

**Regione Friuli Venezia Giulia**  
**Legge regionale 19 maggio 1998, n. 10.**

“Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle  
persone anziane, nonché modifiche all’articolo 15 della legge  
regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-  
assistenziali”.

(Pubblicata nel B.U.R. del 20 maggio 1998, n. 20)

**CAPO I - OGGETTO, FINALITÀ, OBIETTIVI, DESTINATARI E SOGGETTI**

**Art. 1 - Oggetto**

1. La presente legge detta norme per la tutela della salute e la promozione sociale delle persone anziane, nonché le conseguenti disposizioni in materia di pianificazione socio-sanitaria integrata.

**Art. 2 - Finalità**

1. Le presenti norme sono intese a favorire il riconoscimento ed il rispetto dei diritti delle persone anziane, attraverso livelli uniformi di tutela della salute e la promozione e la valorizzazione del ruolo dell’anziano.

2. Le finalità di cui al comma 1 si realizzano in particolare:

- a) prevenendo il rischio di perdita dell’autonomia e dell’autosufficienza;
- b) favorendo la permanenza dell’anziano nel proprio contesto familiare e sociale;
- c) adeguando l’offerta di servizi e strutture, in particolare per i non autosufficienti;
- d) attuando interventi che assicurino all’anziano e alla sua famiglia, nell’ambito di adeguate relazioni con le istituzioni, un pieno coinvolgimento nelle forme di assistenza, con la garanzia del rispetto del diritto di libera scelta.

3. Le presenti norme costituiscono altresì strumento di pianificazione socio-sanitaria integrata, ai sensi dell’articolo 41 della legge regionale 19 dicembre 1996, n. 49.

**Art. 3 - Obiettivi**

1. Le finalità di cui all’articolo 2 sono perseguite, nell’ambito di una politica complessiva in favore della persona anziana, attraverso i seguenti obiettivi prioritari:

- a) il riordino, in senso integrato, della normativa regionale in materia di tutela della salute degli anziani;
- b) l’istituzione e l’organizzazione di un qualificato sistema di servizi ad alta integrazione socio-sanitaria, in grado di rispondere ai bisogni assistenziali complessi delle persone anziane;
- c) il perseguimento dell’omogeneità territoriale dell’offerta di servizi, con particolare riferimento all’assistenza residenziale per non autosufficienti, anche attraverso una omogenea ripartizione delle risorse nel territorio regionale;
- d) il coordinamento e l’integrazione degli interventi programmatici nei settori della casa,

dei trasporti, delle attività turistico-ricreative, della cultura e della formazione, al fine di favorire la promozione sociale della persona anziana e di prevenire il rischio di emarginazione;

e) la qualificazione delle prestazioni da attuarsi attraverso l'adozione e la diffusione di adeguate metodologie integrate di valutazione e programmazione assistenziale personalizzata, nonché mediante l'utilizzo di modelli operativi favorevoli, specie nelle strutture di accogliimento, il processo di umanizzazione delle prestazioni;

f) la valorizzazione dell'attività formativa e di aggiornamento, specie quella favorevole i processi di integrazione, rivolta al personale operante nei settori considerati nella presente legge, al fine di garantire la costante presenza di adeguati livelli di professionalità;

g) la valorizzazione del ruolo della famiglia come luogo privilegiato di accoglienza, cura e recupero;

h) il riconoscimento dell'apporto originale ed autonomo delle organizzazioni di volontariato e della cooperazione sociale e delle istituzioni del privato sociale, nonché degli altri soggetti privati che concorrono a realizzare le varie forme di intervento a favore delle persone anziane;

i) la razionalizzazione della spesa complessiva e la gestione coordinata delle risorse disponibili;

l) l'istituzione dell'Osservatorio regionale per l'anziano, avente il compito di rilevare e analizzare i bisogni complessivi della relativa fascia di popolazione onde consentire l'individuazione degli strumenti atti al loro soddisfacimento e la definizione del relativo fabbisogno.

#### **Art. 4 - Destinatari**

1. Gli interventi previsti dalla presente legge sono destinati agli anziani residenti nella regione Friuli- Venezia Giulia, nonché, nei limiti e con le modalità previsti dalle normative vigenti, agli stranieri ed apolidi residenti con permesso di soggiorno e a tutte le persone dimoranti che siano bisognose di interventi non differibili. In particolare, le forme d'intervento ad alta integrazione socio-sanitaria di cui al capo III, sezione II, sono di norma destinate agli ultrasessantacinquenni, le cui condizioni ne richiedano l'attivazione, fatta salva l'estensione ai soggetti al di sotto dei 65 anni, di cui sia riconosciuta la permanente o la temporanea condizione di non autosufficienza.

2. Il riconoscimento delle condizioni di cui al comma 1 è effettuato a livello distrettuale mediante l'utilizzo di un metodo di valutazione multidimensionale, adottato con apposito provvedimento della Giunta regionale, a valere su tutto il territorio regionale.

