

Legge regionale 12 dicembre 2019 , n. 22 - TESTO VIGENTE dal 01/01/2024

Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.

TITOLO II

LIVELLI DI ASSISTENZA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Capo I

Sistema salute

Art. 3

(Il modello assistenziale)

1. Il Servizio sanitario regionale orienta il suo modello assistenziale al perseguimento delle finalità enunciate all'articolo 2.

2. A tale scopo il Servizio sanitario regionale attiva modalità organizzative innovative di presa in carico, basate sulla proattività e sulla medicina di iniziativa in grado di integrare le forme di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale, sia ospedaliera che territoriali.

2 bis. Le modalità organizzative innovative di cui al comma 2 ricoprono un primario interesse pubblico in quanto volte alla tutela della salute delle persone, alla prevenzione delle malattie e alla ricerca dei più appropriati interventi di natura sanitaria e sociale. La disciplina del trattamento dei dati personali derivante dall'attivazione delle predette modalità organizzative è demandata a un successivo regolamento che individua i tipi di dati che possono essere trattati, le operazioni eseguibili, nonché le misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e le libertà dell'interessato, nel rispetto della disciplina vigente in materia di protezione dei dati personali.

(1)

Note:

1 Comma 2 bis aggiunto da art. 8, comma 10, L. R. 22/2020

Art. 4

(Integrazione e assistenza sociosanitaria)

1. Il sistema regionale dei servizi sanitari e quello dei servizi sociali concorrono congiuntamente, in forma strutturata, a garantire la risposta appropriata ai bisogni complessi di salute della persona, con superamento del modello di interazione basato sull'esercizio separato delle proprie competenze nell'ambito delle rispettive organizzazioni, nel riconoscimento dell'integrazione sociosanitaria quale formula organizzativa di produzione unitaria di salute e benessere.

2. Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3 septies del decreto legislativo 502/1992 e in coerenza con la disciplina statale in materia di livelli essenziali di assistenza di cui al capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), il sistema regionale dell'offerta assistenziale sociosanitaria è riqualficato secondo i principi e le disposizioni del presente capo.

3. La Regione garantisce percorsi assistenziali integrati alle persone con bisogni complessi attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per migliorare o mantenere il proprio stato di salute, con riguardo alle aree relative ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie, nonché alle persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, alle persone affette da patologie con indicazione di cure palliative, alle persone con disabilità, ai minori con disturbo in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, alle persone con disturbo mentale e alle persone con dipendenza patologica.

4. Per le finalità di cui al comma 3 la Regione sostiene la creazione di ambienti sostenibili e resilienti.

5. Le attività per l'assistenza sociosanitaria sono definite, per un percorso di graduale attuazione, preferibilmente nell'ambito delle linee annuali per la gestione del Servizio

sanitario regionale di cui all'articolo 50.

6. I percorsi assistenziali integrati sono orientati all'inclusione sociale al fine di garantire, su base di uguaglianza, la piena ed effettiva partecipazione nella società delle persone con bisogni complessi.

7. Ai fini del comma 6, i percorsi assistenziali integrati sono prioritariamente realizzati nei contesti naturali di vita delle persone sulla base di progetti personalizzati che, nel rispetto della libertà di scelta della persona e dell'orientamento della famiglia e della rete di supporto familiare, valorizzano le dimensioni della domiciliarità e dell'abitare inclusivo, anche per contenere gli esiti di istituzionalizzazione e di residenzialità in struttura.

8. Il fabbisogno regionale di strutture residenziali, semiresidenziali e di altre modalità di erogazione dei servizi è determinato per categorie di destinatari in relazione ai percorsi assistenziali integrati.

9. Al fine di garantire il massimo grado di personalizzazione della risposta ai bisogni della persona e all'inclusione sociale, l'organizzazione dei servizi dedicati è riorientata, entro i percorsi assistenziali integrati, verso modelli che integrano i determinanti di salute e benessere. Detti modelli valorizzano la natura relazionale, abilitante e capacitante dell'assistenza e, a tale fine, attivano, nella rete di cura e sostegno, le risorse familiari, solidali e comunitarie locali, con particolare riguardo alle realtà del Terzo settore, quali fattori produttivi di mantenimento e sviluppo della salute.

Art. 5

(Preso in carico integrata)

1. Alle persone con bisogni complessi individuate dall'articolo 4, comma 3, è garantita la presa in carico integrata da parte dei servizi sanitari e sociali competenti.

2. Le pratiche di presa in carico integrata sono uniformi sul territorio regionale e sono organizzate per area di bisogno e con riguardo alle diverse fasi del processo di presa in carico, in particolare considerando i seguenti aspetti:

a) ruolo degli attori istituzionali e non istituzionali coinvolti;

b) modalità di regolazione delle interdipendenze tra gli attori;

c) metodologie e strumenti professionali e gestionali da applicare, con particolare riguardo alle componenti della valutazione del bisogno, della costruzione del progetto personalizzato di cui all'articolo 8 e delle risorse dedicate;

d) articolazione della tipologia di percorso in rapporto al profilo di bisogno e alla rete dei servizi e delle opportunità disponibili.

Art. 6

(Accesso all'assistenza sociosanitaria)

1. L'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari è organizzato mediante integrazione strutturale o funzionale dei servizi sanitari con quelli sociali.

2. Al fine di favorire l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari, su base di eguale opportunità di cura e assistenza da garantire alle persone, la Regione sostiene la realizzazione di modalità proattive di conoscenza e presa in carico dei bisogni inespressi.

Art. 7

(Valutazione multidimensionale dei bisogni)

1. Il bisogno terapeutico, riabilitativo e assistenziale della persona è valutato in tutte le sue dimensioni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale, con esplorazione allargata alle risorse e alle preferenze personali, familiari e di coloro che si prendono cura dell'assistito, nonché in considerazione delle opportunità offerte dal contesto di vita della persona.

2. La valutazione multidimensionale delle persone con bisogni complessi è effettuata da apposita equipe costituita da tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale e con il coinvolgimento della persona, della sua famiglia e di coloro che si prendono cura dell'assistito.

3. La valutazione multidimensionale è effettuata con modalità, procedure e strumenti che esitano nell'individuazione del profilo di bisogno in relazione all'intensità dei

sostegni.

