co. 5 – Il Distretto è articolato in due strutture operative riferite a:

- Area materno infantile e dell'età evolutiva
- Area adulti-anziani

La struttura operativa d'Area materno infantile e dell'età evolutiva garantisce la tutela della salute dell'infanzia-adolescenza, della donna e della famiglia, ponendo in stretta continuità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta, quella di educazione e di prevenzione in età evolutiva, i Consultori familiari e l'Equipe

multidisciplinare per l'Handicap, le attività di riabilitazione, specialistiche e di neuropsichiatria infantile.

La Struttura operativa d'Area adulti-anziani garantisce l'assistenza primaria e la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, la valutazione multidimensionale e la presa in carico dell'utenza disabile adulta e non autosufficiente. Organizza l'assistenza infermieristica riabilitativa a livello domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, garantendo il raccordo con i medici di medicina generale, i servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali.

co.6 - L'Assemblea dei sindaci di Distretto, di cui all'articolo 12 lettera c), è organo rappresentativo dei Comuni e svolge le funzioni previste dall'art. 20 della legge regionale 31 marzo 2006, n.6 .

co. 7 – Il Direttore Generale dell'ARUSS definisce nell'atto aziendale le modalità di integrazione fra i Distretti e le altre Strutture operative dell'Azienda, di cui ai successivi articoli 21, 22 e 23.

Art. 21 – Dipartimento di prevenzione

co.1 - Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa dell'Azienda Regionale Unica per i servizi sanitari preposta a garantire la prevenzione e la tutela della salute collettiva svolgendo le attività di prevenzione previste dall'art. 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, come sostituito dall'art. 8 del decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517 e integrato dagli artt. 7bis, 7 ter e 7 quater del decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229.

Il Dipartimento di Prevenzione persegue la **promozione della salute** e la prevenzione delle malattie e delle disabilità controllando e agendo sui fattori di rischio di origine ambientale, umana e animale.

Esso favorisce altresì il contributo di altre istituzioni e soggetti quali associazioni e organizzazioni interessate al raggiungimento di obiettivi comuni di prevenzione.

co. 2 Il Dipartimento di Prevenzione è caratterizzato da autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e responsabilità.

Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti delle strutture complesse ed è responsabile della gestione delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi quantitativi e qualitativi assegnategli.

La responsabilità delle attività infermieristiche e dei tecnici della prevenzione sono affidate al responsabile delle professioni tecniche della prevenzione.

co. 3 L'assetto organizzativo del Dipartimento deve prevedere le seguenti funzioni:

- a) igiene e sanità pubblica, comprendente la profilassi delle malattie infettive e parassitarie, la tutela della collettività dai rischi sanitari connessi

- all'inquinamento ambientale e la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita;
- b) igiene degli alimenti e nutrizione;
 - c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
 - d) sanità pubblica veterinaria, articolata in sanità animale, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e la tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
 - e) medicina legale e necroscopica.

co. 4 L'organizzazione delle funzioni di cui al comma 3 è articolata in corrispondenza di ciascuna area vasta di cui all'art.13 comma 3 ed è prioritariamente orientata in coerenza con l'obiettivo di garantire la massima **distrettualizzazione** possibile delle attività riferite alla persona e alla comunità. Gli operatori del Dipartimento di prevenzione sono posti in disponibilità funzionale al Distretto in modo tale da costituire un **riferimento unitario al cittadino** e ottenere **sinergie professionali, operative e logistiche**.

Art. 22 – Dipartimento di salute mentale

co.1 - La promozione e la tutela della salute mentale della popolazione comprende attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale, delle disabilità psicofisiche. Essa deve assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione tra i diversi ambiti di attività territoriali a valenza distrettuale, ospedaliera e di riabilitazione residenziale e semiresidenziale.

co. 2 Il Dipartimento di Salute Mentale è caratterizzato da autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e responsabilità.

Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti delle strutture complesse ed è responsabile della gestione delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi quantitativi e qualitativi assegnategli.

La responsabilità delle attività infermieristiche e dei tecnici della prevenzione sono affidate al responsabile delle professioni tecniche della salute mentale.

co. 3 L'assetto organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale si articola in:

- a) **Centro di Salute Mentale**, unità operativa presente in ciascun distretto, comprensivo delle attività di riabilitazione residenziale e semiresidenziale;
- b) **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura ospedaliero**, ove previsto dalla programmazione aziendale.