#### **Art. 5 - Soggetti degli interventi**

1. Alla realizzazione degli obiettivi di cui all'articolo 3, concorrono, nell'esercizio delle competenze loro attribuite dalla normativa vigente, i seguenti soggetti:

a) la Regione;

b) i Comuni singoli e associati;

c) le Province;

d) le Aziende per i servizi sanitari;

e) le Aziende ospedaliere;

f) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;

g) le Università;

h) i medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale;

- i) le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;
  - l) le associazioni e le istituzioni del settore privato-sociale operanti con fini di solidarietà sociale, che erogano servizi e prestazioni assistenziali;
  - m) le organizzazioni di volontariato;
  - n) le strutture sanitarie private accreditate ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall'articolo 9 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dall'articolo 6 della legge 23 dicembre 1994, n. 724;
  - o) gli altri soggetti privati operanti nell'ambito delle finalità di cui alla presente legge.
2. Per il medesimo fine concorrono altresì, direttamente ovvero tramite le associazioni rappresentative, le famiglie e gli affidatari delle persone anziane nonché i singoli cittadini, che si attivano in tale campo volontariamente e senza fini di lucro.

## **CAPO II - RUOLI ISTITUZIONALI E DEGLI ALTRI SOGGETTI**

### **Art. 6 - Compiti della Regione**

1. La Regione svolge compiti di pianificazione, promozione, indirizzo e coordinamento, nonché di vigilanza e verifica. In particolare:
- a) costituisce l'Osservatorio regionale per l'anziano di cui all'articolo 7;
  - b) promuove le azioni volte a dar attuazione alle disposizioni di cui al capo III, sezione I;
  - c) interviene nelle materie di cui al capo III, sezione II, adottando, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, appositi provvedimenti della Giunta regionale, comprendenti in particolare:
    - 1) criteri organizzativi e standard minimi dei servizi territoriali, integrando norme regolamentari e indirizzi esistenti;
    - 2) la definizione di una rete di strutture residenziali per anziani, accreditate per differenti livelli di intensità assistenziale sulla base degli standard gestionali e strutturali previsti dalle vigenti norme regolamentari;
    - 3) le modalità di accesso dell'utenza alle strutture di cui al punto 2), nonché i criteri di quantificazione degli oneri sanitari, ivi inclusi quelli di rilievo sanitario di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 agosto 1985, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 agosto 1985, n. 191, e di rilievo socio-assistenziale, da porsi a carico dei vari soggetti istituzionali competenti e dell'utenza, in relazione al livello dei servizi sanitari e assistenziali assicurato;
    - 4) le modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica, nonché dei presidi e degli ausili sanitari in favore degli utenti ospiti di residenze protette e di quelli trattati in regime di assistenza domiciliare integrata o di spedalizzazione domiciliare;
  - d) interviene nelle materie di cui al capo III, sezione II, emanando, a conclusione della fase sperimentale di cui all'articolo 17, comma 5, della legge regionale 27 febbraio 1995, n. 13, e comunque non oltre l'adozione del secondo piano di intervento a medio termine, di cui all'articolo 3 della legge regionale 15 giugno 1993, n. 41, la disciplina definitiva riguardante la partecipazione alla spesa da parte degli assistiti ospiti nelle residenze sanitarie assistenziali;
  - e) promuove, per il perseguimento dell'integrazione tra i servizi socio-assistenziali e sanitari, l'adozione dei modelli istituzionali previsti all'articolo 41, comma 2, della legge regionale 49/1996;
  - f) promuove la formazione e l'aggiornamento degli operatori di cui all'articolo 3, comma 1, lettera f), attraverso specifici programmi biennali, di cui il primo è approvato dalla Giunta regionale entro e non oltre il 31 dicembre 1998, che tengano conto anche delle

esigenze formative evidenziate dalle associazioni e dalle istituzioni del privato sociale;

g) svolge funzioni di vigilanza e verifica sul raggiungimento dei livelli di tutela e assistenza, anche avvalendosi, ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale 5 settembre 1995, n. 37, come modificato dall'articolo 7 della legge regionale 9 settembre 1997, n. 32, del supporto dell'Agenzia regionale della sanità;

h) promuove la razionalizzazione e l'uso coordinato di tutte le risorse impiegate nel settore e provvede alla loro ripartizione.

## **Art. 7 - ABROGATO**

## **Art. 8 - Compiti dei Comuni**

1. I Comuni sono sede rappresentativa dei bisogni di tutela dei cittadini e sono titolari delle funzioni concernenti l'assistenza e l'integrazione sociale, che essi esercitano, in forma singola o associata, con le modalità previste dalla vigente normativa e sulla base delle determinazioni assunte dall'assemblea dei sindaci di cui all'articolo 40 della legge regionale 49/1996, ai sensi del comma 5 del medesimo articolo, come modificato dall'articolo 10 della legge regionale 32/1997.

