

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 I

OGGETTO E FINALITÀ

Art. 1

(Oggetto)

1. Ai sensi dell'articolo 5, primo comma, punto n. 16, dello Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (legge costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1), la presente legge definisce le norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria del Servizio sanitario regionale, nel rispetto dei principi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), e di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), nonché in attuazione dei livelli essenziali di assistenza definiti ai sensi dell' articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 502/1992 , in coerenza agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera definiti ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 , e in coerenza al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 .

Art. 2

(Finalità)

1. La presente legge, in coerenza con le finalità di cui alla legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 (Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale), e per la più ampia valorizzazione dei sistemi integrati di assistenza alla persona, persegue, in particolare:

- a)** la valorizzazione della centralità della persona, del ruolo della famiglia e della rete di supporto familiare;
- b)** l'orientamento del Servizio sanitario regionale al governo della domanda ispirato all'appropriatezza, alla sicurezza delle cure e alla medicina di iniziativa;
- c)** l'equità e l'omogeneità di accesso all'assistenza assicurata dalle strutture sanitarie e sociosanitarie nell'ambito della libera scelta consapevole e responsabile delle persone;
- d)** l'accrescimento della partecipazione consapevole delle persone ai corretti stili di vita e ai percorsi di

prevenzione, di diagnosi, di cura, di terapia, di riabilitazione e di assistenza, anche attraverso forme di collaborazione con gli enti del Terzo settore di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106);

e) la realizzazione della rete dell'offerta dei servizi di assistenza nel riconoscimento del principio della sussidiarietà orizzontale;

f) lo sviluppo di logiche e meccanismi di presa in carico in una prospettiva di integrazione clinico-assistenziale e sociosanitaria;

g) la permanenza del cittadino nel proprio contesto di vita, anche attraverso la riduzione dell'istituzionalizzazione di minori, anziani, persone con disabilità e la promozione di forme di domiciliarità innovative;

h) la promozione delle competenze e della formazione permanente delle risorse umane, in coerenza con le linee strategiche del Servizio sanitario regionale e con le linee di efficacia;

i) il coordinamento delle politiche sanitarie, ambientali e pianificatorie, al fine di raggiungere effettivi miglioramenti in termini di benessere e qualità della vita dei cittadini;

j) la sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale attraverso la riorganizzazione e l'impiego efficiente delle risorse strutturali e delle competenze professionali, nonché l'idonea assegnazione delle risorse;

k) l'equità in salute in modo da assicurare la parità di accesso di tutti i cittadini al sistema sanitario regionale;

l) lo sviluppo di un sistema salute integrato affinché la Regione Friuli Venezia Giulia possa diventare punto di riferimento nazionale e internazionale nell'attuare in modo innovativo la salute in tutte le politiche.

2. Le finalità di cui al comma 1 sono attuate con gradualità.

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.

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 inespresi.

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.
- 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.

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 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.

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.

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 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. 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.

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. Nelle more della definizione a livello statale di strumenti tesi a superare la situazione di carenza di cui al comma 1, qualora gli esiti delle procedure concorsuali o delle assunzioni non siano stati positivi, gli enti del Servizio sanitario regionale possono conferire incarichi libero professionali a medici specialisti in quiescenza, secondo modalità correlate alle esigenze assistenziali.
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 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.
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.

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.

4. Con deliberazione della Giunta regionale è definito il modello di concorrenza per la regolazione del rapporto con i soggetti erogatori privati accreditati.

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 di 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.
- 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.

TITOLO III

SANITÀ DIGITALE E SVILUPPO TECNOLOGICO

Art. 39

(Informatizzazione del Servizio sanitario regionale)

1. Nell'ambito di quanto previsto dalla legge regionale 14 luglio 2011, n. 9 (Disciplina del sistema informativo integrato regionale del Friuli Venezia Giulia), e dall' articolo 4 della legge regionale 27/2018 la Regione, per il tramite della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, con il supporto all'Azienda regionale di coordinamento per la salute, in particolare:

a) cura la progettazione, l'organizzazione, lo sviluppo e la conduzione del sistema informativo e telematico degli enti del Servizio sanitario regionale per le attività istituzionali e, al fine di garantire un efficace flusso informativo e il miglioramento dei processi clinici e amministrativi, pianifica le azioni e gli interventi necessari a realizzare l'interoperabilità e l'integrazione del Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale (SISSR);

b) assicura l'attuazione delle azioni e degli interventi per la sanità digitale anche in relazione al programma triennale per lo sviluppo dell'ICT, dell'e-government e delle infrastrutture telematiche di cui all' articolo 3 della legge regionale 9/2011 .

Art. 40

(Tecnologie sanitarie)

1. Ai fini di garantire condizioni di sicurezza e ammodernamento tecnologico e organizzativo del Servizio sanitario regionale, per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, la procedura di cui all' articolo 33, comma 2, lettera b), punto 3), della legge regionale 10 novembre 2015, n. 26 (Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti), si applica anche a specifiche tecnologie sanitarie individuate con deliberazione della Giunta regionale.

2. Per le tecnologie di cui al comma 1 con deliberazione della Giunta regionale, ai sensi dell' articolo 33, comma 5, della legge regionale 26/2015 , sono stabiliti gli standard di utilizzo o altri standard di riferimento.

