

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.

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 riqualificato 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.