2. Ferme restando le competenze in materia socio- assistenziale attribuite dalla legge regionale 19 maggio 1988, n. 33, in quanto compatibili con la presente legge, nelle specifiche materie oggetto di quest'ultima, i Comuni hanno in particolare il compito di:

a) partecipare, con la Regione, all'individuazione delle azioni positive previste all'articolo 19 e predisporre i relativi programmi attuativi, alla cui realizzazione altresì essi provvedono, ai sensi del comma 2 dell'articolo 19, con modalità favorevoli la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni e con il coinvolgimento, ai sensi dell'articolo 13, delle famiglie;

b) avviare le iniziative di propria competenza per l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 22;

c) prescegliere, per lo svolgimento delle attività connesse con l'attuazione degli interventi ad alta integrazione socio-sanitaria disciplinati al capo III, sezione II, il modello istituzionale tra quelli individuati all'articolo 41, comma 2, della legge regionale 49/1996;

d) intervenire, in sede di assemblea di cui al comma 1, nella programmazione e nella verifica degli interventi nelle materie ad alta integrazione di cui alla lettera b), con le modalità di cui all'articolo 40, comma 5, lettere a) e b bis), della legge regionale 49/1996, come modificato dall'articolo 10 della legge regionale 32/1997. Al riguardo, all'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale spetta in particolare:

1) deliberare, previo accordo con la competente Azienda per i servizi sanitari, il piano annuale degli interventi e dei servizi integrati da realizzare nell'area distrettuale, tramite il quale concorrere, in sede di definizione del piano annuale della medesima Azienda, alle specificazioni riferite al proprio ambito territoriale;

2) adottare il piano annuale di utilizzo delle risorse umane e finanziarie socio-assistenziali, in coerenza con le previsioni di cui al punto 1);

3) individuare, nell'ambito del medesimo piano di cui al punto 2), la componente sociale dell'Unità organizzativa di cui all'articolo 24 e dell'Unità di valutazione distrettuale (UVD) di cui all'articolo 25, nonché quella per le attività di cui all'articolo 26;

4) individuare, nell'ambito del piano di cui al punto 1), i servizi socio-assistenziali erogabili in forma diretta, nonché quelli alla cui erogazione possono provvedere, in forma indiretta e secondo il principio di sussidiarietà, le istituzioni pubbliche di assistenza e

beneficenza ovvero le istituzioni e le associazioni afferenti al settore privato-sociale, nonché le organizzazioni del volontariato;

5) definire, in coerenza con il modello istituzionale prescelto e nel rispetto del piano annuale di utilizzo, gli atti formali finalizzati all'operatività del personale impegnato nei servizi e nelle attività di tipo integrato;

6) concorrere, per il tramite degli operatori indicati al punto 3), all'elaborazione dei programmi assistenziali personalizzati di cui all'articolo 25, nonché all'applicazione, allo sviluppo e all'evoluzione delle metodologie di valutazione multidimensionale;

7) definire le modalità per l'esercizio dell'attività di valutazione e verifica degli interventi, dei livelli di assistenza assicurati e del grado di efficienza dei servizi;

8) promuovere e organizzare, su indicazione della Regione ovvero a seguito di programmazione autonoma o di concerto con le Aziende per i servizi sanitari, attività di formazione e di aggiornamento a favore degli operatori coinvolti nel sistema dei servizi socio-sanitari integrati a favore delle persone anziane.

### **Art. 9 - Compiti delle Aziende per i servizi sanitari**

1. Le Aziende per i servizi sanitari intervengono nei confronti dei soggetti anziani nel quadro delle attribuzioni conferite dalla legislazione vigente in materia di tutela della salute del cittadino, con riguardo alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione. A tal fine assicurano un'offerta complessiva di servizi per il tramite dei distretti e delle altre strutture operative.

2. Per perseguire le finalità specifiche della presente legge ed in particolare per realizzare il coordinamento e l'integrazione degli interventi, le Aziende per i servizi sanitari:

a) garantiscono l'attivazione delle funzioni distrettuali di cui all'articolo 24 in conformità con le previsioni del piano annuale definito ai sensi dell'articolo 8, comma 2, lettera d), punto 1), e deliberato dall'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale;

b) assicurano, in sede di predisposizione dei piani annuali d'azienda di cui all'articolo 14, commi 7 e 8, della legge regionale 30 agosto 1994, n. 12, la programmazione unitaria delle attività di propria competenza in conformità alle determinazioni di cui all'articolo 8, comma 2, lettera d), punto 1), nonché tenendo conto delle indicazioni contenute nelle intese di programma ovvero negli atti di delega;

c) assicurano altresì:

1) modalità organizzative che agevolino l'accesso ai trattamenti ospedalieri e ambulatoriali delle persone che presentano evidenti esigenze riferibili alla complessiva condizione dell'età anziana;

2) il necessario coordinamento, in relazione alle problematiche connesse con le dimissioni ospedaliere, tra i servizi socio-sanitari territoriali e le strutture di degenza, volto tra l'altro a verificare anticipatamente la sussistenza a livello territoriale, per i singoli casi esaminati, delle condizioni atte a consentire le dimissioni senza pregiudizio per la continuità assistenziale;

d) promuovono e stipulano, con le istituzioni di cui all'articolo 10, appositi accordi finalizzati a disciplinare la partecipazione coordinata e integrata di queste ultime al sistema dei servizi per l'anziano e volti ad assicurare in particolare:

1) un'azione coordinata, a garanzia della continuità assistenziale, all'atto del ricovero e della dimissione ospedaliera, nonché in caso di attivazione del servizio di spedalizzazione domiciliare;

2) l'intervento, ove richiesto, del personale dipendente dalle istituzioni di cui all'articolo 10

nei servizi territoriali e nell'Unità di valutazione distrettuale (UVD) di cui all'articolo 25;

e) stipulano apposite convenzioni con i soggetti pubblici e con quelli del settore privato-sociale che gestiscono strutture residenziali accreditate;

f) valorizzano, nell'ambito dei rapporti previsti dalla legge regionale 12/1995, il ruolo delle associazioni di volontariato;

g) organizzano, su indicazione della Regione ovvero a seguito di programmazione autonoma o di concerto con i Comuni, attività di formazione e aggiornamento degli operatori coinvolti nel sistema dei servizi socio-sanitari integrati a favore delle persone anziane.