TITOLO IV

PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIOSANITARIA

Capo I

Processo di pianificazione e programmazione

Art. 41

(Pianificazione regionale)

1. L'attività di pianificazione regionale sanitaria e sociosanitaria definisce gli obiettivi strategici nel lungo periodo.
2. Gli atti di pianificazione possono avere contenuto generale o settoriale.

Art. 42

(Soggetti della pianificazione)

1. L'attività di pianificazione è svolta dalla Regione.
2. Partecipano all'attività di pianificazione, in relazione ai rispettivi ambiti di competenza, gli enti del Servizio sanitario regionale, gli enti locali, le università degli studi regionali, la Consulta regionale delle associazioni di persone disabili e delle loro famiglie di cui all' articolo 13 bis della legge regionale 25 settembre 1996, n. 41 (Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 <<Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate>>), le organizzazioni maggiormente rappresentative nel settore sanitario e sociale, gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini, nonché gli enti del Terzo settore di cui al decreto legislativo 117/2017 .

Art. 43

(Strumenti della pianificazione dell'organo di governo)

1. Gli strumenti della pianificazione regionale sanitaria e sociosanitaria, anche in considerazione dei Patti per la salute tra Stato e Regioni, sono:
 - a) il piano regionale sanitario e sociosanitario;
 - b) i piani regionali settoriali;
 - c) i progetti obiettivo.
2. Gli strumenti di pianificazione di cui al comma 1 hanno durata triennale e possono essere aggiornati annualmente.

Art. 44

(Programmazione)

1. L'attività di programmazione definisce gli obiettivi e le attività per la realizzazione degli obiettivi strategici individuati dalla Regione in sede di pianificazione regionale.

Art. 45

(Soggetti della programmazione)

1. L'attività di programmazione è svolta dalla Regione, dagli enti del Servizio sanitario regionale e dagli enti locali.
2. Partecipano all'attività di programmazione, in relazione ai rispettivi ambiti di competenza, i soggetti di cui all'articolo 42, comma 2.

Art. 46

(Partecipazione degli enti locali all'attività di pianificazione e programmazione)

1. Gli enti locali partecipano all'attività di pianificazione e programmazione in campo sanitario e sociosanitario attraverso:
 - a) il Consiglio delle autonomie locali ai sensi dell' articolo 9 della legge regionale 22 maggio 2015, n. 12 (Disciplina del Consiglio delle autonomie locali del Friuli Venezia Giulia, modifiche e integrazioni alla legge regionale 26/2014 in materia di riordino del sistema Regione-Autonomie locali e altre norme urgenti in materia di autonomie locali), a livello regionale;
 - b) la Conferenza dei sindaci ai sensi dell' articolo 7 della legge regionale 27/2018 , a livello aziendale;
 - c) l'Assemblea dei sindaci del Servizio sociale dei Comuni ai sensi dell' articolo 20 della legge regionale 6/2006 , a livello di distretto-ambito.
2. Alle sedute della Conferenza dei sindaci e dell'Assemblea dei sindaci del Servizio sociale dei Comuni può partecipare il direttore del distretto del territorio di relativa competenza.

Art. 47

(Strumenti della programmazione)

1. Lo strumento fondamentale della programmazione regionale nel settore sanitario e sociosanitario è l'atto recante le linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale.
2. Fermo restando quanto disposto dal titolo III della legge regionale 26/2015 , gli strumenti della programmazione sanitaria degli enti del Servizio sanitario regionale sono:
 - a) il piano attuativo, nel quale sono indicati gli interventi da realizzare e le risorse necessarie, sulla base della programmazione economica;
 - b) il programma preliminare degli investimenti, il programma triennale degli investimenti e l'elenco annuale degli investimenti da realizzare.

3. Gli enti del Servizio sanitario regionale regolano le attività sanitarie e sociosanitarie del distretto attraverso il programma delle attività territoriali (PAT).
4. Gli enti del Servizio sanitario regionale e gli enti locali attraverso un atto di intesa concordano le attività sociosanitarie relative all'intersettorialità di interventi, anche in relazione a quanto previsto dall'articolo 24 della legge regionale 6/2006 .
5. Gli strumenti di programmazione di cui ai commi 2, 3 e 4 si raccordano con gli atti di pianificazione e programmazione regionali.

Art. 48

(Piano regionale sanitario e sociosanitario)

1. Il Piano regionale sanitario e sociosanitario definisce, in coerenza con i contenuti del Piano sanitario nazionale, dei Patti per la salute e dei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell' articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 502/1992 , le strategie regionali in materia di sanità e di integrazione sociosanitaria e si raccorda con il Piano sociale regionale di cui all' articolo 23 della legge regionale 6/2006 .
2. Il Piano regionale sanitario e sociosanitario è approvato dalla Giunta regionale, previo parere del Consiglio delle autonomie locali ai sensi dell' articolo 9 della legge regionale 12/2015 e previo parere della Commissione consiliare competente, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dallo stesso.
3. Il Piano regionale sanitario e sociosanitario è efficace fino all'approvazione del nuovo Piano.