Per la gestione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura Ospedalieri l'ARUSS stipula apposite convenzioni con le Aziende Ospedaliere.

co. 4 L'organizzazione delle funzioni di cui al comma 3 è articolata in corrispondenza di ciascuna area vasta di cui all'art. 13 comma 3. La presenza dei servizi e l'erogazione delle prestazioni è garantita a livello distrettuale.

Art. 23 Dipartimento delle dipendenze

co. 1 Il Dipartimento delle Dipendenze è la struttura operativa dell'Azienda Regionale Unica preposta alla prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze psicoattive e dei comportamenti additivi e comprende le attività di riabilitazione residenziale e delle comunità terapeutiche.

co. 2 Il Dipartimento delle Dipendenze è caratterizzato da autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e responsabilità.

Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti delle strutture complesse ed è responsabile della gestione delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi quantitativi e qualitativi assegnategli.

La responsabilità delle attività infermieristiche e dei tecnici della prevenzione sono affidate al responsabile delle professioni tecniche delle dipendenze.

co. 3 L'assetto organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze, che realizza le funzioni di cui al comma 1, prevede una unità operativa in corrispondenza di ciascuna area vasta di cui all'art. 13 comma 3 ed è prioritariamente orientato in coerenza con l'obiettivo di garantire la massima **distrettualizzazione** possibile delle attività riferite alla persona e alla comunità. Gli operatori del Dipartimento delle Dipendenze sono posti in disponibilità funzionale al Distretto in modo tale da costituire un **riferimento unitario al cittadino** e ottenere **sinergie professionali, operative e logistiche**.

Capo III – Organizzazione delle Aziende Ospedaliere

Art. 24 – Direzione strategica e strutture operative

co.1 - L'Azienda Ospedaliera, ancorchè universitaria, così come definita all'art. 9 comma 5 della presente legge, **gestisce una rete di ospedali funzionalmente integrati. Si articola in Direzione Strategica, Presidi Ospedalieri e Stabilimenti Ospedalieri e si organizza per Dipartimenti.**

Ai fini della continuità assistenziale l'Azienda Ospedaliera, sulla base degli accordi di cui all'art. 8 comma 3, **si integra** con i servizi distrettuali dell'ARUSS .

co.2 - La **Direzione Strategica** dell'Azienda Ospedaliera si compone del **Direttore Generale**, del **Direttore Amministrativo** e del **Direttore Sanitario**, di cui rispettivamente agli articoli 11, 14 e 15 della presente legge, nonché delle **strutture di supporto direzionale**. Queste comprendono lo staff della Direzione strategica, per le funzioni di programmazione e controllo direzionale e le strutture relative alle funzioni proprie della Direzione amministrativa e della Direzione sanitaria che possono essere organizzate anche in forma dipartimentale.

co.3 – L'Azienda Ospedaliera, operativa sull'intero bacino di area vasta, persegue la **massima centralizzazione** delle funzioni sanitarie e della gestione non caratteristica.

L'Azienda Ospedaliera adotta una strutturazione organizzativa tale da consentire un **decentramento di responsabilità** commisurato alla complessità aziendale.

Articolo 25 - Presidi e Stabilimenti delle Aziende Ospedaliere

co.1 - Il Presidio Ospedaliero è il complesso unitario delle dotazioni strutturali e strumentali organizzate per lo svolgimento di attività omogenee e per l'erogazione delle relative prestazioni. Un Presidio si articola in più Stabilimenti Ospedalieri.

co.2 - Il Presidio Ospedaliero prevede un **Dirigente Medico** e un **Dirigente Amministrativo**, è dotato di autonomia gestionale ed economico-finanziaria, nei limiti delle risorse assegnate ed è soggetto a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale; il Dirigente Medico e il Dirigente Amministrativo di Presidio partecipano di diritto al Collegio di Direzione.

co.3 – La rete ospedaliera regionale prevede per le tre Aziende i seguenti **Presidi e Stabilimenti**:

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine si articola in:

- Presidio ospedaliero di Udine, con gli Stabilimenti di "Santa Maria della Misericordia" di Udine, "Istituto di medicina fisica e di riabilitazione "Gervasutta" di Udine e Cividale;
- Presidio ospedaliero dell'Alto Friuli, con gli Stabilimenti di S. Daniele, Tolmezzo e Gemona;
- Presidio della Bassa Friulana, con gli Stabilimenti di Palmanova e Latisana.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste si articola in:

- Presidio ospedaliero "Ospedali Riuniti" di Trieste, con gli Stabilimenti "Maggiore" e "Cattinara";
- Presidio ospedaliero isontino con gli Stabilimenti di Gorizia e Monfalcone.