Art. 8

(Progetto personalizzato)

- 1.** La valutazione dei bisogni, effettuata secondo quanto disposto dall'articolo 7, guida l'elaborazione del progetto personalizzato, nella considerazione prioritaria, oltre che delle cure terapeutiche, anche delle possibilità di domiciliarità e abitare inclusivo, apprendimento, espressività, affettività e socialità, formazione e lavoro, con assunzione di obiettivi di abilitazione e di capacitazione della persona assistita.
- 2.** Nel rispetto delle facoltà individuali di scelta e dell'orientamento della famiglia e di coloro che si prendono cura dell'assistito, il progetto è elaborato dall'equipe di valutazione in modalità di coprogettazione con la persona e la famiglia ed è realizzato entro percorsi assistenziali integrati che coinvolgono tutte le componenti dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale.
- 3.** I contenuti e le modalità di costruzione del progetto sono definiti per area di bisogno, con attribuzione delle responsabilità professionali e di servizio in capo ai soggetti coinvolti e con individuazione delle risorse dedicate.
- 4.** L'equipe di valutazione riconsidera il profilo di bisogno della persona in relazione alle diverse fasi del progetto.
- 5.** Il progetto personalizzato, comunque denominato, è finalizzato a dare attuazione alle disposizioni di cui all'articolo 21 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

Art. 9

(Budget personale di progetto e budget di salute)

- 1.** La realizzazione del progetto personalizzato della persona con bisogno complesso è sostenuta da apposito budget integrato, denominato budget personale di progetto, che è costituito dal concorso di risorse economiche e di risorse prestazionali rese da tutte le componenti coinvolte, ivi compresa la persona assistita e la sua famiglia.
- 2.** La costituzione del budget personale di progetto, effettuata al momento della

formulazione del progetto personalizzato, è rimodulata in relazione alle eventuali revisioni del progetto stesso. Il budget personale di progetto è articolato considerando il valore delle prestazioni e dei servizi resi a titolo di livello essenziale di assistenza unitamente alle altre risorse, pubbliche e private, finanziarie e non finanziarie, necessarie alla realizzazione del progetto.

3. Al fine di riorientare i servizi sulla base della centralità della persona e dei suoi bisogni e per sostenere gli oneri di cogestione del progetto personalizzato da parte dell'ente del Terzo settore entro il rapporto di partenariato previsto all'articolo 10, nell'ambito del budget personale di progetto può essere enucleata una quota, denominata budget di salute, costituita da risorse finanziarie a carico del Servizio sanitario regionale e del Servizio sociale dei Comuni, per finalizzarla a soddisfare il profilo di bisogno della persona, con riconversione delle risorse destinate a servizi istituzionalizzanti o comunque convenzionali a sostegno di percorsi d'inclusione.

Art. 10

(Partenariato pubblico con enti del Terzo settore)

1. Ferma restando la titolarità pubblica della presa in carico integrata, l'organizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi entro i percorsi assistenziali integrati è aperta a forme di partenariato pubblico con enti del Terzo settore, sulla base di specifiche progettualità elaborate dagli enti del Servizio sanitario regionale in rapporto di collaborazione con il Servizio sociale dei Comuni territorialmente competente e con gli altri soggetti pubblici e gli enti del Terzo settore coinvolti.

2. Per l'innovazione dell'assistenza sociosanitaria entro direttrici di solidarietà, partecipazione e sussidiarietà, è valorizzato il protagonismo della comunità civile con sviluppo della collaborazione cooperativa nel rapporto fra enti pubblici ed enti del Terzo settore. Nell'ambito del partenariato, l'ente del Terzo settore coprogramma, coprogetta e cogestisce con il soggetto pubblico il progetto personalizzato di assistenza, in particolare mediante apporto di occasioni di domiciliarità e abitare inclusivo, apprendimento, espressività e socialità, formazione e lavoro, rimanendo in capo al servizio pubblico la responsabilità del percorso assistenziale integrato.

3. In relazione all'affidamento di servizi che prevedono l'inserimento al lavoro di persone svantaggiate ai sensi dell'articolo 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali), degli articoli 112 e 143 del decreto legislativo 18

aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici), dell'articolo 35 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), e del capo IV della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 20 (Norme in materia di cooperazione sociale), per i soggetti di cui all'articolo 43, commi 1 e 1 bis, 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 fatta salva la possibilità di procedere autonomamente.

Art. 11

(Promozione dell'innovazione)

1. Nell'ambito dei principi e delle disposizioni del presente capo, il modello di politica sociosanitaria della Regione è informato all'innovazione continua dei servizi per la produzione di benessere, inteso nella sua dimensione sanitaria, relazionale e sociale, economica e ambientale, quale fattore di sviluppo umano, comunitario e di coesione sociale.
2. Ai fini di cui al comma 1 la Regione orienta la regolamentazione e la valutazione dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza sociosanitaria sperimentando forme di accreditamento dei processi e della rete dei servizi.
3. La Regione promuove la sperimentazione di progettualità per nuovi modelli di servizio informati a sistemi relazionali fra gli attori che alimentino processi di qualità dei percorsi assistenziali integrati.

Art. 12

(Aziende pubbliche di servizi alla persona)

1. Nelle more della trasformazione delle aziende pubbliche di servizi alla persona di cui alla legge regionale 11 dicembre 2003, n. 19 (Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza nella Regione Friuli Venezia Giulia), in centri di servizi socio sanitari, le stesse possono stipulare convenzioni con gli enti del Servizio sanitario regionale per l'adozione di forme di sviluppo di competenze e professionalità di area tecnico amministrativa e per la formazione del personale, nonché per l'espletamento di procedure di reclutamento di personale e per l'utilizzo

delle graduatorie di concorsi approvate dagli enti stessi, ai sensi dell'articolo 3, comma 61, della legge 24 dicembre 2003, n. 350 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2004)).

(1)

2. Le aziende pubbliche di servizi alla persona sviluppano forme di collaborazione con gli enti del Servizio sanitario regionale per l'adozione di protocolli gestionali e assistenziali e di presa in carico condivisi che facilitino la comunicazione tra aziende ed enti e la fruizione dei servizi da parte dell'utente, dei suoi familiari e di colui che si prende cura della persona da assistere.

Note:

1 Parole aggiunte al comma 1 da art. 8, comma 27, L. R. 13/2022

Art. 13

(Sistema di finanziamento per l'integrazione e l'assistenza sociosanitaria)

1. Il sistema regionale di finanziamento per l'integrazione e l'assistenza sociosanitaria è basato su principi di equità, perequazione e solidarietà territoriale ed è orientato alla responsabilizzazione finanziaria ed economica dei livelli istituzionali e non istituzionali coinvolti, in termini di apporto e contribuzione alla produzione di salute e benessere quale bene comune.