Art. 49

(Piani regionali settoriali e progetti obiettivo)

1. In relazione alle attività di pianificazione dei settori sanitario e sociosanitario, i piani regionali settoriali e i progetti obiettivo sono atti che intervengono su specifici settori.
2. I progetti obiettivo sono atti finalizzati all'aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali, al fine di perseguire la più ampia tutela di soggetti fragili destinatari del progetto.
3. I piani di cui al comma 1 sono approvati con deliberazione della Giunta regionale secondo le modalità di cui all'articolo 48, comma 2.
4. I piani regionali settoriali e i progetti obiettivo sono efficaci fino all'approvazione dei relativi nuovi piani.

Art. 50

(Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale)

1. La Giunta regionale approva entro il 30 settembre le linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale con le quali vengono individuati gli obiettivi annuali e le modalità per la valutazione del loro raggiungimento, nell'ambito delle risorse disponibili per il finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale sulla base del bilancio regionale di previsione finanziaria triennale, nonché i criteri di finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale.
2. Le linee annuali di cui al comma 1 sono adottate previo parere del Consiglio delle autonomie locali ai sensi dell' articolo 9 della legge regionale 12/2015 .

Art. 51

(Piano triennale e di sviluppo strategico e organizzativo aziendale)

1. Il processo di programmazione triennale a livello aziendale è volto a definire obiettivi strategici, politiche gestionali e linee di sviluppo organizzativo evolutive dell'ente nel medio termine, in coerenza con il Piano regionale sanitario e sociosanitario e con i piani regionali settoriali e progetti obiettivo.
2. Il direttore generale approva il piano di cui al comma 1 recante:
 - a) obiettivi strategici a livello aziendale;
 - b) politiche gestionali e interventi su struttura organizzativa, processi operativi e direzionali, nonché risorse.

Art. 52

(Approvazione e consolidamento degli atti di programmazione)

1. La proposta del piano attuativo degli enti del Servizio sanitario regionale, predisposta ai sensi degli articoli 32 e 41 della legge regionale 26/2015 , entro il 31 ottobre è approvata dal direttore generale e con immediatezza trasmessa, ove necessario in relazione ai relativi ambiti di competenza, alla Conferenza dei sindaci o al Consiglio delle autonomie locali, e all'Università degli studi, per l'acquisizione dei relativi pareri da rilasciarsi entro quindici giorni, decorsi i quali si prescinde dagli stessi.
2. La documentazione di cui al comma 1 è trasmessa, per le attività di negoziazione, all'Azienda regionale di coordinamento per la salute e alla Regione-Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.
3. Agli esiti delle attività di negoziazione il piano attuativo, corredato della relazione del collegio sindacale, è definitivamente approvato dal direttore generale entro il 30 novembre ed è trasmesso con immediatezza all'Azienda regionale di coordinamento per la salute e alla Regione-Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

4. Ai sensi dell' articolo 32, comma 5, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), con deliberazione della Giunta regionale è approvato il "Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale".

5. Il Piano triennale e di sviluppo strategico e organizzativo aziendale di cui all'articolo 51 è approvato con le modalità di cui ai commi da 1 a 4, ed è aggiornato annualmente nell'ambito del piano attuativo.

Art. 53

(Funzioni di Governance)

1. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute fornisce agli enti del Servizio sanitario regionale indicazioni operative e contabili ai fini di cui all'articolo 52, comma 4.

2. Le attività di negoziazione di cui all'articolo 52 sono curate:

a) dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute per quanto riguarda gli enti del Servizio sanitario regionale;

b) dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità per quanto riguarda l'Azienda regionale di coordinamento per la salute.

3. Ai fini di quanto previsto all'articolo 52, comma 4, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute approva una proposta di "Piano attuativo e Bilancio preventivo economico annuale consolidato degli enti del Servizio sanitario regionale" da sottoporre alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità al fine dell'approvazione con deliberazione della Giunta regionale.

4. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute assicura il sistema di controllo della gestione degli enti del Servizio sanitario regionale di cui al titolo III, capo IV, della legge regionale 26/2015 e fornisce indicazioni contabili agli enti del Servizio sanitario regionale.

Art. 54

(Atto aziendale)

1. Ai fini dell'approvazione, entro il 30 aprile 2020, della deliberazione della Giunta regionale di cui dall'articolo 15, comma 6, per l'assistenza distrettuale, di cui all'articolo 17, comma 6, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, di cui all'articolo 23, comma 1, per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, e di cui all'articolo 26, comma 3, e all'articolo 29, comma 2, per l'assistenza ospedaliera, e in relazione all'approvazione dei relativi atti aziendali, gli enti del Servizio sanitario regionale, entro il 29 febbraio 2020 propongono alla Regione e all'Azienda regionale di coordinamento per la salute la collocazione delle relative funzioni e attività per l'organizzazione dell'assistenza.

