

Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.

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 trenta 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; qualora detto ambito abbia una popolazione superiore a 200.000 abitanti, il territorio di competenza del distretto potrà costituirne frazione.

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 e 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 socio-sanitaria);

c) esercitano le funzioni di cui all'articolo 2, comma 5, del decreto legislativo 171/2016;

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 e dal direttore dei servizi sociosanitari;

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. 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.

3. Il direttore dei servizi sociosanitari tiene costantemente i rapporti con la Conferenza dei sindaci.

4. Il direttore dei servizi sociosanitari, nominato previo parere della 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.

5. Gli incarichi di direttore generale, amministrativo, sanitario e dei servizi sociosanitari sono conferiti ai sensi del decreto legislativo 171/2016.

Art. 9

(Strutture aziendali)(1)

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 è organizzata secondo il modello "hub and 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. Le sedi ospedaliere, articolazioni dei presidi, sono dotate di autonomia organizzativa, gestionale e contabile, con proprio dirigente medico di sede ospedaliera, e sono organizzate in centri di costo e di responsabilità, nell'ambito di quanto stabilito nell'atto aziendale. Nel caso di presidio ospedaliero con più sedi ospedaliere, il dirigente medico di presidio svolge anche le funzioni e i compiti di dirigente medico di una sede ospedaliera.

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.

Note:

1 Vedi anche quanto disposto dall'art. 26, comma 8, L. R. 22/2019

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 e 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 e al migliore utilizzo delle risorse professionali e logistiche dell'azienda.

Art. 11

(Assetto degli enti del Servizio sanitario regionale)

1. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, con sede legale a Udine, dall'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, con la medesima decorrenza di cui ai commi 4 e 6, viene denominata "Azienda sanitaria Friuli Occidentale".

4. L'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, con sede legale a Trieste, dalla data della sua costituzione, che interverrà entro l'1 gennaio 2020, 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, dalle sedi ospedaliere 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, dalla data della sua costituzione, che interverrà entro l'1 gennaio 2020, 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, dalle sedi ospedaliere 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, comma 1, 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 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 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 17/2014;
- d)** l'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste di cui all'articolo 4, comma 2, della legge regionale 17/2014;
- e)** l'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine di cui all'articolo 4, comma 2, della legge regionale 17/2014.