L'Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone si articola in:

- Presidio ospedaliero "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, con gli Stabilimenti di "Santa Maria degli Angeli" e di Sacile;
- Presidio ospedaliero del pordenonese con gli Stabilimenti di San Vito, Spilimbergo e Maniago.

co.4 - Le dotazioni dei singoli Stabilimenti devono essere correlate a parametri di attività e funzionalità. Ove non raggiunti è possibile derogare alle dotazioni minime fissate dall'art. 7 co. 1 della legge regionale 27 febbraio 1995, n. 13. L'art. 20 della leggi regionali 30 agosto 1994, n. 12 è abrogato.

Art. 26 - Dipartimenti ospedalieri

co.1 - Ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e dell'art. 10 della legge regionale 27 febbraio 1995, n. 13, l'ospedale si articola obbligatoriamente in Dipartimenti. L'atto Aziendale individua i Dipartimenti e le strutture organizzative afferenti sulla base dei principi e criteri definiti dalla Giunta regionale.

co.2 - I Dipartimenti si distinguono in:

- Strutturali o Funzionali
- Intra stabilimento ospedaliero o inter stabilimenti ospedalieri

Per Dipartimento strutturale verticale si intende la struttura istituita per garantire la messa in comune delle risorse umane, tecnologiche e strutturali ed ha budget proprio.

Per Dipartimento funzionale orizzontale si intende la struttura istituita per garantire i percorsi assistenziali integrati e le procedure operative omogenee. Il Dipartimento funzionale è privo di budget.

Per Dipartimento intra stabilimento ospedaliero si intende la struttura dipartimentale costituita da più reparti dello stesso stabilimento ospedaliero e può essere, a sua volta, strutturale o funzionale.

Per Dipartimento inter stabilimento ospedaliero si intende la struttura dipartimentale costituita da più reparti di diversi stabilimenti ospedalieri, appartenenti allo stesso Presidio o anche a più Presidi ospedalieri e può essere, a sua volta, strutturale o funzionale.

Considerate le caratteristiche delle Aziende Ospedaliere disciplinate dalla presente legge, il Dipartimento strutturale inter stabilimento, costituisce la forma organizzativa prevalente di Dipartimenti.

co.3 - I Dipartimenti possono essere individuati secondo diversi criteri di aggregazione delle strutture operative:

- per organo o apparato nosologico, ove raggruppano unità operative per garantire un intervento multidisciplinare in relazione alla categoria nosologica o all'organo oggetto di patologia, al fine di coordinare il momento diagnostico-medico con quello interventistico chirurgico;
- per aree specialistiche, ove raggruppano unità operative che sviluppano attività simili, sia per garantire una migliore distribuzione dei casi mix produttivi che per la condivisione di buone pratiche;
- per momento di intervento sanitario, ove raggruppano unità operative per garantire una risposta coordinata, appropriata e strutturata per la gestione di specifiche fasi del trattamento sanitario;
- per aree omogenee, ove raggruppano unità operative necessariamente complementari al fine di assicurare un intervento sanitario integrato.

co.4 - Ogni Dipartimento è retto da un Direttore a cui sono attribuite le competenze previste dalle norme vigenti. Il Direttore è responsabile dei risultati complessivi del dipartimento, assume la funzione di datore di lavoro se delegato dal Direttore Generale ed è responsabile del governo clinico.

Per ogni Dipartimento è istituito il Comitato di Dipartimento di cui all'art. 17-bis del D.Lgs. 502/92 che partecipa alla programmazione, realizzazione, monitoraggio e verifica delle attività dipartimentali, attraverso il pieno coinvolgimento delle Professioni Sanitarie. Le competenze e le funzioni del Comitato di Dipartimento sono disciplinate nell'Atto Aziendale.