2. Per gli effetti di cui al comma 1, l'Azienda regionale di coordinamento per la salute, entro il 31 marzo 2020, esprime alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità un parere di coerenza funzionale in relazione alla pianificazione e alla programmazione regionali.
3. L'approvazione delle deliberazioni di cui al comma 1 avviene previa informativa alla Commissione consiliare competente.
4. In relazione a quanto stabilito dall'articolo 15, comma 2, per le attività di assistenza distrettuale, dall'articolo 17, comma 1, per l'assistenza alla persona con dipendenze e con disturbi mentali, dall'articolo 23, comma 2, per le attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, nonché dall'articolo 26, comma 2, per le attività di assistenza ospedaliera, e in coerenza a quanto stabilito ai sensi del comma 1, gli enti del Servizio sanitario regionale, entro il 31 maggio 2020, trasmettono alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e all'Azienda regionale di coordinamento per la salute la proposta di atto aziendale recante la relativa disciplina di organizzazione e di funzionamento.
5. La complessità delle strutture aziendali, in relazione alle attività da garantire, è stabilita da ciascun direttore generale.
6. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute, entro quindici giorni dal ricevimento della proposta di cui al comma 4, propone eventuali interventi correttivi ed esprime alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità il parere di compatibilità, anche economico finanziaria, in relazione alla pianificazione e alla programmazione regionali.
7. La Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, acquisito il parere di compatibilità di cui al comma 6, rilascia all'ente il nulla osta per l'adozione o la modifica del relativo atto aziendale.

Art. 55

(Approvazione e consolidamento degli atti di controllo annuale)

1. Per l'approvazione e il consolidamento degli atti di controllo annuale degli enti del Servizio sanitario regionale si applicano, in quanto compatibili, l'articolo 52, commi 1, 2 e 3, nonché l'articolo 53, comma 3.
2. Ai sensi dell' articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 118/2011 , con deliberazione della Giunta regionale è approvato il bilancio di esercizio consolidato dell'esercizio precedente.

Capo II

Modifiche al capo IV della legge regionale 26/2015

Art. 56

(Sostituzione dell' articolo 43 della legge regionale 26/2015)

1. L' articolo 43 della legge regionale 26/2015 è sostituito dal seguente:

<<Art. 43

(Processo di controllo)

1. Il processo di controllo della gestione degli enti del Servizio sanitario regionale si articola in:

- a) controllo trimestrale di cui all'articolo 44;
- b) controllo annuale.

2. Gli obiettivi di performance degli enti del Servizio sanitario regionale sono monitorati dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute di cui all' articolo 3 della legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 (Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale), e detti enti possono presentare proposte di modifica in sede di rendicontazione trimestrale.

3. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute fornisce agli enti del Servizio sanitario regionale indicazioni operative ai fini del controllo di cui al comma 1.

4. Il processo di controllo della gestione dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute di cui al comma 1 è effettuato dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.>>.

Art. 57

(Sostituzione dell' articolo 44 della legge regionale 26/2015)

1. L' articolo 44 della legge regionale 26/2015 è sostituito dal seguente:

<<Art. 44

(Controllo trimestrale della gestione)

1. Il Direttore generale è responsabile del risultato della gestione aziendale e ad esso competono, in particolare, i poteri e le attività di cui all' articolo 3, comma 6, del decreto legislativo 502/1992 .

2. Ai fini di cui al comma 1, il Direttore generale valuta, con periodicità almeno trimestrale l'andamento dei costi rispetto agli obiettivi di budget.

3. Il Direttore generale approva e trasmette con immediatezza all'Azienda regionale di coordinamento per la salute i report trimestrali rispettivamente entro il 31 maggio, il 31 luglio e il 31 ottobre.

4. L'Azienda regionale di coordinamento per la salute utilizza i rendiconti di cui al comma 3 al fine del progressivo controllo sull'andamento degli enti del Servizio sanitario regionale rispetto al piano attuativo di cui all'articolo 32 e produce trimestralmente alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità un rapporto complessivo del Servizio sanitario regionale, anche in relazione agli

investimenti.

5. La Giunta regionale approva, definendo gli eventuali interventi correttivi per l'anno in corso, il primo, il secondo e il terzo rendiconto trimestrale degli enti del Servizio sanitario regionale.>>.

Art. 58

(Modifiche all' articolo 45 della legge regionale 26/2015)

1. All'articolo 45 la parola << quadrimestrali >> è sostituita dalla seguente: << trimestrali >>.

Capo III

Modifiche alla legge regionale 6/2006

Art. 59

(Sostituzione dell' articolo 23 della legge regionale 6/2006)

1. L' articolo 23 della legge regionale 6/2006 è sostituito dal seguente:

<<Art. 23

(Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali)

1. Il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, di seguito denominato Piano sociale regionale, promuove azioni volte a garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza e definisce politiche integrate per la prevenzione, riduzione ed eliminazione delle condizioni di bisogno e di disagio, nonché per il contrasto dell'istituzionalizzazione.

2. Il Piano sociale regionale è coordinato con la programmazione regionale in materia sanitaria, sociosanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali ed è predisposto in conformità ai principi di sussidiarietà e adeguatezza, secondo il metodo della concertazione.

3. Il Piano sociale regionale, tenuto conto delle politiche di cui al titolo III, capo I, indica in particolare:

a) gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, i fattori di rischio sociale da contrastare e i relativi indicatori di verifica;

b) le aree e le azioni prioritarie di intervento, nonché le tipologie dei servizi, degli interventi e delle prestazioni;

c) i livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire sul territorio regionale e le condizioni di esigibilità delle medesime;

- d)** le modalità di finanziamento del sistema integrato;
- e)** le esigenze e gli interventi relativi alla formazione di base e alla formazione permanente del personale, da realizzarsi anche tramite attività formative rivolte congiuntamente al personale appartenente al settore sanitario e al settore sociale;
- f)** i criteri per la sperimentazione di servizi e interventi volti a rispondere a nuovi bisogni sociali e a introdurre modelli organizzativi e gestionali innovativi;
- g)** i criteri generali per l'accreditamento dei soggetti che concorrono alla realizzazione e gestione del sistema integrato;
- h)** i criteri e le modalità per la predisposizione della Carta dei diritti e dei servizi sociali di cui all'articolo 28;
- i)** i criteri e le modalità per la predisposizione di interventi e progetti integrati nelle materie di cui al comma 2;
- j)** il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali per le diverse tipologie di utenza.