2. La Regione provvede, in sede di revisione della disciplina del settore, a ottimizzare l'impiego delle risorse secondo i seguenti criteri direttivi:

a) tendenziale e progressivo bilanciamento fra finanziamento dei servizi e risorse economiche direttamente riferite alla persona a soddisfacimento dei suoi bisogni complessi;

b) eliminazione delle eventuali duplicazioni dei canali di finanziamento e concentrazione per macro-aree d'intervento dei trasferimenti agli attori del sistema;

c) previsione di forme di rendicontazione che restituiscano informazioni relativamente ai risultati ottenuti sulla salute e l'inclusione sociale delle persone assistite, ai fini della pianificazione e programmazione regionale e locale;

d) allineamento della compartecipazione comunale e dell'apporto di compartecipazione dell'utenza su valori minimi uniformi, a superamento delle diseguaglianze territoriali.

3. Gli enti del Servizio sanitario regionale, i Servizi sociali dei Comuni e gli enti gestori dei servizi per la disabilità stabiliscono, nelle appropriate sedi di pianificazione, programmazione e concertazione di cui al titolo IV, l'ammontare delle rispettive quote di compartecipazione economica e finanziaria per l'avvio di politiche cooperative di integrazione sociosanitaria.

Art. 14

(Disposizioni per l'attuazione dell'assistenza sociosanitaria)

1. Ferma restando l'applicazione degli atti già adottati per area di bisogno in linea con i principi e le disposizioni del presente capo, per assicurare uniformità di disciplina, in particolare per le aree carenti, con deliberazione della Giunta regionale, previa informazione alla Commissione consiliare competente, in relazione a quanto stabilito all'articolo 4, comma 5, sono stabilite linee guida in relazione a:

a) presa in carico integrata, ai sensi dell'articolo 5;

b) accesso unitario alla rete dei servizi, di cui all'articolo 6;

c) valutazione multidimensionale dei bisogni, ai sensi dell'articolo 7;

d) progetto personalizzato, ai sensi dell'articolo 8, con l'individuazione delle risorse dedicate, ivi prevista, riferita alle componenti di spesa delle misure e degli interventi vigenti da utilizzare nella composizione del budget di salute;

e) monitoraggio e valutazione dei progetti personalizzati entro i percorsi assistenziali integrati;

f) partenariato di cui all'articolo 10;

g) sperimentazioni di progettualità di cui all'articolo 11, commi 2 e 3.

2. Con deliberazione della Giunta regionale è approvato il cronoprogramma per

l'adozione delle linee guida di cui al comma 1 e della normativa regolamentare in materia sociosanitaria con la previsione di modalità di coinvolgimento dei soggetti pubblici, privati e degli enti del Terzo settore per la programmazione e gestione della rete dei servizi.

Capo II

Assistenza distrettuale

Art. 15

(Funzioni dell'assistenza distrettuale)

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 6 della legge regionale 27/2018, il livello dell'assistenza distrettuale assicura, ai sensi degli articoli 3 quater e 3 quinquies del decreto legislativo 502/1992, le attività di cui all'articolo 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

2. Le attività di cui al comma 1 sono garantite attraverso le strutture aziendali, ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale, le quali svolgono:

a) funzione di committenza, consistente nella definizione della programmazione dell'assistenza, attraverso l'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e delle risorse necessarie, nell'acquisizione dei servizi, nel monitoraggio dei risultati;

b) funzione di presa in carico, consistente nella definizione di un sistema di accesso ai servizi per garantire la continuità assistenziale della persona;

c) funzione di controllo, consistente nella verifica di appropriatezza delle prestazioni oggetto di committenza, nel monitoraggio sulla corretta applicazione degli accordi contrattuali stipulati, nella verifica del mantenimento dei requisiti strutturali e professionali per lo svolgimento delle attività di assistenza;

d) funzione di integrazione, consistente nella creazione e nel consolidamento di una rete di supporto tra le strutture per la funzione di produzione in relazione alle differenti aree di intervento;

e) funzione di produzione, consistente nell'erogazione dell'assistenza.

3. Le funzioni di presa in carico e di integrazione di cui al comma 2, lettere b) e d), sono assicurate dal distretto tramite l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza integrativa, l'assistenza protesica e l'assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale.

4. Le funzioni di committenza, controllo e produzione di cui al comma 2, lettere a), c) ed e), possono essere assicurate in forma aggregata fra più distretti, in relazione ai bacini d'utenza, tramite un dipartimento di assistenza distrettuale.

5. Il modello organizzativo di cui ai commi 3 e 4 trova applicazione graduale attraverso le linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale di cui all'articolo 50.

6. Le attività di cui al comma 1, anche in considerazione dei relativi fabbisogni e standard di assistenza, da articolarsi nelle singole unità operative, sono specificate con deliberazione della Giunta regionale.

7. Sino all'approvazione della deliberazione di cui al comma 6 l'assistenza è garantita in relazione agli standard in essere alla data del 31 dicembre 2019, fatti salvi gli adeguamenti derivanti dall'avvio del nuovo assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario di cui alla legge regionale 27/2018.

Art. 16

(Organizzazione dell'assistenza medica primaria)

1. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base di cui all'articolo 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, l'assistenza medica primaria, a regime, è assicurata dai medici di medicina generale (MMG) di assistenza primaria e di continuità assistenziale, nonché dai pediatri di libera scelta che vi concorrono per la fascia d'età di competenza, mediante rapporto di convenzione con il Servizio sanitario regionale.

2. Gli accordi integrativi regionali stipulati con i professionisti di cui al comma 1 individuano, nel rispetto di quanto stabilito dall'Accordo Collettivo Nazionale di settore, strumenti per assicurare in via transitoria, in deroga al valore ottimale dell'ambito territoriale, l'assistenza medica primaria al fine di sopperire a situazioni di carenza della stessa nel territorio di competenza.

(1)

3. Gli enti del Servizio sanitario regionale, per garantire un modello multiprofessionale e interdisciplinare, possono prevedere forme organizzative complesse, integrate e diffuse per l'erogazione delle cure primarie in relazione alle specifiche esigenze del territorio di competenza, sia con riferimento alla presa in carico, sia per sviluppare la medicina d'iniziativa, sia per il governo clinico delle situazioni di cronicità, fragilità, complessità che richiedono il coordinamento e l'integrazione di attività di tutte le figure professionali che insistono sui processi di cura e di assistenza.