TITOLO IV – Norme transitorie e finali

Art. 27 – Commissari straordinari

co.1 Dal **1 luglio 2012** sono commissariati i seguenti enti del Servizio Sanitario con contestuale decadenza dall'incarico dei Direttori Generali:

- Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 "Isontina";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 3 "Alto Friuli";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 5 "Bassa Friulana";
- Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale";
- Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste";
- Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine.

co.2 - A decorrere dalla data indicata al comma 1, tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza degli enti ivi indicati, sono svolti da un Commissario Straordinario per ciascun ente. Al Commissario Straordinario si applica la disciplina giuridica, economica e previdenziale prevista per gli organi di vertice degli enti del Servizio Sanitario Regionale. Alla data indicata al comma 1, i Direttori Generali decadono dall'incarico ed assumono contestualmente l'incarico di Commissario Straordinario.

co.3 - I Commissari Straordinari, nell'esercizio delle loro funzioni, sono coadiuvati dai Direttori Amministrativi e Sanitari, nonché dai coordinatori socio sanitari degli enti del Servizio Sanitario Regionale di cui al comma 1, in carica alla data del commissariamento. I Commissari straordinari attribuiscono al Direttore Amministrativo o a quello Sanitario dell'Azienda Commissariata le funzioni sostitutorie in caso di assenza o impedimento. Tutti gli incarichi la cui durata è connessa alla carica di Direttore Generale, proseguono fino al termine del Commissariamento.

co.4 - Lo svolgimento delle funzioni di Commissario Straordinario o di sostituto commissario straordinario non comporta compensi aggiuntivi.

co.5 - Ai Commissari Straordinari, oltre alle funzioni di Direttore Generale, sono affidate le funzioni preparatorie e di adozione degli atti formali necessari per l'attuazione della nuova organizzazione degli enti del Servizio Sanitario Regionale. I Commissari Straordinari effettuano altresì la ricognizione dei beni mobili ed immobili che vengono acquisiti a titolo gratuito, nel patrimonio delle Aziende di destinazione a decorrere dalla data indicata al comma 1. In attuazione dell'articolo 5 del D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 (Riordino della Disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421), costituisce titolo per la trascrizione nei pubblici registri mobiliari e immobiliari il decreto del Presidente della Regione, da adottarsi previa deliberazione della Giunta Regionale, di recepimento degli atti ricognitivi dei beni mobili ed immobili adottati dai Commissari Straordinari. A decorrere dalla data indicata al comma 1 i beni oggetto del trasferimento sono collocati nel patrimonio indisponibile delle Aziende di destinazione.

co.6 - I Commissari Straordinari provvedono d'intesa ove necessario a definire forfettariamente i rapporti di debito e credito inerenti alle spese di manutenzione, nonché alla regolazione degli eventuali rapporti obbligatori, giuridici ed economici, in corso alla data del trasferimento dei beni, e all'eventuale assegnazione in uso di parte degli immobili a titolo oneroso e non oneroso.

co.7 - Con successivo provvedimento verranno fornite ulteriori indicazioni per l'attuazione dei compiti assegnati ai Commissari Straordinari.

co.8 - A decorrere dalla data indicata all'articolo 8 comma 1 cessa il Commissariamento degli enti indicati al comma 1 con contestuale soppressione dei medesimi enti e decadenza dagli incarichi dei commissari straordinari, dei direttori amministrativi e sanitari, dei coordinatori socio-sanitari, degli ulteriori incarichi indicati al comma 3, dei Collegi Sindacali, nonché degli ulteriori organi e organismi degli enti soppressi.

co.9 - La Direzione Centrale Salute integrazione socio-sanitaria e politiche sociali per l'attuazione di quanto previsto dalle disposizioni della presente legge emana, ove necessario, apposite direttive.

co.10 - A decorrere dal 1 luglio 2012, gli enti di cui al comma 1 possono compiere solo atti di ordinaria amministrazione.

Art. 28 – Direttore Generale ARUSS

co.1 - A decorrere dal **1 luglio 2012** con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta Regionale, è nominato il Direttore Generale dell'ARUSS che assume la legale rappresentanza dell'Azienda medesima a decorrere dal **1 gennaio 2013**.

co.2 - Nel periodo intercorrente tra la data di nomina ed il 1 gennaio 2013, il Direttore Generale dell'ARUSS:

- Collabora con i Commissari Straordinari per gli adempimenti di cui all'articolo 27;