4. Il Piano sociale regionale ha durata triennale e conserva efficacia sino all'approvazione di quello successivo. È approvato dalla Giunta regionale, previo parere del Consiglio delle autonomie locali e previo parere della competente Commissione consiliare, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, trascorsi i quali si prescinde dallo stesso.

5. La rilevazione delle condizioni di bisogno di cui al comma 1 viene effettuata mediante l'utilizzo di indicatori omogenei ai settori sanitario e socioassistenziale, definiti dalla Giunta regionale.>>.

Art. 60

(Inserimento dell'articolo 23 bis nella legge regionale 6/2006)

1. Dopo l' articolo 23 della legge regionale 6/2006 è inserito il seguente:

<<Art. 23 bis

(Piani regionali settoriali sociali)

1. La Regione promuove la realizzazione del sistema integrato anche tramite l'adozione di atti di programmazione relativi a specifiche aree di intervento ovvero a problematiche sociali emergenti, di seguito denominati Piani regionali settoriali sociali.

2. I Piani regionali settoriali individuano gli obiettivi da conseguire, le azioni da realizzare e le relative modalità, le risorse dedicate, i tempi di realizzazione delle azioni programmate e definiscono le attività per la verifica e la valutazione dei risultati.

3. I Piani regionali settoriali sono approvati dalla Giunta regionale, previo parere del Consiglio delle autonomie locali e previo parere della competente Commissione consiliare, che si esprime entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, decorsi i quali si prescinde dallo stesso.>>.

Art. 61

(Sostituzione dell' articolo 24 della legge regionale 6/2006)

1. L' articolo 24 della legge regionale 6/2006 è sostituito dal seguente:

<<Art. 24

(Piano di zona)

1. Il Piano di zona (PDZ) è lo strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti territoriali. Il PDZ costituisce inoltre mezzo di partecipazione degli attori sociali al sistema integrato.

2. Il PDZ è definito in coerenza con la programmazione regionale ed è coordinato con la programmazione locale in materia sanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali.

3. Il PDZ è informato ai principi di responsabilità, solidarietà e sussidiarietà e deve garantire un sistema efficace, efficiente, capace di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale, anche attraverso il coinvolgimento delle risorse locali di solidarietà e di auto-mutuo aiuto.

4. Il PDZ definisce in particolare:

a) l'analisi del bisogno;

b) gli obiettivi di sviluppo, tutela e inclusione sociale e i relativi indicatori di verifica;

c) gli obiettivi di sistema dei servizi e le priorità di intervento;

d) le modalità organizzative dei servizi;

e) le attività di tipo integrato previste dagli articoli 55, 56 e 57;

f) le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e servizi sociali locali e le quote rispettivamente a carico dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente e dei Comuni necessarie per l'integrazione sociosanitaria;

g) le modalità di coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;

h) le modalità di collaborazione tra servizi e soggetti impegnati nelle diverse forme di solidarietà sociale;

i) le forme di concertazione con l'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente, per garantire la cooperazione nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria;

j) le forme e gli strumenti comunicativi per favorire la conoscenza e la valutazione partecipata dei cittadini in merito alle attività, alle prestazioni e ai servizi disponibili, compresa la redazione, da parte degli enti e organismi gestori, del bilancio sociale.

5. Il PDZ può prevedere progetti di comunità riguardanti azioni e attività di prevenzione sociosanitaria e di promozione di adeguati stili di vita, diretti a gruppi a rischio sociale o sanitario, nonché a fasce di popolazione interessate da problematiche connesse ai cicli vitali dell'individuo e della famiglia.

6. Il PDZ è definito dai Comuni associati di cui al comma 1, con il concorso dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente, delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, e di tutti i soggetti di cui all' articolo 1, comma 4, della legge 328/2000 attivi nella programmazione, nell'organizzazione e nella gestione del sistema integrato a livello locale. In particolare è assicurato il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore di cui all' articolo 4 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106), nonché delle organizzazioni dei cittadini e delle loro associazioni.

7. Il PDZ è approvato con accordo di programma, promosso dal Presidente dell'Assemblea dei sindaci del Servizio sociale dei Comuni e sottoscritto dallo stesso, dai sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale di pertinenza e, in materia di integrazione sociosanitaria, dal Direttore generale dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente. È sottoscritto altresì dai Presidenti delle Aziende pubbliche di servizi alla persona e dai soggetti di cui all' articolo 1, comma 4, della legge 328/2000 , i quali partecipano alla conferenza finalizzata alla stipulazione dell'accordo di programma e concorrono all'attuazione degli obiettivi del PDZ con risorse proprie.

8. Il PDZ ha durata triennale e conserva efficacia fino all'entrata in vigore di quello successivo. Il PDZ è aggiornato annualmente mediante Piani attuativi annuali (PAA) che declinano per l'anno di riferimento le azioni che si intendono realizzare e le relative risorse da impiegare.