4. Le forme organizzative comunque denominate in essere alla data di entrata in vigore della presente legge mantengono la loro operatività e possono confluire progressivamente nelle nuove forme organizzative individuate ai sensi del comma 3 sulla base di indicazioni operative stabilite dagli accordi di cui al comma 2, nell'ambito delle risorse disponibili del Servizio sanitario regionale.

Note:

1 Parole aggiunte al comma 2 da art. 94, comma 1, L. R. 13/2020

Art. 17

(Dipartimento delle dipendenze e della salute mentale)

1. Il Dipartimento delle dipendenze e della salute mentale (DDSM) è costituito da strutture aziendali, ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale, che si fanno carico, partecipando in relazione alle proprie peculiarità, della domanda di assistenza alla persona con dipendenze, anche comportamentali, e con disturbi mentali, ed è articolato attraverso attività, servizi e prestazioni:

- a)** per l'assistenza domiciliare;
- b)** per l'assistenza ambulatoriale;
- c)** per l'assistenza semiresidenziale;
- d)** per l'assistenza residenziale;

e) per l'assistenza ospedaliera.

2. Le funzioni del dipartimento di cui al comma 1 sono organizzate in due aree professionali autonome, una per le dipendenze e una per la salute mentale.

3. I servizi per le dipendenze assicurano, con metodo multidisciplinare, la prevenzione, la cura e la riabilitazione della persona.

4. Il Centro di salute mentale (CSM), struttura aziendale di primo riferimento per la persona con disturbi mentali, assicura l'assistenza in un ambito territoriale di almeno 50.000 abitanti, fatte salve deroghe al limite minimo per le zone montane e quelle a bassa densità abitativa.

5. Ciascuno dei presidi ospedalieri di cui all'articolo 28 assicura il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

6. Le attività, i servizi e le prestazioni di cui al comma 1 in relazione ai livelli essenziali di assistenza, anche sociosanitaria, sono specificati con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 18

(Sedi distrettuali)

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 6 della legge regionale 27/2018, nell'ambito di quanto stabilito dall'articolo 15 e in coerenza alla pianificazione e alla programmazione regionali, gli atti aziendali indicano le funzioni e le attività che sono assicurate nel territorio dei comuni sedi di presidio ospedaliero e, in particolare, dei seguenti comuni di sede distrettuale:

a) Azzano Decimo;

b) Cividale del Friuli;

c) Codroipo;

d) Cormons;

e) Gemona del Friuli;

f) Grado;

g) Maniago;

h) Sacile.

2. Le sedi distrettuali di cui al comma 1, oltre all'attività di assistenza ambulatoriale, assicurano lo svolgimento delle attività di cui all'articolo 20.

3. L'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, anche in collaborazione con la scuola di specializzazione in geriatria dell'Università degli studi di Udine, avvia presso la sede di Cividale del Friuli iniziative sperimentali per l'assistenza ai pazienti geriatrici e l'assistenza a persone affette da patologia cronica per sviluppare:

a) specifiche strutture ambulatoriali;

b) percorsi di cure domiciliari anche supportate da strumenti di telemedicina;

c) strutture di assistenza intermedia innovative finalizzate ad accogliere persone anche affette da patologie acute a bassa complessità non gestibili a domicilio.

4. Per sviluppare le reti per l'assistenza anche attraverso la valorizzazione dei servizi presenti sul territorio, presso la sede di Sacile è assicurata la funzione di riabilitazione per favorire il processo di raggiungimento per la persona del miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale e relazionale.

Art. 19

(Cure domiciliari)

1. Il Servizio sanitario regionale, nell'ambito delle attività, dei servizi e delle prestazioni erogabili a livello di assistenza distrettuale, assicura percorsi assistenziali a domicilio consistenti in un insieme organizzato di trattamenti al fine di stabilizzare il quadro clinico della persona, promuovere l'autonomia e il recupero funzionale e migliorarne la qualità della vita.

2. I percorsi assistenziali a domicilio di cui al comma 1 si basano su:

a) l'infermiere e il fisioterapista di famiglia e di comunità che operano in collaborazione con il medico di medicina generale (MMG) o il pediatra di libera scelta, responsabili clinici dell'assistenza, e le altre figure professionali;

b) la formazione e il sostegno organizzativo dei familiari;

c) la condivisione delle informazioni attraverso una gestione informatizzata dei processi e percorsi di presa in carico, anche attraverso la telemedicina quale strumento per garantire il monitoraggio assistenziale domiciliare.

3. L'assistenza domiciliare viene assicurata anche in caso di bisogni complessi con le modalità di cui al capo I.

4. L'organizzazione delle attività e dei servizi per l'erogazione delle cure domiciliari deve rispondere ai criteri di prossimità, di continuità e di integrazione con le risorse presenti nelle comunità servite secondo i principi dell'assistenza primaria orientata alla comunità.

Art. 20

(Strutture di assistenza intermedia)

1. Le strutture di assistenza intermedia svolgono una funzione intermedia tra l'assistenza ospedaliera, riservata alle patologie acute e complesse, e i servizi erogati in sede di assistenza sociosanitaria domiciliare e di assistenza specialistica ambulatoriale.

2. Le strutture di cui al comma 1, destinate alla persona che, pur avendo superato la fase acuta, necessita di assistenza o monitoraggio continui e non rientra in condizioni per il trattamento ambulatoriale o domiciliare, assicurano:

a) riabilitazione estensiva dopo un episodio di ricovero in ospedale per acuti;

b) riabilitazione finalizzata a prevenire, ritardare e ridurre le conseguenze di esiti debilitanti, per la quale è necessario un progetto individuale;

c) trattamento di patologie acute di norma gestibili a domicilio, per casi in cui non è possibile mantenere la persona al proprio domicilio e per persone con disabilità gravi e persone con disabilità mentale;

- d)** accoglienza permanente o protratta senza possibilità di recupero;
- e)** cure palliative;
- f)** appoggio per indisponibilità improvvisa di colui che si prende cura della persona da assistere;
- g)** appoggio per sollievo dei familiari o di colui che si prende cura della persona da assistere;
- h)** assistenza sulle ventiquattro ore, per evitare il ricovero ospedaliero nel fine vita;
- i)** trattamento per disturbi del comportamento alimentare;
- j)** monitoraggio infermieristico sulle ventiquattro ore destinato a persone clinicamente stabili e a persone portatrici di malattie croniche.