#### **Art. 10 - Compiti delle Aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e delle Università**

1. Le Aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e le Università esercitano le funzioni correlate ai loro fini istituzionali.
2. I soggetti di cui al comma 1 concorrono al perseguimento degli obiettivi della presente legge attraverso:
  - a) gli accordi di cui all'articolo 9, comma 2, lettera d);
  - b) la costituzione di appositi coordinamenti aventi in particolare il compito di raccordarsi con il distretto di appartenenza dei pazienti al fine di garantire che le dimissioni degli stessi, in relazione ai bisogni riscontrati attraverso una congiunta valutazione multidimensionale intra ed extraospedaliera, avvengano senza pregiudizio, per la continuità assistenziale;
  - c) la predisposizione di modalità organizzative che agevolino l'accesso ai trattamenti ospedalieri e ambulatoriali delle persone che presentano evidenti esigenze riferibili alla complessiva condizione dell'età anziana;
  - d) il coordinato utilizzo delle risorse del volontariato, nell'ambito dei rapporti previsti dalla legge regionale 12/1995.

#### **Art. 11 - Compiti dei medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale**

1. I medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale intervengono nell'ambito delle competenze agli stessi attribuite dall'accordo collettivo nazionale di lavoro, nonché nell'ambito degli istituti contrattuali oggetto di appositi accordi regionali.
2. I medici di cui al comma 1 operano nel distretto concorrendo al potenziamento delle attività territoriali ed allo sviluppo delle modalità integrate d'intervento previste dalla presente legge, partecipando alle attività dell'Unità di valutazione distrettuale (UVD) di cui all'articolo 25, nonché assumendo, in ordine all'attuazione degli interventi al domicilio dell'assistito, le responsabilità di cui all'articolo 26, comma 3.
3. I medici di medicina generale devono essere compiutamente informati ed aggiornati in ordine all'offerta complessiva di tutti i servizi disponibili sul territorio.

#### **Art. 12 - Compiti delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza**

1. Nel rispetto dell'autonomia assicurata dai rispettivi statuti ed in considerazione della rilevanza sociale della loro attività, le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza concorrono alla realizzazione della rete dei servizi prevista dalla presente legge,

raccordandosi con gli altri soggetti di cui all'articolo 5 attraverso la stipula, ove necessaria, di apposite convenzioni.

### **Art. 13 - Ruolo delle famiglie**

1. Le famiglie hanno, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, il diritto ad essere compiutamente informate in ordine all'offerta complessiva di servizi esistente sul territorio e ad essere coinvolte, come risorsa qualificante del sistema dei servizi e nel rispetto del diritto di libera scelta riconosciuto ai sensi dell'articolo 2, comma 2, nell'elaborazione e nell'attuazione del programma assistenziale di cui all'articolo 25, comma 3, nonché nell'attivazione delle azioni dei Comuni rientranti nelle finalità di cui all'articolo 19.

### **Art. 14 - Compiti delle associazioni e dei soggetti privati appartenenti al settore del privato sociale**

1. I soggetti privati operanti senza scopo di lucro per finalità di utilità sociale concorrono alla realizzazione della rete dei servizi previsti dalla presente legge, alle condizioni e con le modalità indicate dalla normativa regionale in materia.
2. I soggetti di cui al comma 1 svolgono la loro attività nella salvaguardia della propria autonomia e sulla base dei rispettivi statuti; ad essi viene riconosciuta piena parità di diritti e di doveri rispetto ai soggetti pubblici che erogano analoghi servizi.
3. I soggetti di cui al comma 1 fanno parte della rete dei servizi di cui alla presente legge a seguito di appositi atti convenzionali stipulati con gli enti locali singoli o associati ovvero con le Aziende per i servizi sanitari, secondo le rispettive competenze o mandati.

### **Art. 15 - Compiti delle organizzazioni di volontariato**

1. Nel rispetto dell'autonomia ed in considerazione del loro ruolo sociale, le organizzazioni di cui all'articolo 5, comma 1, lettera m), concorrono alla realizzazione della rete dei servizi prevista dalla presente legge, nel quadro dei rapporti disciplinati dalla legge regionale 12/1995.

### **Art. 16 - Compiti delle strutture sanitarie private**

1. Le strutture sanitarie private concorrono a realizzare gli obiettivi specifici di cui alla presente legge attivando sistematici rapporti con i distretti, con particolare riguardo agli aspetti connessi con le dimissioni protette dei pazienti.