9. Ai fini della programmazione congiunta delle attività di cui al comma 4, lettera e), che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale finalizzate a garantire, entro un quadro unitario, percorsi integrati per il benessere della persona, il PAA, di cui all'articolo 20, comma 3, lettera b), contiene un apposito allegato di programmazione integrata locale in materia sociosanitaria che prevede azioni individuate congiuntamente tra il Servizio sociale dei Comuni e l'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente con il coinvolgimento di tutte le strutture operative, relative alle seguenti aree di integrazione sociosanitaria:

a) prestazioni a persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse;

b) prestazioni a persone affette da patologie con indicazione di cure palliative;

c) prestazioni a persone con disabilità;

d) prestazioni a minori con disturbo in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;

- e) prestazioni a persone con disturbo mentale;
- f) prestazioni a persone con dipendenza patologica;
- g) prestazioni di assistenza distrettuale a minori, donne, coppie e famiglie.

10. Il documento recante le azioni programmate in materia di integrazione sociosanitaria, regolate con atto di intesa tra gli enti locali e gli enti del Servizio sanitario regionale, è allegato al PAA e al Piano attuativo del corrispondente ente del Servizio sanitario.>>.

Art. 62

(Sostituzione dell' articolo 27 della legge regionale 6/2006)

1. L' articolo 27 della legge regionale 6/2006 è sostituito dal seguente:

<<Art. 27

(Commissione regionale per le politiche sociali)

1. Al fine di assicurare il concorso delle parti sociali nella determinazione delle politiche in materia socioassistenziale, sociosanitaria e socioeducativa, nonché nella definizione delle relative scelte programmatiche di indirizzo, è istituita la Commissione regionale per le politiche sociali, di seguito denominata Commissione regionale.

2. La Commissione regionale svolge funzioni consultive e propositive in materia di sistema integrato e può promuovere iniziative di conoscenza dei fenomeni sociali di interesse regionale.

3. La Commissione regionale è costituita con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente in materia di salute e protezione sociale, ed è composta da:

- a) l'Assessore competente in materia di salute e protezione sociale, con funzioni di Presidente;
- b) il Direttore centrale competente in materia di salute e protezione sociale o suo delegato;
- c) il Direttore dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute o suo delegato;
- d) i Direttori di Servizio competenti in materia di protezione sociale, integrazione socio sanitaria e Terzo settore o loro delegati;
- e) due rappresentanti designati da ANCI Federsanità;
- f) due rappresentanti designati dall'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) - Friuli Venezia Giulia;

- g)** un rappresentante designato dalla Conferenza dei Servizi sociali dei Comuni di cui all'articolo 20 bis;
- h)** tre rappresentanti designati dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul territorio regionale;
- i)** tre rappresentanti designati dal Forum del Terzo settore;
- j)** due rappresentanti designati dall'Ordine degli assistenti sociali;
- k)** un rappresentante designato dalla Commissione regionale per le pari opportunità tra uomo e donna;
- l)** due rappresentanti designati dalla Consulta regionale delle associazioni di persone disabili e delle loro famiglie.

4. La Commissione può essere validamente costituita con la nomina di almeno due terzi dei componenti, fatta salva la sua successiva integrazione.

5. Alle sedute della Commissione regionale partecipano gli assessori regionali competenti per le materie in discussione. In relazione agli argomenti trattati sono invitate a partecipare le associazioni rappresentative dei soggetti gestori dei servizi.

6. La Commissione regionale ha sede presso la Direzione centrale competente in materia di salute e protezione sociale e rimane in carica per la durata della legislatura regionale. Si riunisce almeno due volte all'anno, ogni volta che il Presidente lo ritenga necessario o entro trenta giorni dalla presentazione di una richiesta motivata di un terzo dei componenti. Le modalità di funzionamento della Commissione regionale, ivi inclusa la possibilità di articolazione in sottocommissioni, sono disciplinate con regolamento interno, approvato dalla Commissione stessa.

7. Le funzioni di segretario sono svolte da un dipendente regionale di categoria non inferiore a C, nominato dal Direttore centrale competente. Con deliberazione della Giunta regionale sono determinate le indennità destinate ai componenti della Commissione.>>.

TITOLO V

STRUTTURE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

Art. 63

(Autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie)

1. L'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è rilasciata dal Comune in cui ha sede la struttura, nell'esercizio delle proprie competenze in materia

edilizia ai sensi della normativa vigente.

2. Il Comune, nell'esercizio delle sue competenze, acquisisce dalla Regione, Direzione centrale competente in materia, il preventivo parere di compatibilità del progetto con il complessivo fabbisogno regionale e con la localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale.

3. Le modalità e gli ambiti di applicazione della verifica di compatibilità, con individuazione delle tipologie di strutture o dei settori di attività, sono stabiliti con deliberazione della Giunta regionale.

4. L'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e quella delle strutture private sono rilasciate, rispettivamente, dalla Regione, Direzione centrale competente in materia, e dall'ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente, sulla base della verifica di conformità ai requisiti prescritti.

5. Fatte salve quelle già rilasciate, l'autorizzazione per l'esercizio delle attività delle strutture sociosanitarie non gestite direttamente dall'ente del Servizio sanitario regionale è rilasciata dallo stesso.