- Predisporre la proposta di Atto Aziendale da adottarsi entro e non oltre il **31 marzo 2013**;
- Definisce la dotazione organica complessiva;
- Definisce l'organigramma provvisorio con la previsione delle strutture minime per consentire l'operatività della nuova Azienda;
- Attribuisce provvisoriamente gli incarichi dirigenziali sulla base del criterio della valutazione dei maggiori titoli acquisiti dal Dirigente interessato nella funzione;
- Definisce gli altri Regolamenti Aziendali;
- Avvia la negoziazione sul nuovo contratto integrativo aziendale;
- Formula la proposta di distrettualizzazione **entro e non oltre il 31 marzo 2013**;
- Formula la proposta di Piano Aziendale **e del bilancio di previsione per l'esercizio 2013 da adottarsi entro e non oltre il 31 gennaio 2013**.

Art. 29 – Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere

co.1 - Sulla base delle disposizioni date dalla Giunta regionale nei primi sei mesi il Direttore Generale di ciascuna A.O.:

- Predisporre la proposta di Piano Aziendale **e del bilancio di previsione per l'esercizio 2013 (da adottarsi entro e non oltre il 31 gennaio 2013)**;
- Predisporre la proposta di Atto Aziendale da adottarsi entro e non oltre il **30 giugno 2013**;
- Definisce la dotazione organica complessiva;
- Definisce l'organigramma provvisorio con la previsione delle strutture minime per consentire l'operatività della nuova Azienda;
- Attribuisce provvisoriamente gli incarichi dirigenziali sulla base del criterio della valutazione dei maggiori titoli acquisiti dal Dirigente interessato nella funzione;
- Definisce gli altri Regolamenti Aziendali;
- Avvia la negoziazione sul nuovo contratto integrativo aziendale.

Art. 30 – Gestione liquidatoria

co.1 - A decorrere dal 1 gennaio 2013 il Direttore Generale ed il Direttore Amministrativo dell'ARUSS assumono, rispettivamente, anche le funzioni di Commissario liquidatore e Vice Commissario liquidatore delle sei aziende di cui al comma precedente, con il compito di provvedere alla chiusura della gestione pregressa.

co.2 - Lo svolgimento delle funzioni di Commissario Liquidatore e di Vice-Commissario liquidatore non dà luogo alla corresponsione di compensi aggiuntivi.

co.3 - Il Commissario Liquidatore adotta, entro il 30 aprile 2013 ed entro il 30 aprile 2014, rispettivamente i bilanci di esercizio ed i bilanci di liquidazione delle

Aziende soppresse.

co.4 - Dal 1 gennaio 2014 l'ARUSS succede alla gestione liquidatoria per le eventuali poste ancora pendenti.

co.5 - I Collegi Sindacali delle aziende soppresse ai sensi del comma 1, restano in carica per l'assolvimento dei compiti di cui all'art. 3 ter comma 1 del D.lgs. 502/92.

Art. 31 – Rapporti di lavoro

co.1 - A decorrere dalla data indicata dall'articolo 8 comma 1, il trasferimento dei rapporti di lavoro degli enti soppressi avviene nel rispetto di quanto previsto dall'art. 31 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

co.2 - Ad eccezione di quanto previsto dall'art. 29, tutti gli incarichi dirigenziali, di posizione organizzativa e di coordinamento in essere alla data del 31 dicembre 2012 cessano alla medesima data e sono prorogati sino al conferimento dei nuovi incarichi professionali, di posizione organizzativa, di coordinamento e dei nuovi incarichi relativi alle strutture di cui al nuovo Atto Aziendale dell'ARUSS, da adottarsi nei termini previsti all'articolo 29.

co.3 - Con successivo atto saranno disciplinati i criteri per l'individuazione del personale da trasferire all'ARUSS di cui all'articolo 8 e alle Aziende Ospedaliero-Universitarie di cui all'articolo 9.

Art. 32 - Norme finali e transitorie

Prevedere:

- deroga alla 49 per il bilancio preventivo 2013;
- a decorrere dal 1 gennaio 2013 cessano gli organi e gli organismi aziendali delle soppresse aziende per i servizi sanitari, fatto salvo quanto previsto dal comma 5 art. 31.
- Superamento del limite di dotazione previsto dall'art. 7 della 13/1995
- Superamento dell'autonomia di ciascun ospedale previsto dall'art. 20 della 12/1994
- Abrogazione articolo 20 L.R. 12/94
- Abrogazione comma 10 bis art. 14 l.r. 12/1994