### **Art. 17 - Compiti dei restanti soggetti privati operanti nel settore dei servizi a favore della popolazione anziana**

1. I restanti soggetti privati operanti nel settore dell'assistenza alla popolazione anziana integrano la rete dei servizi contemplata nella presente legge, agendo nell'ambito delle specifiche discipline normative di riferimento.
2. In particolare, i soggetti di cui al comma 1 che operino nel settore dell'assistenza residenziale, intervengono nella rete dei servizi con le modalità e nel rispetto degli standard di accreditamento di cui alla legge regionale 18 aprile 1997, n. 19.

## CAPO III - TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI E ORGANIZZAZIONE

### SEZIONE I - INTERVENTI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE SOCIALE

#### Art. 18 - Iniziative e strumenti d'intervento

1. Al fine di assicurare all'anziano condizioni di vita libera e dignitosa nel contesto sociale di appartenenza, la Regione, anche attraverso l'integrazione ed il coordinamento delle attività dei soggetti pubblici, privati e del volontariato operanti nei diversi settori d'intervento, promuove e favorisce:

- a) strategie preventive;
- b) forme innovative di solidarietà;
- c) contributi positivi di partecipazione sociale e iniziative di valorizzazione delle potenzialità degli anziani.

2. Per realizzare le finalità di cui al comma 1 l'Amministrazione regionale:

- a) promuove l'educazione sociale e sanitaria all'invecchiamento;
- b) agevola l'accesso delle persone anziane all'informazione e ai servizi;
- c) favorisce, tramite le Amministrazioni provinciali e sulla base di apposita direttiva della Giunta regionale, forme di aggregazione sociale per gli anziani e apporti coordinati del volontariato;
- d) promuove la costituzione di gruppi d'appoggio psico-terapeutico per soggetti anziani a rischio di dipendenza;
- e) sostiene finanziariamente, in sede di riparto del fondo di cui all'articolo 3 della legge regionale 30 giugno 1993, n. 51, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della legge regionale 26 aprile 1995, n. 20, ed anche mediante finalizzazioni determinate dalla Giunta regionale, interventi rivolti al mantenimento o al recupero dell'autosufficienza economica, a migliorare la fruibilità dell'abitazione, al coinvolgimento in attività socialmente utili;
- f) contribuisce, ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale, al superamento delle barriere architettoniche;
- g) adotta le azioni positive di cui all'articolo 19 e le iniziative in materia edilizia di cui all'articolo 20.

#### Art. 19 - Azioni positive

1. In attuazione delle previsioni di cui all'articolo 18 l'Amministrazione regionale promuove, d'intesa con i Comuni, azioni positive che, afferendo in particolare ai settori delle attività turistiche, ricreative, culturali, formative e dei trasporti, perseguono l'obiettivo di prevenire l'isolamento e la vecchiaia patologica e di offrire opportunità di vita favorendo altresì il coinvolgimento delle famiglie, la solidarietà e la comunicazione fra le generazioni.

2. Le azioni di cui al comma 1 sono attuate dai Comuni singoli o associati, sulla base di appositi programmi definiti annualmente dalla Giunta regionale, con modalità favorevoli la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni.

#### Art. 20 - Interventi in materia di edilizia abitativa

1. La Regione, allo scopo di prevenire l'emarginazione delle persone anziane ed evitare il loro sradicamento dall'ambiente di appartenenza, favorisce l'attuazione di interventi di



edilizia residenziale, tesi a realizzare abitazioni che rispondano alle esigenze della popolazione anziana. In particolare, nell'ambito dei programmi di edilizia residenziale, la Regione interviene:

- a) per incentivare il recupero o la costruzione di abitazioni funzionali alle esigenze di nuclei familiari costituiti da persone anziane;
- b) per incentivare il recupero o la costruzione di abitazioni da destinare a nuclei familiari all'interno dei quali convivono persone anziane;
- c) per incentivare interventi volti a dotare complessi residenziali di strutture destinate a servizi comuni fruibili dalle persone anziane.

2. La Regione assegna priorità, per gli interventi di cui alle lettere a) e c) del comma 1, a progetti tesi a rispondere alle esigenze della popolazione anziana che siano caratterizzati dall'adozione, nell'eseguire le ristrutturazioni o nelle nuove costruzioni, di materiali e di criteri costruttivi propri della bioedilizia e particolarmente attenti al risparmio delle risorse energetiche e naturali, nonché dall'adozione di sistemi informatici che consentano il monitoraggio e la programmazione degli interventi di assistenza e di servizio.

### **Art. 21 - Edilizia residenziale pubblica**

1. Per i medesimi fini di cui all'articolo 20, nell'ambito dei programmi di edilizia residenziale pubblica, gli Istituti autonomi per le case popolari (IACP), riservano, nei bandi di concorso, una quota non inferiore al 5 per cento di alloggi di superficie utile inferiore a 60 mq. in favore di persone singole che abbiano superato il sessantacinquesimo anno di età alla data di pubblicazione del bando, ovvero di nuclei familiari composti da non più di due persone delle quali una abbia superato, alla stessa data, il sessantacinquesimo anno di età. Detti alloggi devono essere individuati nell'ambito degli stabili privi di barriere architettoniche.

2. L'assegnazione degli alloggi di cui al comma 1 avviene in base a una graduatoria speciale riservata esclusivamente agli anziani, fermo restando il possesso dei requisiti prescritti dalla legge regionale 1 settembre 1982, n. 75, e successive modificazioni e integrazioni, con priorità ai residenti da almeno cinque anni nella regione Friuli-Venezia Giulia.

3. Nell'ambito della gestione del patrimonio abitativo esistente, i medesimi soggetti di cui al comma 1 possono altresì concorrere annualmente per l'assegnazione di alloggi di risulta, fatto salvo il diritto di precedenza delle categorie di cui all'articolo 52 della legge regionale 75/1982. Nel caso di cui al presente comma, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 52, quarto comma, della legge regionale 75/1982.

4. Gli IACP individuano annualmente una quota di alloggi di risulta dotati di ascensori o situati ai piani bassi da assegnare in cambio ai propri inquilini anziani abitanti in piani alti senza ascensore o che chiedano di avvicinarsi ai parenti per averne l'assistenza o abitino in alloggi sovradimensionati e siano disposti a trasferirsi in alloggi di minori dimensioni. Il cambio viene concesso secondo le modalità indicate dalla legge regionale 75/1982 e successive modificazioni e integrazioni e dal regolamento cambi di ogni singolo Istituto. I punteggi di selezione delle domande dovranno tenere conto prioritariamente dei nuclei familiari all'interno dei quali convivono anziani non autosufficienti.

5. Nei complessi residenziali gestiti dagli IACP con alta incidenza di persone anziane, la Regione promuove accordi e convenzioni tra enti pubblici, nonché tra questi, singolarmente o congiuntamente, e le cooperative sociali, le associazioni e i soggetti privati senza scopo di lucro, al fine di dotare i complessi residenziali di servizi, che rendano

possibile la permanenza degli anziani nella propria abitazione o presso il proprio nucleo familiare.

6. Per attuare le specifiche finalità di cui al comma 5, la Regione può promuovere e disciplinare, con provvedimento amministrativo, appositi progetti sperimentali.

## **Art. 22 - ABROGATO**

### **SEZIONE II - INTERVENTI SOCIO-SANITARI INTEGRATI**

#### **Art. 23 - Servizi socio-sanitari integrati**

1. Il sistema dei servizi socio-sanitari integrati a favore delle persone anziane, alla cui realizzazione concorrono i soggetti di cui all'articolo 5, si esprime attraverso le seguenti forme d'intervento:

- a) assistenza domiciliare integrata;
- b) spedalizzazione domiciliare;
- c) assistenza residenziale e semiresidenziale;
- d) telesoccorso-telecontrollo;
- e) assegno di cura e assistenza.

2. Il sistema di cui al comma 1 si definisce integrato in quanto ha il compito di valutare i bisogni dell'anziano nel loro complesso e di individuare, in relazione ai bisogni riscontrati e con particolare attenzione a quelli inespresi, gli idonei interventi di carattere sociale, sanitario e socio-sanitario, alla cui attuazione provvedono i competenti soggetti.

#### **Art. 24 - Funzioni distrettuali in materia di tutela della persona anziana**

1. Nell'ambito dei modelli istituzionali indicati al comma 2 dell'articolo 41 della legge regionale 49/1996 e in attuazione di quanto previsto al comma 1 del medesimo articolo, i distretti assicurano, tramite un modello organizzativo corrispondente almeno all'unità funzionale e rispondente al principio della flessibilità del servizio e della vicinanza agli utenti sancito all'articolo 41, comma 4, della legge regionale 49/1996, il coordinamento degli interventi e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie nella materia oggetto della presente legge, assolvendo, in particolare, ai seguenti compiti:

- a) screening socio-sanitario integrato per l'avvio dell'utente, sulla base del bisogno riconosciuto, ai competenti servizi sociali, sanitari o socio-sanitari integrati, previo coinvolgimento, ove previsto da specifiche norme od ove ravvisata la necessità, dell'Unità di valutazione distrettuale (UVD);
- b) raccordo operativo, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'ottimale utilizzo dei servizi, con tutte le strutture che intervengono, a qualunque titolo, alla realizzazione del sistema dei servizi integrati a favore delle persone anziane, con i servizi sociali e con i servizi sanitari;
- c) attuazione dei programmi di assistenza elaborati per i singoli utenti dall'Unità di valutazione distrettuale (UVD) e verifica della loro realizzazione complessiva;
- d) informazione all'utenza, e alle famiglie, sulle possibilità assistenziali esistenti, siano esse di carattere sociale, sanitario o integrato;
- e) formazione e aggiornamento degli operatori nell'ambito della programmazione formulata dagli organismi competenti.

2. Presso il distretto opera l'Unità di valutazione distrettuale (UVD) di cui all'articolo 25.

3. Per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti di cui al comma 1, nonché dei compiti di

cui agli articoli 25 e 26, il distretto si avvale di professionalità di tipo sanitario e sociale, appartenenti sia al Servizio sanitario che agli enti locali, le quali operano insieme, in relazione al modello istituzionale prescelto tra quelli indicati al comma 2 dell'articolo 41 della legge regionale 49/1996, tramite l'adozione di appositi protocolli operativi ovvero della messa a disposizione delle Aziende per i servizi sanitari territorialmente competenti, da parte degli enti locali, del relativo personale. In quest'ultimo caso trovano applicazione le disposizioni in materia di piante organiche aggiuntive di cui all'articolo 41 ter, comma 1, della legge regionale 49/1996, come aggiunto dall'articolo 12, comma 1, della legge regionale 32/1997.

4. A coordinare le attività connesse con le funzioni ed i compiti di cui al presente articolo, può essere preposto sia il personale del Servizio sanitario che quello degli enti locali.

#### **Art. 25 - Unità di valutazione distrettuale**

1. Presso ciascun distretto viene attivata almeno un'Unità di valutazione distrettuale (UVD). L'UVD è l'equipe multidisciplinare attraverso la quale si realizza la programmazione integrata degli interventi nell'ambito degli obiettivi programmatici di carattere generale.

2. L'UVD è stabilmente composta da un medico del territorio, di preferenza geriatra, da un assistente sociale, di norma dipendente degli enti locali, e da una figura infermieristica e viene di volta in volta integrata, in relazione al singolo caso esaminato, dal medico di fiducia del paziente e da altre figure professionali il cui apporto si renda necessario.

3. L'UVD svolge in particolare i seguenti compiti:

a) valutazione dei singoli casi ai fini del riconoscimento, da effettuarsi con il metodo di cui all'articolo 4, comma 2, delle condizioni che danno titolo alla fruizione degli interventi di cui alla sezione II;

b) elaborazione - previo coinvolgimento, ai sensi dell'articolo 13, della famiglia - di un programma assistenziale integrato, personalizzato per ciascun assistito e coerente con le risorse disponibili, ivi comprese quelle del volontariato, per il conseguente avvio agli idonei servizi facenti parte del sistema di cui all'articolo 23; tale avvio si attua nel rispetto del diritto di libera scelta dell'utenza, da esercitarsi nell'ambito delle tipologie assistenziali individuate.

4. L'UVD provvede agli adempimenti di cui al comma 3 entro trenta giorni dalla segnalazione del caso, fatte salve situazioni di particolare urgenza.

5. Con riferimento alle specifiche forme d'intervento di cui agli articoli 26, 28, comma 1, 30 e 31, non vi è obbligo di sottoporre all'UVD i casi in cui sia riconosciuta, a livello di base o in sede di primo screening socio-sanitario integrato, la necessità di ricorrere ad interventi semplici, di tipo esclusivamente sociale o sanitario.

#### **Art. 26 - Assistenza domiciliare integrata**

1. L'assistenza domiciliare integrata è un servizio facente parte del sistema di cui all'articolo 23 e viene attivata, in favore dei singoli utenti, sulla base del programma di cui all'articolo 25, comma 3.

2. Il servizio di cui al presente articolo ha il compito di farsi carico del complesso dei bisogni dell'assistito che possono trovare risposta a livello domiciliare, ivi compreso il domicilio presso le residenze per autosufficienti, e si realizza attraverso l'erogazione di un insieme di prestazioni di carattere sociale e sanitario, non escludendosi l'eventualità che,

nei singoli casi, gli interventi si connotano, pur nell'ambito di una valutazione e una programmazione integrate, di contenuti prevalentemente sociali o sanitari. Rientrano nel servizio di cui al presente articolo anche quegli interventi che, pur non configurandosi come spedalizzazione domiciliare, postulano il coinvolgimento di personale ospedaliero.

3. Il servizio si attua con la partecipazione del medico di medicina generale, al quale competono la responsabilità e le decisioni in ordine ai trattamenti sanitari, ivi compresi quelli rientranti nel programma di cui all'articolo 25, comma 3.

4. L'organizzazione del personale e degli interventi di cui al comma 2 si realizza in ambito distrettuale. Detta organizzazione tiene conto di quanto previsto al comma 3 e deve prevedere una copertura settimanale del servizio che garantisca in ogni caso la continuità assistenziale.

### **Art. 27 - Spedalizzazione domiciliare**

1. La spedalizzazione domiciliare è un servizio che garantisce l'effettuazione al domicilio dell'assistito di interventi diagnostici e terapeutici complessi, caratterizzati da un elevato contenuto sanitario, di tipo ospedaliero, e richiedenti un presidio assistenziale che copra l'intero arco delle 24 ore.

2. L'attivazione e la responsabilità del servizio di cui al comma 1 competono al presidio ospedaliero, che si raccorda, per il tramite del distretto con il medico di medicina generale e può avvalersi, nell'ambito degli accordi di cui all'articolo 9, comma 2, lettera d), della collaborazione del personale del distretto.

### **Art. 28 - Assistenza residenziale**

1. L'assistenza residenziale si realizza attraverso le strutture accreditate di carattere sociale definite nel progetto obiettivo " Strutture residenziali per anziani" predisposto ai sensi della legge regionale 33/1988, nonché attraverso le residenze sanitarie assistenziali (RSA) di cui all'articolo 17 della legge regionale 13/1995.

2. Concorrono a realizzare la forma di assistenza di cui al comma 1 le residenze polifunzionali di cui alla legge regionale 19/1997.

### **Art. 29 - Residenze sanitarie assistenziali**

1. Le residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono strutture distrettuali che svolgono le funzioni di cui all'articolo 17 della legge regionale 13/1995.

2. L'accesso alle strutture di cui al comma 1 è disposto su indicazione dell'UVD del distretto in cui insiste la RSA, su proposta, ove diverso, del distretto di residenza dell'assistito ovvero dell'unità di valutazione ospedaliera.

3. Il ricovero presso le RSA comporta la partecipazione alla spesa da parte degli assistiti, nella misura e con le modalità determinate ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera d).

4. In ogni RSA, una quota di posti letto è riservata a ricoveri programmati, di breve durata, destinati a soggetti inseriti in programmi di assistenza domiciliare, a forte presenza e coinvolgimento della famiglia, finalizzati a consentire un temporaneo sgravio di quest'ultima dall'impegno assistenziale e la contestuale riorganizzazione delle sue risorse interne per il prosieguo nel predetto impegno.

### **Art. 30 - Assistenza semiresidenziale**

1. I Centri diurni sono strutture semiresidenziali che si configurano, per quanto attiene a finalità e tipologia di intervento, secondo la definizione riportata nel progetto obiettivo "Strutture residenziali per anziani" predisposto ai sensi della legge regionale 33/1988.

#### **Art. 31 - Telesoccorso-telecontrollo**

1. Il telesoccorso-telecontrollo è un servizio facente parte del sistema di cui all'articolo 23 ed è disciplinato, fermo restando quanto previsto al comma 2, dalla legge regionale 26 luglio 1996, n. 26.

2. L'attivazione del servizio è disposta, nei confronti dei singoli utenti, dal distretto, previo parere dell'UVD.

#### **Art. 32 - ABROGATO**

### **CAPO IV - NORME FINALI E TRANSITORIE**

#### **Art. 33 - Abrogazioni**

1. L'articolo 23 della legge regionale 49/1993, come sostituito dall'articolo 7 della legge regionale 20/1995, e come da ultimo modificato dall'articolo 48 della legge regionale 19 agosto 1996, n. 31, è abrogato a decorrere dal 1 gennaio successivo all'entrata in vigore della presente legge.

2. È abrogato il terzo comma dell'articolo 17 della legge regionale 3 giugno 1981, n. 35.

#### **Art. 34 - Norma transitoria**

1. Ai fini di cui al comma 6 dell'articolo 32 e in attesa di poter disporre di un sistema informativo regionale idoneo a fornire i dati sulla popolazione dei disabili di cui al medesimo comma, si tiene conto dell'incidenza di questi ultimi sulla generalità della popolazione, sulla base dei dati percentuali disponibili a livello nazionale.

#### **Art. 35 - Adeguamento procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali**

1. Il comma 2 dell'articolo 15 della legge regionale 37/1995, come sostituito dall'articolo 59, comma 1, della legge regionale 49/1996, è ulteriormente sostituito dal seguente:

"2. Il Nucleo di valutazione dell'edilizia sanitaria e socio-assistenziale è composto:

- a) dal Direttore generale dell'Agenzia o da un dirigente dallo stesso indicato;
- b) dal Direttore regionale della sanità e delle politiche sociali;
- c) da un dirigente della Direzione regionale della sanità e delle politiche sociali designato dal Direttore regionale della stessa Direzione."

2. Dopo il comma 2 dell'articolo 15 della legge regionale 37/1995 sono aggiunti i seguenti commi:

"2 bis. I componenti del Nucleo possono essere sostituiti da un loro delegato. Le funzioni di Presidente sono attribuite dalla Giunta Regionale ad uno dei componenti.

2 ter. L'Agenzia regionale della Sanità svolge gli adempimenti di carattere istruttorio

concernenti l'esame tecnico dei progetti relativamente agli aspetti edilizi, urbanistici, impiantistici, tecnologici, economici e di organizzazione sanitaria, nonché i compiti di segreteria del Nucleo."

3. Per i progetti pervenuti al Nucleo dopo il 31 dicembre 1997, i termini di cui al comma 7 dell'articolo 15 della legge regionale 37/1995, iniziano a decorrere dalla data del provvedimento con il quale l'organo viene costituito in conformità a quanto disposto dal comma 1. Per i progetti pervenuti al Nucleo prima del 31 dicembre 1997, la cui documentazione risulti completa, la decorrenza dei predetti termini prosegue senza interruzione fino al loro esaurimento e trova applicazione il disposto del comma 8 del citato articolo 15 della legge regionale 37/1995.

### **Art. 36 - Entrata in vigore**

1. La presente legge entra in vigore il giorno della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

Testo coordinato con le modifiche apportate dalla L. R. 8/2001; dalla L. R. 1/2003; dalla L. R. 14/2003; dalla L. R. 23/2004; dalla L.R. 2/2006; dalla L. R. 6/2006; dalla L. R. 19/2006; dalla L. R. 23/2007.