6. Con regolamento, da adottarsi entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti:

a) i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le diverse tipologie di strutture sanitarie e sociosanitarie;

b) la procedura per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie e all'esercizio delle relative attività.

7. Fermo restando quanto previsto al comma 6, nelle more dell'adozione del regolamento, trovano applicazione i requisiti e le procedure stabiliti con i provvedimenti adottati sulla base della previgente normativa.

8. Il rilascio delle autorizzazioni per la realizzazione delle strutture e per l'esercizio delle attività non determina, in alcun modo, l'accreditamento delle strutture e la sussistenza degli accordi contrattuali.

Art. 64

(Accreditamento di strutture sanitarie e sociosanitarie)

1. L'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private è rilasciato dalla Regione, Direzione centrale competente in materia, subordinatamente alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, nonché della conformità ai requisiti adottati in coerenza con la vigente normativa di riferimento.

2. Con regolamento, da adottarsi entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti:

a) i requisiti ulteriori di qualificazione rispetto a quelli stabiliti ai fini autorizzativi di cui all'articolo 63;

b) la procedura per il rilascio e per il mantenimento dell'accreditamento delle strutture.

3. Fermo restando quanto stabilito al comma 2, nelle more dell'adozione del regolamento, trovano applicazione i requisiti e le procedure stabiliti con i provvedimenti adottati sulla base della previgente normativa.

4. La qualità di soggetto accreditato costituisce vincolo per gli enti del Servizio sanitario regionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate esclusivamente per effetto degli accordi contrattuali stipulati da detti enti con le strutture private accreditate.

5. La Giunta regionale, al fine di assicurare un'efficace competizione tra le strutture private accreditate, anche in considerazione di esigenze connesse all'assistenza espresse dagli enti del Servizio sanitario regionale, determina i limiti entro i quali procedere ad accreditare un numero di strutture che può essere superiore al fabbisogno programmato.

Art. 65

(Accordi contrattuali)

1. Gli accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e gli accordi aziendali con le strutture accreditate sono definiti in coerenza con la programmazione regionale, che determina il fabbisogno e le risorse sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi.

2. Gli enti del Servizio sanitario regionale territorialmente competenti, sulla base del fabbisogno programmato, selezionano le strutture private accreditate con le quali stipulare gli accordi contrattuali. Esclusivamente per effetto di detta stipula le strutture private accreditate erogano prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio sanitario regionale.

3. Con deliberazione della Giunta regionale sono stabilite le procedure attuative di cui al comma 1.

4. I rapporti economici con gli erogatori privati di servizi sanitari si regolano tramite nomenclatori tariffari, repertori prestazionali e per specifici percorsi assistenziali omnicomprensivi. Le strutture sociosanitarie si remunerano per giornata di ospitalità connessa con l'intensità assistenziale della prestazione.

5. Con deliberazione della Giunta regionale sono approvati i nomenclatori tariffari, i repertori prestazionali e gli specifici percorsi assistenziali di cui al comma 4.

6. I criteri, i limiti e le modalità di remunerazione per le prestazioni erogate dalle strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti sono definiti con regolamento da adottarsi entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

7. Dalla data di avvio del nuovo sistema di finanziamento di cui al comma 6 sono abrogati i commi da 1 a 5 bis dell' articolo 13 della legge regionale 8 aprile 1997, n. 10 (Legge finanziaria 1997).

Art. 66

(Controlli sulle prestazioni erogate)

1. Ai fini dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni, con deliberazione della Giunta regionale sono stabiliti i criteri e le modalità di controllo delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate sia dalle strutture pubbliche che dalle strutture private di cui all'articolo 65.
2. L'attività di controllo sulle prestazioni erogate è assicurata da un organismo istituito in seno alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, denominato Nucleo regionale di controllo, la cui composizione è stabilita con la deliberazione giuntale di cui al comma 1. Il Nucleo è composto da più componenti, anche in rappresentanza dell'Azienda regionale di coordinamento per la salute e la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità ne assume la presidenza.
3. Il Nucleo regionale di controllo, nominato con deliberazione della Giunta regionale, coordina e verifica l'appropriatezza e l'uniformità dei controlli di cui al comma 1 di competenza degli enti del Servizio sanitario regionale.
4. Con deliberazione della Giunta regionale è approvato il piano annuale dei controlli.

Art. 67

(Sanzioni amministrative)

1. In caso di violazione della normativa vigente in materia di esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria trovano applicazione gli articoli 4 bis e 4 ter della legge regionale 9 marzo 2001, n. 8 (Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali).

TITOLO VI

FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 68

(Finanziamento degli enti del Servizio sanitario regionale)

1. Il finanziamento del Servizio sanitario regionale è stabilito in relazione ai tre fondamentali livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 sulla base di criteri o percentuali rideterminabili annualmente con le linee per la gestione di cui all'articolo 50, al fine di perseguire progressivamente la convergenza tra costi e fabbisogni standard, in condizioni di efficienza e appropriatezza, coerentemente alla programmazione regionale.
2. La ripartizione delle risorse di cui al comma 1, in relazione alle attività assicurate dagli enti di cui all'

articolo 3 della legge regionale 27/2018 , viene effettuata in considerazione:

a) del numero della popolazione degli ambiti territoriali di competenza, corretto per età, indice di morbilità, esito assistenziale e indice di dipendenza assistenziale;

b) dei costi connessi alle funzioni assicurate, anche in relazione a specifici progetti o obiettivi.