3. Le strutture di assistenza intermedia sono:

- a)** residenze sanitarie assistenziali (RSA), con riferimento ad attività, servizi e prestazioni riconducibili alle tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettere a), f) e g);
- b)** ospedali di comunità, con riferimento ad attività, servizi e prestazioni riconducibili alle tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettera c);
- c)** hospice, con riferimento ad attività, servizi e prestazioni riconducibili alle tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettere e) e h);
- d)** speciali unità di assistenza protratta (SUAP), con riferimento ad attività, servizi e prestazioni riconducibili alle tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettera d);
- e)** strutture specificamente dedicate ad attività, servizi e prestazioni riconducibili alle tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettera i);
- f)** strutture a gestione infermieristica per le attività, i servizi e le prestazioni di cui al comma 2, lettere f), g) e j);
- g)** strutture di riabilitazione funzionale ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), per le attività, i servizi e le

prestazioni di cui al comma 2, lettera b);

h) strutture di riabilitazione funzionale finalizzate all'età evolutiva.

4. L'accesso alle strutture intermedie, che avviene sette giorni su sette, è definito:

a) programmato, preceduto da una valutazione multidimensionale per i casi più complessi;

b) programmato senza valutazione multidimensionale per casistiche omogenee e con condivisione fra presidio ospedaliero e dipartimento di assistenza distrettuale di cui all'articolo 15, comma 4;

c) programmato su esclusiva valutazione del distretto;

d) diretto dal pronto soccorso per le tipologie di assistenza di cui al comma 2, lettere f) e h), con condivisione fra presidio ospedaliero e dipartimento di assistenza distrettuale di cui all'articolo 15, comma 4.

5. Per assicurare l'assistenza medica alle strutture di cui al comma 3, gli enti del Servizio sanitario regionale possono ricorrere a personale dipendente o a rapporto orario, ai sensi dell'accordo collettivo nazionale e degli accordi integrativi regionali per la medicina generale.

Art. 21

(Farmacie convenzionate)

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale il Servizio sanitario regionale garantisce attività, servizi e prestazioni ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Le farmacie convenzionate assumono la funzione di "punti salute" distribuiti nel territorio.

2. La Regione stipula con le farmacie convenzionate accordi per disciplinare, anche in forma sperimentale, le modalità di erogazione di attività, servizi e prestazioni di cui al comma 1.

3. Nell'ambito degli accordi di cui al comma 2 sono previsti momenti formativi per i

farmacisti operanti nelle farmacie convenzionate del territorio, inerenti alle attività di cui al comma 1.

Art. 22

(Governo della presa in carico)

1. Presso gli enti del Servizio sanitario regionale è assicurata la funzione di centrale operativa quale strumento per il governo della presa in carico e della continuità assistenziale.

2. La centrale operativa di cui al comma 1 assicura, in particolare:

a) identificazione dei bisogni;

b) integrazione tra attività, servizi e prestazioni dell'assistenza di prevenzione, dell'assistenza distrettuale, dell'assistenza ospedaliera nonché dell'assistenza di carattere sociale;

c) programmazione degli interventi di valutazione multidimensionale dei bisogni e progettazione personalizzata;

d) supporto alla continuità assistenziale;

e) supporto all'aderenza terapeutica;

f) supporto a campagne vaccinali;

g) supporto ai programmi di promozione della salute;

h) informazione all'utenza;

i) supporto ai programmi di promozione di stili di vita sani e interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Capo III

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Art. 23

(Dipartimento di prevenzione)

1. Le attività, i servizi e le prestazioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica sono assicurati attraverso il Dipartimento di prevenzione ai sensi degli articoli 7 bis, 7 ter e 7 quater del decreto legislativo 502/1992 e sono specificati, anche in considerazione dei relativi fabbisogni e standard di assistenza, con deliberazione della Giunta regionale.

2. Per garantire i livelli essenziali di assistenza di cui all' articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 , le aree dipartimentali di sanità pubblica, di tutela della salute negli ambienti di lavoro e di sanità pubblica veterinaria, sono articolate, in relazione all'organizzazione stabilita dall'articolo 7 quater, comma 2, lettere a), b), c), d), e), f), del decreto legislativo 502/1992 , in strutture aziendali, ai sensi dell' articolo 9 della legge regionale 27/2018 , individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale.

(1)

3. La Giunta regionale con la deliberazione di cui al comma 1 può individuare un ente del Servizio sanitario regionale presso il quale costituire strutture uniche regionali per le aree dipartimentali di cui al comma 2.

4. In relazione a peculiari attività a valenza sovra aziendale, gli enti del Servizio sanitario regionale possono assicurare le prestazioni attraverso la costituzione di gruppi tecnici interaziendali e multiprofessionali.

Note:

1 Parole aggiunte al comma 2 da art. 95, comma 1, L. R. 13/2020

Art. 24

(Promozione della salute)

1. La Regione, attraverso gli enti del Servizio sanitario regionale, diffonde la cultura della promozione della salute e promuove reti e collaborazioni che coinvolgano tutti i settori sanitari e non sanitari nei processi che consentono alle persone e alle

comunità di esercitare un maggior controllo sui determinanti sociali, economici e ambientali della salute.

2. La Regione e gli enti del Servizio sanitario regionale sviluppano sistemi di valutazione, verifica, monitoraggio e miglioramento continuo dei risultati raggiunti attraverso iniziative e programmi di promozione della salute, sviluppati secondo i principi di evidenza scientifica. Sono sviluppati processi di informazione, comunicazione, partecipazione e coinvolgimento dei cittadini nelle iniziative di promozione della salute per perseguire elevati livelli di adesione e favorire il cambiamento individuale agli stili di vita sani e, attraverso la comunicazione, vengono partecipati a tutti i diversi portatori di interesse i risultati raggiunti e lo stato di salute della popolazione.

3. La promozione della salute a livello regionale viene sviluppata negli enti del Servizio sanitario regionale attraverso figure professionali dedicate e adeguatamente formate.

Art. 25

(Sanità e benessere animale)

1. La Regione persegue il miglioramento delle attività assicurate dai servizi veterinari pubblici regionali favorendo azioni coordinate per l'uniformità degli interventi volti al benessere animale, quale componente essenziale di un sistema integrato per la tutela della salute e sicurezza alimentare.

Capo IV

Assistenza ospedaliera

Art. 26

(Strutture ospedaliere)

1. Il livello dell'assistenza ospedaliera assicura, ai sensi del decreto legislativo 502/1992, le attività di cui all'articolo 36 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

2. Le attività di cui al comma 1 sono garantite attraverso le strutture aziendali, ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, individuate da ciascun ente del Servizio sanitario regionale nel relativo atto aziendale.

3. Le attività di cui al comma 1, anche in considerazione dei relativi fabbisogni e standard di assistenza, ivi compresi i posti letto, da articolarsi nelle singole unità operative, sono specificate con deliberazione della Giunta regionale.

4. Sino all'approvazione della deliberazione di cui al comma 3 l'assistenza è garantita in relazione agli standard in essere alla data del 31 dicembre 2019, fatti salvi gli adeguamenti derivanti dall'avvio del nuovo assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario di cui alla legge regionale 27/2018.

5. Il presidio ospedaliero è la struttura aziendale che assicura:

a) l'assistenza sanitaria alla persona affetta da patologia a insorgenza acuta con rilevante compromissione funzionale;

b) l'assistenza sanitaria attraverso attività programmabili nell'ambito di un contesto tecnologicamente e organizzativamente complesso;

c) l'assistenza sanitaria alla persona con disabilità affetta da patologia a insorgenza acuta con rilevante compromissione funzionale.

6. L'assistenza, organizzata secondo il modello "hub and spoke" ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 27/2018, è strutturata in base alla specializzazione, a livelli di complessità nonché alla differenziazione dell'offerta sanitaria, in relazione all'appropriatezza clinica e organizzativa. Il modello "hub and spoke" favorisce la progressiva specializzazione delle attività nelle sedi dei presidi ospedalieri. In ogni ente del Servizio sanitario regionale la rete di assistenza ospedaliera pubblica è assicurata, in relazione ai relativi presidi, in forma unitaria e in stretta collaborazione e integrazione con i servizi di assistenza primaria dei distretti. Le attività di ricovero in regime d'urgenza possono essere assicurate presso una sola sede del presidio ospedaliero e, qualora gli atti di programmazione regionale prevedano che le attività di ricovero in regime d'urgenza debbano essere garantite in più sedi del presidio ospedaliero, gli atti aziendali prevedono strutture distinte.

7. Presso tutte le strutture ospedaliere sono promossi e sostenuti, dal sistema sanitario regionale, in collaborazione con le associazioni delle persone con disabilità

e loro familiari maggiormente rappresentative, percorsi specificamente strutturati di accoglienza e gestione delle persone con disabilità e loro familiari, che a vario titolo accedono ai servizi ospedalieri, specie per le persone con bisogni di sostegno complessi e per quelle non collaboranti.

8. Fermo restando quanto stabilito all'articolo 9 della legge regionale 27/2018 e in relazione a un'attuazione progressiva delle disposizioni di cui al decreto del Ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), le funzioni dell'assistenza ospedaliera sono assicurate attraverso reti tra presidi ospedalieri classificati, in relazione ai livelli di complessità delle specialità cliniche presenti, nelle seguenti tipologie:

a) presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti;

b) presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti;

c) presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle aziende presso le quali si realizza la collaborazione tra Servizio sanitario regionale e le università degli studi ai sensi del decreto legislativo 517/1999;

d) presidi ospedalieri specializzati.

Art. 27

(Presidi ospedalieri di base)

1. I presidi ospedalieri di base di cui all'articolo 26, comma 8, lettera a), sono:

a) Gorizia e Monfalcone;

b) Latisana e Palmanova;

c) San Daniele del Friuli e Tolmezzo;

d) San Vito al Tagliamento e Spilimbergo.

Art. 28

(Presidi ospedalieri di I e II livello)

1. I presidi ospedalieri di cui all'articolo 26, comma 8, lettera b) e lettera c), sono:

a) "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone: presidio di I livello;

b) "Santa Maria della Misericordia" di Udine: presidio di II livello;

c) "Cattinara e Maggiore" di Trieste: presidio di II livello.

Art. 29

(Presidi ospedalieri specializzati)

1. I presidi ospedalieri specializzati di cui all'articolo 26, comma 8, lettera d), assicurano l'assistenza ospedaliera relativamente a peculiari specialità e sono:

a) Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste, specializzato nell'area materno infantile;

b) Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Centro di riferimento oncologico" di Aviano, specializzato nell'area oncologica;

c) Istituto di medicina fisica e riabilitazione "Gervasutta" con sede a Udine e a Gemona del Friuli, specializzato nell'area della riabilitazione.

2. I presidi ospedalieri specializzati assicurano funzioni "hub" per il territorio regionale, individuate con deliberazione della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 26, comma 3, e possono essere ridefinite anche in relazione alla programmazione regionale.

3. All'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste sono attribuite le funzioni ospedaliere dell'area materno infantile, relativamente a pediatria e a ostetricia e ginecologia, per il territorio di competenza dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c), della legge

regionale 27/2018 da svolgersi:

a) presso la sede di Trieste;

b) presso le sedi del presidio ospedaliero Gorizia e Monfalcone, di cui all'articolo 27, secondo la programmazione vigente.

4. Le modalità per il trasferimento delle funzioni di cui al comma 3, lettera b), sono definite con deliberazione della Giunta regionale.

5. L'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina assicurano la continuità assistenziale tra ospedale e territorio anche, ove opportuno, attraverso specifici modelli organizzativi.

6. Per garantire la continuità assistenziale l'Istituto di medicina fisica e riabilitazione "Gervasutta" assicura la definizione, lo sviluppo e il monitoraggio del progetto di assistenza e riabilitazione a favore di persone affette da mielolesione che accedono ad altre strutture pubbliche o private.

7. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati svolgono attività specialistica assicurando funzioni complementari e integrative per la rete di assistenza pubblica.

Capo V

Reti per l'assistenza

Art. 30

(Reti per l'assistenza)

1. Al fine di rispondere alla crescente complessità dei bisogni sanitari e sociosanitari della persona e al fine di migliorare la presa in carico, il Servizio sanitario regionale, anche in relazione a quanto stabilito all'articolo 9, commi 5 e 6, della legge regionale 27/2018, e in attuazione al decreto del Ministero della salute 70/2015, sviluppa il modello organizzativo di assistenza basato sui collegamenti in rete tra professionisti, strutture aziendali e servizi.

2. Al fine di assicurare lo sviluppo della continuità assistenziale, con deliberazione della Giunta regionale sono specificate le reti professionali per patologia con il compito di integrare le attività dell'assistenza ospedaliera con le attività dell'assistenza distrettuale, ivi comprese quelle dell'assistenza sociosanitaria.

3. Fatti salvi i centri già riconosciuti sulla base della previgente normativa, con deliberazione della Giunta regionale sono specificati criteri e modalità per l'identificazione, tra gli enti del Servizio sanitario regionale, dei centri di riferimento e specializzazione regionale. Il riconoscimento è effettuato con decreto del Direttore centrale salute, politiche sociali e disabilità.

Art. 31

(Organizzazione nelle reti per l'assistenza)

1. In relazione a quanto disposto all'articolo 30 e dall'articolo 10, comma 3, della legge regionale 27/2018, ciascun ente del Servizio sanitario regionale, anche per sviluppare la valorizzazione e la responsabilizzazione professionale, organizza:

a) le attività del presidio ospedaliero favorendo la collaborazione dell'equipe multidisciplinare;

b) le attività delle professioni sanitarie favorendone il raggruppamento in aree per l'assistenza.

2. Con deliberazione della Giunta regionale possono essere definiti indirizzi operativi per perseguire l'uniformità dell'organizzazione delle attività di cui al comma 1.

Art. 32

(Il sistema di emergenza urgenza territoriale)

1. La funzione di emergenza urgenza territoriale è assicurata dalle aziende sanitarie di cui all'articolo 3, comma 1, lettere b), c) e d), della legge regionale 27/2018.

2. Al fine di garantire l'omogeneità negli standard di servizio e la massima integrazione delle attività di soccorso extraospedaliero, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute di cui all'articolo 3 della legge regionale 27/2018 assicura la funzione di coordinamento che esercita attraverso:

a) la gestione di strutture operative regionali;

b) la predisposizione della proposta di Piano regionale di emergenza urgenza extraospedaliera, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale.

3. Le aziende di cui al comma 1 esercitano la funzione attraverso una specifica articolazione organizzativa, funzionalmente afferente all'Azienda regionale di coordinamento per la salute.

4. Al fine di addivenire a una maggiore appropriatezza della presa in carico del paziente a medio-bassa criticità e per ridurre i tempi di attesa, gli enti del Servizio sanitario regionale, in relazione alle strutture di pronto soccorso, possono organizzare percorsi differenziati in base ai codici di accesso.

5. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute assicura il perseguimento dell'uniformità organizzativa tra le strutture regionali.

Art. 33

(Carenza medica)

1. In attuazione alla normativa statale relativa alla carenza dei medici specialisti, la Regione attua una politica tesa al miglioramento continuo del sistema sanitario, anche attraverso la definizione dei fabbisogni formativi delle professioni sanitarie e dei medici specialisti quanto più coerente con i piani di fabbisogno di personale, anche nell'ottica di realizzare un'efficiente allocazione delle risorse umane.

2. Gli enti del Servizio sanitario regionale possono conferire incarichi per lo svolgimento delle attività assistenziali non garantibili con il personale dipendente, nell'ambito di quanto stabilito dalla legislazione statale.

(1)

3. Al personale del Servizio sanitario regionale è riconosciuta pari dignità, nel rispetto dei peculiari ambiti di autonomia e responsabilità di ciascuna professione.

4. Al fine di fare fronte ai mutevoli bisogni assistenziali, la Regione, nel rispetto delle norme contrattuali del comparto di riferimento, promuove la valorizzazione e lo

sviluppo delle competenze del personale sanitario e favorisce il coinvolgimento di tutti i professionisti operanti nei diversi ambiti di attività che richiedono un'integrazione interdisciplinare secondo la pianificazione regionale.

(2)

5. Per le finalità di cui al comma 4, presso l'Azienda regionale di coordinamento per la salute sono costituiti gruppi di lavoro interprofessionali, senza nuovi o maggiori oneri per il Servizio sanitario regionale, con il compito di predisporre, sulla base di protocolli standardizzati condivisi fra il personale medico e la componente delle professioni sanitarie, linee di indirizzo approvate dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute, su temi stabiliti con deliberazione della Giunta regionale.

6. Ai gruppi di lavoro di cui al comma 5, oltre ai medici specialisti e alle professioni sanitarie coinvolte, partecipano anche un rappresentante dell'ordine professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e uno dell'ordine professionale di riferimento in relazione alla linea di attività, senza nuovi o maggiori oneri per il Servizio sanitario regionale.

Note:

1 Comma 2 sostituito da art. 96, comma 1, lettera a), L. R. 13/2020

2 Parole aggiunte al comma 4 da art. 96, comma 1, lettera b), L. R. 13/2020

Art. 34

(Soggetti erogatori privati accreditati)

1. I soggetti erogatori privati accreditati concorrono alla definizione della rete di assistenza pubblica assicurando funzioni complementari o integrative per il Servizio sanitario regionale sulla base degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992.

2. Gli accordi contrattuali di cui al comma 1 sono finalizzati:

a) al contenimento dei tempi di attesa;

b) all'integrazione dell'attività di ricovero;

c) a supportare il sistema pubblico di assistenza in aree territoriali di difficile sostenibilità.

3. In relazione al sistema di finanziamento autonomo del Servizio sanitario regionale, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, gli enti del Servizio sanitario regionale, nel rispetto del pareggio di bilancio e dell'invarianza dell'effetto finanziario, possono destinare all'acquisto di prestazioni dai soggetti erogatori privati accreditati di cui al comma 1, risorse fino al massimo del 6 per cento del finanziamento assegnato quale Fondo sanitario regionale di parte corrente.

3 bis. I soggetti individuati al comma 1 concorrono al raggiungimento delle finalità pubbliche di erogazione dei livelli essenziali di assistenza e a quelli aggiuntivi regionali e sono soggetti all'attività di monitoraggio e controllo quantitativo e qualitativo da parte del Servizio sanitario regionale pubblico sia a livello di singolo ente che di sistema, al fine di verificare la corretta erogazione delle prestazioni sanitarie secondo quanto contrattualizzato, nonché di perseguimento degli obiettivi di salute pubblica individuati negli atti di programmazione.

(2)

4.

(ABROGATO)

(1)

Note:

1 Comma 4 abrogato da art. 97, comma 1, L. R. 13/2020

2 Comma 3 bis aggiunto da art. 8, comma 27, lettera a), L. R. 14/2023

Capo VI

Reti di collaborazione

Art. 35

(Ruolo delle università e degli enti scientifici)

1. La Regione e le Università degli studi di Trieste e di Udine collaborano per garantire un miglioramento continuo nelle forme di assistenza alla popolazione e, a tal fine, individuano obiettivi e risorse per:

a) formazione di base, specialistica e continua post-lauream del personale del Servizio sanitario regionale;

b) ricerca clinica, traslazionale, di base, epidemiologica e organizzativa, anche individuando tematiche e risorse per lo sviluppo di settori di comune interesse;

c) attività assistenziali da garantire e sviluppare nel rispetto delle esigenze del Servizio sanitario regionale e delle funzioni universitarie di didattica e ricerca, anche adottando specifici modelli organizzativi innovativi;

d) promozione dell'innovazione in una prospettiva internazionale finalizzata a favorire il miglioramento della salute e la crescita sociale ed economica dell'intera comunità regionale.

2. Le risorse per la realizzazione delle attività di cui al comma 1, lettera b), sono concesse ai sensi dell'articolo 8, commi 24 e 25, della legge regionale 6 agosto 2015, n. 20 (Assestamento del bilancio 2015).

3. La Regione per le finalità di cui al comma 1 favorisce forme di collaborazione con la Scuola internazionale superiore di studi avanzati (SISSA) di Trieste e con enti scientifici di ricerca operanti sul territorio regionale.

Art. 36

(Cooperazione transfrontaliera sanitaria e sociosanitaria)

1. La Regione incentiva, attraverso gli enti del Servizio sanitario regionale, lo sviluppo della cooperazione transfrontaliera in ambito sanitario e sociosanitario in relazione alla propria programmazione sanitaria e sociosanitaria.

2. Per gli enti del Servizio sanitario regionale che insistono sui territori di confine, la cooperazione transfrontaliera in relazione alla programmazione sanitaria e sociosanitaria può essere realizzata attraverso progetti che, nel relativo sviluppo,

possono consolidarsi in reti di collaborazione permanente.

Art. 37

(Centro di formazione per l'assistenza sanitaria)

- 1.** Per il mantenimento costante di una formazione aggiornata e per orientare il Servizio sanitario regionale verso un processo continuo di sviluppo della qualità formativa quale leva per il miglioramento dell'assistenza, la formazione specifica in medicina generale di cui al titolo IV del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CE), nonché la formazione continua prevista dagli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, i medici pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari e altre professionalità sanitarie ambulatoriali, sono assicurate dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute che assume la funzione di Centro per la formazione in sanità.
- 2.** Gli indirizzi di sviluppo delle funzioni di cui al comma 1 sono definiti con deliberazione della Giunta regionale sentite le organizzazioni sindacali di categoria.
- 3.** Sino alla definizione di cui al comma 2, continuano a trovare applicazione i provvedimenti assunti sulla base della previgente normativa di cui all'articolo 8, commi da 7 a 11, della legge regionale 16 luglio 2010, n. 12 (Assestamento del bilancio 2010).
- 4.** Le funzioni attribuite alla Regione e ad altri enti del Servizio sanitario regionale dalla normativa vigente, nell'ambito di quanto stabilito al comma 1, devono intendersi attribuite all'Azienda regionale di coordinamento per la salute, fatto salvo quanto stabilito al comma 2.

Art. 38

(Valorizzazione del personale)

- 1.** La Regione definisce gli indirizzi per la formazione, la valorizzazione e la

responsabilizzazione delle risorse umane, per migliorare la professionalità a beneficio della qualità e dell'eccellenza dei servizi assistenziali assicurati sul territorio regionale.

2. In relazione a quanto stabilito al comma 1 e nell'ambito di quanto previsto all'articolo 4, comma 4, lettera c), punto 3), della legge regionale 27/2018 , le iniziative di formazione e valorizzazione garantiscono l'acquisizione e lo sviluppo di competenze per i diversi livelli di assistenza e per le relative aree di attività, anche favorendo percorsi formativi orientati alla cura della persona e della cronicità, per realizzare omogeneità formativa indispensabile a mantenere livelli uniformi di assistenza sul territorio regionale, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa statale vigente in materia di valorizzazione delle competenze del personale sanitario.

(1)

3. La Regione, per effetto della trasformazione demografica e dei correlati cambiamenti delle condizioni e dei bisogni di salute della popolazione nonché del generale quadro epidemiologico, promuove la diffusione di modelli organizzativi per la valorizzazione delle professioni operanti nell'ambito del Servizio sanitario regionale ai sensi della legge regionale 16 maggio 2007, n. 10 (Disposizioni in materia di valorizzazione nell'ambito del Servizio sanitario regionale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale, in materia di ricerca e conduzione di studi clinici, nonché in materia di personale operante nel sistema integrato di interventi e servizi sociali).

4. Nel perseguire le finalità di cui alla presente legge anche elevando gli standard di welfare, in particolare di welfare generativo, gli enti del Servizio sanitario regionale e gli altri soggetti pubblici coinvolti nel sistema di assistenza promuovono iniziative di welfare aziendale secondo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali applicati.

5. Le organizzazioni sindacali e le rappresentanze dei cittadini sono una leva strategica al fine della promozione del cambiamento e del conseguimento delle finalità di cui alla presente legge.

6. Al fine di non disperdere il patrimonio di professionalità presente presso il personale dipendente degli enti del Servizio sanitario regionale, gli stessi promuovono iniziative di lavoro agile secondo quanto previsto dalla vigente normativa nazionale e contrattuale.

7. La Regione, al fine di addivenire a una progressiva omogeneità regionale, favorisce forme di confronto e contrattazione sovra aziendale presso l'Azienda regionale di coordinamento per la salute su specifiche materie e secondo quanto disciplinato dalle vigenti disposizioni nazionali e contrattuali.

8. Presso l'Azienda regionale di coordinamento per la salute possono essere costituite reti professionali tecnico-amministrative e dei servizi delle professioni sanitarie, con il compito di favorire l'adozione di procedure di qualità condivise su singoli temi, al fine di perseguire l'uniformità regionale e favorire adeguate forme di scambio di esperienze e di adozione comune delle migliori pratiche.

9. Gli enti del Servizio sanitario regionale orientano la gestione delle risorse umane a modelli di qualità anche secondo i migliori standard internazionali.

Note:

1 Parole aggiunte al comma 2 da art. 98, comma 1, L. R. 13/2020