3. Per i fini di cui al comma 1, il finanziamento in conto capitale del Servizio sanitario regionale avviene tenuto conto di quanto stabilito ai sensi dell' articolo 33 della legge regionale 26/2015 .

TITOLO VII

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 69

(Norma finanziaria)

1. Per le finalità di cui agli articoli 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26 e 65, si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 1 (Servizio sanitario regionale -finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.

2. Per le finalità di cui all'articolo 35, comma 1, lettera a), si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) -Programma n. 1 (Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.

3. Per le finalità di cui all'articolo 35, comma 1, lettera b), e comma 3, si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 7 (Ulteriori spese in materia sanitaria) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.

4. Per le finalità di cui all'articolo 37, comma 1, si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 1 (Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.

5. Per le finalità di cui all'articolo 39, comma 1, si provvede, relativamente alle spese correnti, a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 7 (Ulteriori spese in materia sanitaria) - Titolo n. 1 (Spese correnti) e, relativamente alle spese in conto capitale, a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 7 (Ulteriori spese in materia sanitaria) - Titolo n. 2 (Spese in conto capitale) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.

6. Per le finalità di cui all'articolo 40 si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13

(Tutela della salute) - Programma n. 5 (Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari) - Titolo n. 1 (Spese correnti) e Titolo n. 2 (Spese in conto capitale) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.

7. Per le finalità di cui all'articolo 66 e all'articolo 27 della legge regionale 6/2006 , come sostituito dall'articolo 62, si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 7 (Ulteriori spese in materia sanitaria) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2019-2021.

Art. 70

(Clausola valutativa)

1. Il Consiglio regionale controlla l'attuazione della presente legge e valuta i risultati ottenuti. A tal fine la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione annuale che descrive lo stato di attuazione degli adempimenti previsti.

2. In particolare, entro il 31 dicembre 2020 e successivamente entro il 30 giugno di ciascun anno, la Giunta regionale, anche alla luce dei risultati dell'attività di coordinamento e controllo effettuata dall'Azienda regionale di coordinamento per la salute, ai sensi dell' articolo 4, comma 4, della legge regionale 27/2018 , presenta al Consiglio regionale una relazione che contiene i risultati del processo di riorganizzazione rispetto alla situazione in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, in riferimento a:

a) andamento dei costi complessivi e dettagliati del sistema, in relazione all'ambito sanitario e sociosanitario;

b) stato di avanzamento dell'attuazione della presente legge, anche attraverso gli atti conseguenti previsti;

c) numero di atti di pianificazione e programmazione di cui al titolo IV, capo I, approvati e relativo grado di attuazione e raggiungimento degli obiettivi ivi stabiliti.

3. Le relazioni e i relativi atti consiliari che ne concludono l'esame sono pubblicati nel sito web del Consiglio regionale.

4. La Giunta regionale tiene conto degli esiti del controllo e della valutazione consiliare in occasione delle attività di pianificazione e programmazione di cui al titolo IV, capo I.

Art. 71

(Abrogazioni)

1. Sono abrogate le norme regionali in contrasto con quanto previsto dalla presente legge e, in particolare:

a) la legge regionale 11 novembre 2013, n. 17 (Finalità e principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale);

b) gli articoli 7, 8, 10 e 11 della legge regionale 17 agosto 2004, n. 23 (Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale);

c) la 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).

2. La legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria), è abrogata a decorrere dall'1 gennaio 2020, fatta eccezione per l'articolo 5, comma 1, lettera e), e comma 9, e per l'articolo 29, commi 1 bis, 1 ter e 1 quater.

3. Tutti i riferimenti normativi e regolamentari alle disposizioni abrogate dal presente articolo devono intendersi come richiami alle norme corrispondenti della presente legge.

Art. 72

(Disposizioni transitorie)

1. Il commissario unico dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" e il commissario unico dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine e dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli", nominati ai sensi dell' articolo 12 della legge regionale 27/2018 , ai fini di cui agli articoli 32 e 41 della legge regionale 26/2015 , a garanzia della continuità dell'assistenza, approvano gli atti di programmazione aziendale sanitaria e sociosanitaria in relazione all'avvio del nuovo assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale di cui alla legge regionale 27/2018 , sulla base di quanto stabilito dalle linee annuali per la gestione di cui all'articolo 50.

2. Fino al 31 dicembre 2019, gli atti di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria sono adottati sulla base della previgente normativa.

3. Per l'anno 2020 i direttori generali dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina e dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale recepiscono, entro il 10 gennaio 2020, la programmazione della gestione commissariale degli enti del Servizio sanitario regionale come stabilito dall' articolo 11 della legge regionale 27/2018 .

4. Il direttore generale dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, ai fini del controllo annuale, approva gli atti della soppressa Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 " Bassa Friulana-Isontina " e della soppressa Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste. Il direttore generale dell'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale, ai fini del controllo annuale, approva gli atti della soppressa Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 " Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli " e della soppressa Azienda sanitaria universitaria integrata di Udine.

5. Le poste di credito e debito risultanti dagli atti della soppressa Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 " Bassa Friulana-Isontina " sono trasferite nel bilancio dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina.

Art. 73

(Norma di rinvio)

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

Art. 74

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione.