ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1523 DEL 23 OTTOBRE 2026

LINEE DI INDIRIZZO PER L'INTEGRAZIONE NEL SISTEMA SOCIOSANITARIO REGIONALE

Sommario

Introduzione ... 3

1. Destinatari degli interventi sociosanitari e Livelli essenziali ... 5

2. Gli attori e gli interlocutori del sistema ... 5

2.1 Amministrazione regionale Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità ... 6

2.2 Sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali regionale ... 6

2.3 Servizio sanitario regionale ... 7

2.4 Apertura alla comunità ... 8

3. Meccanismi e dispositivi per l'integrazione istituzionale ... 8

3.1 Integrazione e coordinamento a livello regionale ... 9

3.2 Integrazione e coordinamento a livello locale ... 9

3.3. Disposizioni per lo sviluppo dell'architettura organizzativo-funzionale dell'integrazione sociosanitaria ... 10

3.3.1 Aree vaste d'ambito ... 10

3.3.2 Assetto di governance dell'integrazione sociosanitaria: ... 11

3.3.3 Accordo quadro per l'integrazione istituzionale e gestionale nelle aree sociosanitarie ... 13

3.3.4 Coordinamento delle funzioni di direzione ... 14

3.3.5 Programmazione integrata locale ... 14

4 Integrazione gestionale e organizzativa nelle articolazioni territoriali del DM 77/2022 ... 14

4.1 Sistema di accesso prossimo e diffuso ai servizi sociali, sanitari, sociosanitari ... 14

4.2 Casa della comunità ... 16

4.3 COT ... 17

4.4 Équipe integrate territoriali ... 17

4.5 Cure domiciliari integrate di comunità ... 18

5 Percorso assistenziale integrato (L. 234/2021, art. 1, comma 163) ... 19

6 Prospettive di evoluzione nel quadro delle riforme della disabilità e della non autosufficienza ... 20

7 Altri dispositivi funzionali all'integrazione e alla personalizzazione ... 20

7.1 Sistema di finanziamento: ... 21

7.2 Regolazione del sistema di erogazione dei servizi ... 22

7.2.1. Sperimentazioni di Abitare inclusivo e servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti ... 23

7.3 Sistemi gestionali e flussi informativi ... 23

8 Rapporti con altre aree di integrazione ... 24

9 Trasparenza e pubblicità ... 24

Appendice 1 : progressivo allineamento LEA e LEPS 25
Appendice 2: Riferimenti normativi 28
Nazionali 28
Regionali 29
ALLEGATO 1. 31
Modello di Accordo quadro per l'integrazione istituzionale e gestionale nelle aree dell'assistenza sociosanitaria. 31

Introduzione

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in risposta alle criticità del welfare territoriale emerse nel periodo pandemico, ha fornito una cornice strategica che richiama la centralità dell'integrazione tra sistema sanitario e sociale nello sviluppo di una rete territoriale di prossimità di servizi e interventi. La Legge di bilancio 2022 (L. 234/2021) traduce e finanzia i principi definiti dalle Missioni 5 e 6, prevedendo risorse per la realizzazione della riforma dell'assistenza territoriale (D.M. 77/2022) e per lo sviluppo di Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) complementari ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sanitari in misura omogenea su tutto il territorio nazionale, con una prima attenzione all'area della non autosufficienza. Inoltre, a tali indirizzi strategici è sottesa una spinta complessiva all'apertura dei confini del welfare, intesa a promuovere il contributo di tutti i soggetti della comunità e a incentivare il loro coinvolgimento in chiave sussidiaria.

In coerenza con la cornice dettata dal PNRR, si sono sviluppati i processi riformatori collegati, ovvero la legge delega in materia di disabilità (L. 227/2021), il già citato decreto ministeriale "Modelli e standard per l'assistenza territoriale nel SSN" (D.M. 77/2022) e la legge delega in materia di politiche in favore delle persone anziane (L. 33/2023), nonché i documenti di pianificazione nazionale "Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali" per il triennio 2021-2023 e per il 2024-2026, il "Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024" (PNNA 22-24) e il "Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027" dedicato alla popolazione non autosufficiente con età inferiore ai 70 anni. Si è venuto così a delineare un insieme di norme e indicazioni che, pur nella convergenza rispetto ai principi fondamentali, presenta un elevato grado di complessità nell'implementazione coordinata degli stessi sul piano organizzativo e gestionale, complessità ulteriormente accresciuta dall'assenza, allo stato attuale, di alcune indicazioni e documenti ministeriali di prossima emanazione (decreti ai sensi degli art. 27 e 29 del d.lgs. 29/2024, Piano per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana ex L.33/2023). In parallelo, la centralità dell'integrazione sociosanitaria e del ruolo della sussidiarietà nelle politiche di welfare è stato oggetto di particolare attenzione anche negli atti di pianificazione nazionale emanati negli anni più recenti e dedicati ad aree diverse dalla non autosufficienza. Tra questi è opportuno menzionare il Piano d'azione Nazionale Dipendenze 2022-2025; il Piano d'azione nazionale per la salute mentale 2025-2030, il Piano nazionale della prevenzione 2026-2031 e il primo Piano nazionale dell'economia sociale.

Le indicazioni statali trovano, nella Regione Friuli Venezia Giulia, un complesso di norme già dotato di strumenti e meccanismi di coordinamento finalizzati alla costruzione e al rafforzamento di un sistema sociosanitario regionale (LR 22/2019), nonché un'espressa attenzione strategica allo sviluppo dell'attività sociosanitaria nell'ambito delle Aziende sanitarie, come evidenziato dai documenti di indirizzo (Piano strategico 2023-2028, DEFR 2026, DEFR 2027) e come realizzato dal processo di riordino dei servizi sociosanitari in materia di disabilità (LR 16/2022). L'attenzione all'integrazione fra i LEA e i LEPS individuati dalla L. 234/2021 è stata, in particolare, oggetto della DGR n. 929/2023 dedicata alla programmazione dell'utilizzo Fondo per la non autosufficienza 22-24. Pertanto, il rilancio a livello nazionale del tema dell'integrazione costituisce uno scenario favorevole per il consolidamento delle misure di integrazione già costitutive del sistema regionale attuale, nonché per l'individuazione e l'implementazione di ulteriori dispositivi utili allo scopo. Al contempo, rende possibile, la definizione di riferimenti chiari e unitari per orientare e supportare l'azione di messa a punto operativa di tali contenuti da parte delle Aziende sanitarie e dei Servizi sociali dei Comuni, già oggetto delle trasformazioni organizzative derivanti dall'attuazione delle disposizioni della LR 16/2022.

A queste finalità rispondono le presenti linee di indirizzo, che intendono, dopo una sintesi descrittiva dell'assetto sociosanitario attuale, presentare le novità derivanti dalle riforme e dalle scelte strategiche nazionali, chiarire come queste si inseriscono nei contesti istituzionali e organizzativi territoriali e fornire nuovi strumenti e dispositivi a supporto della programmazione e dei percorsi di presa in carico integrati. La valorizzazione dei meccanismi che già definiscono l'integrazione sociosanitaria regionale e il contestuale rafforzamento dell'impianto di relazioni e la condivisione di responsabilità nei processi organizzativi e nella pianificazione e regolazione del sistema territoriale di servizi, intendono costituirsi quali condizioni propedeutiche al rilancio della programmazione locale integrata.

1. Destinatari degli interventi sociosanitari e Livelli essenziali

Il perimetro d'azione sociosanitario è chiaramente definito, in termini di utenza e tipologia di percorsi assistenziali a seconda della complessità del bisogno, al Capo IV (articoli 21-35) del DPCM 12 gennaio 2017 che definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA) relativi all'assistenza sociosanitaria, integrati dalle specifiche tutele alle persone appartenenti a particolari categorie di utenza previste al Capo VI (persone con disturbi dello spettro autistico, persone detenute, minorenni sottoposti a provvedimento penale, donne in stato di gravidanza…), in continuità con i principi e i concetti introdotti in precedenza dal d.lgs. 229/1999 e dall'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria del 14 febbraio 2001. La normativa regionale recepisce e specifica, all'articolo 4 comma 3 della LR 22/2019 e all'articolo 24 comma 9 della LR 6/2006, le seguenti aree di utenza: persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, persone affette da patologie con indicazione di cure palliative, persone con disabilità, minori con disturbo in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, persone con disturbo mentale, persone con dipendenza patologica, minori, donne, coppie e famiglie.

Rispetto all'ambito sociale, a livello nazionale, sono stati individuati Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e obiettivi di servizio che intervengono sulle seguenti aree tematiche: minori e famiglia (prevenzione dell'allontanamento familiare), anziani (dimissioni protette), grave marginalità ed esclusione sociale (pronto intervento sociale, residenza fittizia per i senza dimora), disabilità (dopo di noi, vita indipendente). A questi si aggiungono alcuni LEPS di natura trasversale alle diverse aree, nell'ottica del rafforzamento professionale e organizzativo degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), quali il potenziamento del servizio sociale professionale (assunzione assistenti sociali), la supervisione degli operatori sociali, la valutazione multidimensionale e il progetto personalizzato. Più recentemente, la L. 199/2025 ha ulteriormente consolidato tale impianto individuando come LEPS alcuni standard professionali minimi degli ATS, l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione per alunni con disabilità e specifici livelli di assistenza domiciliare socioassistenziale per le persone non autosufficienti.

La L. 234/2021 all'articolo 1 commi 162-163, definisce, con esplicito riferimento ai LEA, alcuni LEPS ulteriori rientranti nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria, rivolti alla popolazione in condizione di non autosufficienza. Si aggiungono così, all'obiettivo prioritario del *Rafforzamento del sistema di accesso ai servizi sociosanitari tramite il Punto unico di accesso (PUA*) e al LEPS di integrazione sociosanitaria *Dimissioni protette* già definiti nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, il LEPS di erogazione *Assistenza domiciliare e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, Servizi sociali di sollievo* e *Servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie* e il LEPS di processo *Percorso assistenziale integrato*. Inoltre, la stessa legge di bilancio prevede, al comma 169, la definizione in sviluppi normativi successivi di tali LEPS negli altri ambiti del sociale, diversi dalla non autosufficienza.

2. Gli attori e gli interlocutori del sistema

L'intervento sociosanitario si estende trasversalmente a diversi ambiti del sistema locale, coinvolgendo i settori dell'istruzione, del lavoro, dell'abitare e dell'assistenza ospedaliera; tuttavia, i processi di integrazione fanno perno primariamente sulla rete dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari, sui servizi sociali comunali e sulle strutture regionali di riferimento. La normativa regionale (art. 42, LR 22/2019), in sintonia con l'approccio della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 328/2000), anticipa le previsioni del PNRR a favore dello sviluppo del welfare di comunità, arricchendo il perimetro di soggetti chiamati a contribuire alla pianificazione, considerando tutti gli attori che a vario titolo e nei diversi ambiti, intervengono e portano il proprio apporto al funzionamento del sistema sociosanitario nel suo complesso, fra cui gli enti del Terzo settore (ETS) di cui al decreto legislativo 117/2017.

2.1 Amministrazione regionale Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

L'assetto organizzativo regionale della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità (DCS) riflette l'integrazione sociosanitaria realizzata a livello politico tramite l'assessorato unico, articolandosi al suo interno in unità organizzative complesse e servizi che intervengono secondo diverse competenze nell'ambito sociosanitario. Tali unità organizzative si raccordano con le altre articolazioni della DCS, con le altre Direzioni dell'Amministrazione regionale e con gli altri soggetti pubblici e privati nel perseguimento delle proprie finalità, garantendo il necessario raccordo tra le materie relative all'integrazione sociosanitaria, all'assistenza territoriale distrettuale e ospedaliera, allo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali, alle politiche per il terzo settore e alla programmazione e pianificazione sanitaria.

2.2 Sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali regionale

I Comuni detengono la titolarità della funzione di programmazione locale del sistema integrato e delle funzioni amministrative concernenti la realizzazione del sistema locale di interventi e servizi sociali, esercitando tali funzioni in forma associata negli Ambiti Territoriali Sociali (ATS). Gli ATS, istituiti dalla L. 328/2000 come spazi di programmazione sociale locale, sono considerati dalla normativa nazionale – in particolare dalla L. 234/2021 – la "*dimensione organizzativa necessaria*" ed il "*livello ottimale*" per dirigere la programmazione, il coordinamento, la realizzazione e la complessa gestione di un'offerta integrata di servizi utili al raggiungimento dei LEPS.

Nel caso del contesto regionale, è opportuno chiarificare il coordinamento fra la terminologia utilizzata nel contesto nazionale (ossia la locuzione "ATS" che verrà di seguito favorita) con quanto previsto dalla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 "*Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*", nella quale le gestioni in forma associata degli interventi e dei servizi sociali assumono la denominazione di Servizi sociali dei Comuni (SSC).

L'attività dell'ATS viene diretta dal Responsabile al quale competono la direzione, il coordinamento e il raccordo funzionale, organizzativo e gestionale dell'ATS.

La partecipazione politica degli enti locali alle attività di governo strategico delle politiche sociali, di espressione dei bisogni di salute delle comunità locali e di raccordo nelle attività sociosanitarie, è assicurata a livello regionale dal Consiglio delle autonomie locali (CAL), nella dimensione territoriale aziendale dalle Conferenze dei sindaci e, a livello di ATS, dalle Assemblee dei sindaci. Queste ultime sono sede della funzione politico-programmatoria della gestione associata degli interventi e servizi sociali, deputata alla definizione degli obiettivi e indirizzi strategici, nonché all'allocazione delle risorse, processi che hanno esito nell'approvazione dell'Accordo di programma del Piano di Zona.

A livello regionale, il raccordo tra la Regione e i Comuni associati negli Ambiti territoriali sociali è, inoltre, assicurato dalla Conferenza regionale dei Servizi sociali dei Comuni, prevista dall'art. 20 bis della LR 6/2006 quale organismo permanente di confronto con funzioni consultive e propositive in materia di sistema integrato. La Conferenza concorre alla definizione degli indirizzi e delle scelte programmatiche regionali in materia sociale, favorendo l'uniformità e l'efficacia dell'erogazione dei servizi e degli interventi sul territorio regionale.

Negli ATS, l'ufficio di direzione, programmazione e controllo di cui all'art. 17 bis, comma 6 (Ufficio di Direzione o Ufficio di Piano), coordinato dal Responsabile d'ambito, si occupa delle attività gestionali e organizzative con funzioni di supporto della programmazione, coordinamento degli interventi, gestione della rete dei servizi e gestione del bilancio. L'attività di programmazione è sostenuta anche dall'attività di appositi tavoli tematici che contribuiscono all'analisi di contesto e alla valutazione dei fabbisogni, nonché alla definizione e declinazione operativa di obiettivi specifici.

Sul piano del coordinamento tecnico-operativo sovra-ambito, la DGR 553/2026 "*Linee di programmazione regionali per la realizzazione del sistema sociale integrato di servizi e interventi. anno 2026. adozione definitiva*." riconosce il ruolo del Gruppo di coordinamento tecnico delle politiche sociali territoriali, composto dai Responsabili degli ATS o loro delegati. Il Gruppo costituisce sede stabile di confronto e raccordo tra gli Ambiti

territoriali sociali per la condivisione di indirizzi operativi, l'approfondimento di tematiche comuni e il coordinamento delle politiche sociali territoriali, anche attraverso l'eventuale articolazione in gruppi di lavoro tematici o territoriali. Nell'ambito del Gruppo sono inoltre individuate funzioni di rappresentanza tecnica e di interlocuzione con l'amministrazione regionale.

Sotto il profilo organizzativo e gestionale, il sistema dei Servizi sociali dei Comuni è caratterizzato da alcuni elementi di omogeneità definiti dalla LR 6/2006, che disciplina le funzioni attribuite ai Comuni, le modalità dell'esercizio associato attraverso l'ATS e l'insieme di servizi, interventi e risposte da garantire in modo uniforme sul territorio regionale. Tali elementi costituiscono i riferimenti entro i quali i diversi ATS definiscono i propri assetti organizzativi e l'eventuale articolazione in relazione alle diverse aree tematiche/tipologia di utenza, adattandoli alle specifiche esigenze territoriali e gestionali. In questo quadro, la Regione ha promosso, con il coinvolgimento degli ATS, un percorso volto a rafforzare l'omogeneità di accesso ai servizi a livello regionale, attraverso la definizione di uno schema-tipo di Convenzione per l'istituzione e la gestione del Servizio sociale dei Comuni di cui all'articolo 18 della LR 6/2006, quale riferimento per l'organizzazione delle funzioni associate che ha avuto, da ultimo, l'obiettivo di definire in modo più puntuale e uniforme le funzioni obbligatorie, con particolare riferimento ai LEPS nazionali[1].

Infine, a livello organizzativo territoriale, la LR 6/2006 all'art. 17 comma 4 prevede la possibilità per due o più ATS, purché rientranti nel territorio del medesimo ente del servizio sanitario regionale, di stipulare accordi per gestire in comune uno o più servizi, perseguendo fini di economicità, semplificazione gestionale e omogeneizzazione dei servizi.

2.3 Servizio sanitario regionale

Le Aziende sanitarie regionali (AS) di cui all'art. 3 della LR 27/2018, attraverso le relative strutture erogano le prestazioni per garantire i LEA nei livelli di assistenza di prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale rientrano i LEA che disciplinano l'assistenza sociosanitaria. A supporto dell'attività delle AS e della DCS, opera l'Azienda di Coordinamento per la Salute (ARCS) che assicura compiti di carattere tecnico specialistico, per la definizione e per la realizzazione degli obiettivi in materia sanitaria e sociosanitaria. La direzione strategica delle AS e di ARCS è costituita dal direttore generale, dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal direttore dei servizi sociosanitari.

L'istituzione della figura di Direttore dei servizi sociosanitari costituisce una particolarità dell'assetto regionale, coerente con la visione strategica già esposta di sviluppo del fronte sociosanitario delle AS e recentemente rafforzata con le modifiche all'art. 8 della LR 27/2018 apportate dalla LR 13/2025, che hanno definito chiaramente le funzioni e competenze attribuite a tale ruolo. Nel complesso, il Direttore dei servizi sociosanitari coordina e indirizza, nell'ambito dell'azienda sanitaria, le attività e i percorsi di integrazione tra servizi sanitari e sociali, assicurando risposte organizzate e continuative ai bisogni complessi di salute e fragilità, in raccordo con la Direzione generale, i Comuni e gli altri attori della rete sociosanitaria. Nell'esercizio di tali funzioni si avvale del supporto gestionale e organizzativo della Direzione sociosanitaria aziendale.

Come definito dal d.lgs. 502/1992, le aziende sanitarie si articolano dal punto di vista territoriale, organizzativo e funzionale nei Distretti, deputati ad assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri. La normativa regionale prevede che i Distretti, puntualmente individuati dalle Aziende sanitarie negli atti aziendali, siano territorialmente coincidenti con il territorio dell'ambito del Servizio Sociale dei comuni, salvo diversa regolazione per ambiti caratterizzati da elevata densità demografica, nel cui caso è possibile prevedere più articolazioni distrettuali.

[1] L'elaborazione di uno schema-tipo di convenzione istitutiva del Servizio sociale dei Comuni è avvenuta in più riprese: nell'anno 2007, al fine di dare attuazione alle previsioni della legge regionale 6/2006, nell'anno 2019, a seguito della soppressione delle Unioni Territoriali Intercomunali e del conseguente ripristino delle gestioni associate mediante la forma convenzionale, e infine nel 2024, per recepire la progressiva introduzione ed estensione dei LEPS.

La normativa nazionale afferma che il Distretto *"costituisce il luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali"* (D.M. 77/2022), individuando in esso la dimensione primaria entro la quale si realizzano i processi di presa in carico integrata sociosanitaria. Tuttavia, la differenziazione e specializzazione dei processi e degli strumenti di presa in carico personalizzata, derivante dalle necessità specifiche delle varie aree di utenza, ha implicato il progressivo allestimento di strutture complesse dedicate, con competenze professionali specifiche in grado di fornire un supporto specialistico ai processi di progettazione personalizzata (SOC Disabilità, Dipartimenti per le dipendenze e la salute mentale, Servizi per disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo, …). In questo quadro, rispetto ai percorsi di progettazione personalizzata, il coinvolgimento del Distretto varia, talvolta svolgendo principalmente un ruolo di garante dei processi organizzativi che supportano e circondano le attività di presa in carico, talvolta assicurando anche le stesse fasi di valutazione multidimensionale e redazione dei progetti.

2.4 Apertura alla comunità

Come anticipato in esordio, le normative regionali nonché gli atti di programmazione (Linee di gestione 2026, DGR n. 1507/2025), favoriscono lo sviluppo di sistemi di welfare di comunità, incentivando processi di sussidiarietà orizzontale che realizzino interventi a ricaduta sia individuale, a favore del singolo utente o del caregiver, sia a livello di sistema, a beneficio della comunità nel suo insieme.

A tal fine concorrono gli ETS di cui al decreto legislativo 117/2017, i soggetti rientranti nel più ampio termine del volontariato, le università degli studi del Friuli Venezia Giulia, la Consulta regionale delle associazioni di persone disabili e delle loro famiglie, le organizzazioni maggiormente rappresentative nel settore sanitario e sociale, gli organismi di tutela dei diritti dei cittadini, il servizio civile universale, le reti informali di prossimità, nonché i soggetti privati che perseguono finalità sociali accanto a quelle economiche, contribuendo allo sviluppo della comunità in cui operano. Tali processi sono favoriti e regolati, a titolo esemplificativo, dagli strumenti dell'amministrazione condivisa, dalla collaborazione con enti del servizio pubblico esterni al perimetro sociosanitario, dalla stipula di forme di partenariato pubblico-privato e dai sistemi di regolazione ed esternalizzazione dei servizi.

Nello specifico, per quanto riguarda il ruolo degli enti del terzo settore, le più recenti previsioni normative ne evidenziano e ampliano gli spazi di coinvolgimento. Nell'ambito della riforma delle politiche per le persone anziane, il d.lgs. 29/2024, all'art. 25, comma 3, afferma che gli enti del terzo settore e l'insieme dei servizi di comunità concorrono ai fini dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari nonché all'integrazione e attuazione dei LEPS con i LEA. Un ruolo in parte simile è richiamato nella riforma della disabilità, nella quale viene valorizzato il ruolo degli enti del terzo settore nella partecipazione attiva ai percorsi di inclusione e presa in carico e nella co-progettazione personalizzata (d.lgs. 62/2024). A tal fine, le Linee di gestione 2026 (DGR n. 1507/2025) richiedono alle AS e agli ATS di avviare un'attività di ricognizione e programmazione, nell'ambito delle rispettive funzioni e competenze, degli interventi di partecipazione degli ETS nel sistema di welfare sociosanitario, anche in funzione dell'implementazione operativa dell'indirizzo nazionale di promozione della partecipazione della comunità locale nell'ambito delle Case della comunità (recepito con DGR n. 664/2025).

A supporto di tale attività, è prevista la costituzione di competenze specifiche in merito all'amministrazione condivisa nelle Aziende sanitarie e in ARCS, per rafforzare la capacità di sviluppo e gestione di percorsi di co-programmazione, co-progettazione e co-produzione tra istituzioni, terzo settore e cittadini attraverso un percorso formativo che coinvolgerà anche gli operatori degli ATS.

3. Meccanismi e dispositivi per l'integrazione istituzionale

Una volta individuati gli attori, risulta utile mettere in evidenza le leve già attive che promuovono l'integrazione nelle rispettive attività e, contestualmente, introdurre i nuovi dispositivi previsti per il consolidamento del sistema

sociosanitario integrato, quale condizione propedeutica a rispondere in maniera adeguata alle traiettorie di sviluppo del welfare delineate dalle politiche nazionali e regionali.

3.1 Integrazione e coordinamento a livello regionale

A livello regionale, l'assessorato unico e l'esistenza, all'interno della DCS, di un'unità operativa complessa dedicata allo sviluppo di un sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari costituiscono dei primi elementi di integrazione strategica. Considerata la pluralità di servizi che comunque intervengono nell'ambito sociosanitario, come descritto nel paragrafo precedente, è fondamentale mantenere e garantire processi di condivisione e raccordo sulle tematiche di interesse comune.

Sul piano normativo, gli enti locali partecipano all'attività di pianificazione e programmazione regionale in campo sanitario e sociosanitario attraverso il Consiglio delle autonomie locali (CAL), il quale esprime un parere vincolante sul Piano regionale sanitario e sociosanitario, sui piani settoriali, sui progetti obiettivo e sulle Linee di gestione del servizio sanitario regionale (di seguito Linee di gestione).

Per quanto riguarda la pianificazione a livello regionale in ambito sociosanitario, la normativa prevede alcuni strumenti, fra cui il Piano regionale sanitario e sociosanitario (art. 48 LR 22/2019) e il Piano regionale della disabilità (art. 15 LR 16/2022) in cui è prevista specificatamente l'integrazione fra Direzioni regionali e la definizione delle azioni di programmazione tramite progetti obiettivi annuali. Tuttavia, attualmente le strategie in materia di integrazione sociosanitaria trovano declinazione all'interno degli interventi di pianificazione rispettivamente sanitaria (es. Piano sanitario regionale, Piano Regionale Triennale per le Dipendenze e il Gioco d'Azzardo Patologico 2025-2027, Piano triennale di riparto del Fondo per l'Alzheimer e le demenze) e sociale (es. Piano della non autosufficienza, Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà) nonché, in misura più specifica, attraverso la pianificazione di settore. Per quanto riguarda la programmazione delle attività delle Aziende sanitarie, un ruolo centrale è ricoperto dalla sezione dedicata all'integrazione sociosanitaria all'interno delle Linee di gestione, i cui contenuti, nei casi in cui prevedano processi che interessano direttamente gli ATS, vengono condivisi dall'Amministrazione regionale con gli ATS negli opportuni luoghi di raccordo.

Al fine di perseguire l'unitarietà delle indicazioni strategiche, in coerenza con quanto previsto dalla LR 6/2006 all'art. 23 bis, nonché rispetto alle indicazioni di cui al Titolo III, Capo II, la DCS elabora un documento di programmazione che individua, per il Sistema integrato di servizi e interventi sociali, obiettivi specifici per quanto concerne l'attività sociosanitaria integrata. Tali obiettivi sono coerenti con quanto definito all'interno delle Linee di gestione.

3.2 Integrazione e coordinamento a livello locale

Come definito dalla normativa regionale, ai livelli territoriali aziendali e di ambito-distretto, gli enti locali intervengono sul piano programmatorio in campo sanitario e sociosanitario tramite le Conferenze dei sindaci e le Assemblee dei sindaci. Alle sedute delle Conferenze e delle Assemblee dei sindaci possono partecipare i direttori di distretto dei territori di relativa competenza.

La coincidenza territoriale distretti-ambiti, presente nella quasi totalità del territorio regionale, è un elemento centrale per lo sviluppo di strategie integrate, che trovano traduzione nei documenti di programmazione per parte sociale nei Piani di Zona (PdZ), annualmente declinati in Piani attuativi annuali (PAA), e per parte sanitaria nel Piano Attuativo Locale (PAL) o Piano Attuativo, redatto dalle direzioni delle AASS, al cui interno rientra il Programma delle attività territoriali (PAT).

Sul fronte della programmazione sanitaria, ove necessario e in relazione ai relativi ambiti di competenza, il PAL e il Piano triennale e di sviluppo strategico e organizzativo aziendale vengono trasmessi alla Conferenza dei Sindaci o al CAL, a cui viene richiesto di esprimere facoltativamente un parere entro trenta giorni. Rispetto alla sfera sociale, la definizione dei contenuti del PdZ avviene da parte dei Comuni associati con il concorso dell'ente del SSR territorialmente competente nonché degli altri soggetti attivi nella programmazione, organizzazione e

gestione del sistema integrato a livello locale, fra cui rientrano gli ETS. Il PdZ è promosso dal Presidente dell'Assemblea dei sindaci e viene approvato con accordo di programma sottoscritto, in materia di integrazione sociosanitaria, dal Direttore generale dell'AS competente.

A partire dal d.lgs. 147/2017, tale sistema di programmazione e pianificazione si è confrontato con una disciplina nazionale di settore sempre più accentrata e prescrittiva nell'allocazione e nell'utilizzo delle risorse che, nell'intento di ridurre le disuguaglianze territoriali, ha generato una progressiva frammentazione dei momenti di programmazione locale. Attualmente, infatti, il sistema sociale integrato dispone di numerosi atti di programmazione nazionali e regionali (più recentemente DGR 1007/2026 *"Fondo nazionale per la non autosufficienza. documento programmatico della regione friuli venezia giulia per il triennio 2025-2027."*; DGR n. 1545/2025 *"Atto di programmazione dei servizi di contrasto alla povertà 2024-2026."*; DGR n. 1550/2025 *"Fondo per le politiche della famiglia riparto anno 2025"*; DGR n. 1377/2024 *"Lr 8/2023, art. 7. piano triennale regionale degli interventi per la valorizzazione del caregiver familiare 2024-2026."*), i quali declinano in modo puntuale indirizzi e indicazioni per le principali aree di intervento, prevedendo modalità di attuazione dei servizi e degli interventi valorizzando la coprogrammazione con la rete territoriale, al fine di garantire sull'intero territorio regionale il raggiungimento dei LEPS e degli obiettivi di servizio, nel rispetto dei vincoli e delle finalizzazioni delle relative risorse finanziarie. La necessità di ricomporre in modo organico e coerente tale molteplicità nell'ambito di una strategia unitaria richiama l'esigenza di rilanciare l'attività di programmazione sociale territoriale, anche nella sua declinazione sociosanitaria, quale strumento chiave per la valorizzazione delle risorse locali in risposta ai bisogni delle singole comunità. In quest'ottica, il rafforzamento dell'assetto del sistema sociosanitario è propedeutico a sostenere il rilancio della programmazione.

Oltre a questi meccanismi di coordinamento, secondo quanto previsto all'art. 47 della LR 22/2019, gli enti del Servizio sanitario regionale e gli enti locali attraverso un atto di intesa concordano le attività sociosanitarie relative all'intersettorialità degli interventi, anche in relazione a quanto previsto dall'art. 24 della LR 6/2006. Questo strumento è stato ripreso all'interno della LR 16/2022 a supporto della pianificazione degli interventi e dei servizi a favore delle persone con disabilità, con particolare riguardo alla ripartizione delle competenze finanziarie necessarie per la realizzazione degli interventi, che deve essere poi recepito nei documenti di programmazione locale sanitaria e sociale in una sezione apposita.

Nello specifico, la LR 6/2006 all'art. 24 comma 9, prevede che il PAA contenga un apposito allegato di programmazione integrata locale in materia sociosanitaria che contenga le azioni individuate congiuntamente con l'ente del servizio sanitario regionale territorialmente competente e tutte le strutture operative interessate.

Inoltre, la LR 16/2022 prevede per le AS la possibilità di promuovere la realizzazione di specifiche strutture di coordinamento e raccordo al fine di favorire processi continuativi di integrazione, partecipazione e collaborazione tra tutti gli attori coinvolti nella pianificazione e gestione dei servizi sociosanitari a favore delle persone con disabilità.

Per rafforzare il livello dell'integrazione istituzionale territoriale, anche in applicazione delle previsioni contenute nella L. 234/21 poi declinate e precisate nel PNNA 22-24, vengono previsti gli interventi illustrati nel paragrafo successivo**,** già in parte anticipati nella DGR 664/2025 sulla Casa della Comunità e nelle Linee di Gestione 2026 (DGR n. 1507/2025).

3.3. Disposizioni per lo sviluppo dell'architettura organizzativo-funzionale dell'integrazione sociosanitaria

3.3.1 Aree vaste d'ambito

Analogamente a quanto disposto dall'art. 17 comma 4 della LR 6/2006, che prevede la possibilità di gestione comune di alcuni servizi e interventi da parte di più ATS, è facoltà degli stessi Ambiti territoriali prevedere la gestione integrata di funzioni ulteriori, quali ad esempio funzioni di raccordo istituzionale, gestionale o di programmazione, o anche di semplice coordinamento istituzionale ai fini di garantire una migliore

rappresentanza territoriale. La gestione associata di alcune funzioni viene incentivata a fini di omogeneità territoriale dei processi nonché al fine di razionalizzare, attraverso forme di rappresentanza unitaria, il numero di interlocutori nei processi di concertazione e raccordo, favorendo un più equilibrato confronto fra direzioni delle AS e Servizi sociali dei comuni, riducendo in tal modo la frammentazione del dialogo istituzionale.

3.3.2 Assetto di governance dell'integrazione sociosanitaria:

Per governare e supportare i processi di integrazione ai diversi livelli di governance del sistema sociosanitario viene strutturato un modello organizzativo articolato su due livelli territoriali:

- Il livello centrale, costituito sul piano politico-istituzionale dalla **Conferenza dei Servizi sociali dei comuni** e sul piano tecnico-strategico dal **Tavolo di coordinamento regionale per l'integrazione sociosanitaria**;
- Il livello locale, costituito da tre **Cabine di regia aziendali** per l'integrazione sociosanitaria, le quali si articolano in tre livelli funzionali rispettivamente di natura politica, tecnico-strategica e operativa.

Per quanto riguarda il livello centrale-regionale, ferme restando le competenze attribuite al Consiglio delle autonomie locali nella sua funzione di Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, assume particolare rilievo il ruolo della Conferenza regionale dei Servizi sociali dei Comuni, prevista dall'art. 20 bis della LR 6/2006.

La composizione della Conferenza, che riunisce i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci, permette di valorizzare il contributo di tali organismi derivante dall'esercizio delle funzioni di indirizzo, programmazione e regolazione del sistema integrato locale degli interventi e dei servizi sociali, nonché di partecipazione ai processi di programmazione sociosanitaria locali. In tale prospettiva, la Conferenza costituisce la sede privilegiata per il confronto e l'approfondimento preliminare delle scelte di pianificazione e programmazione sociale regionale.

Nel quadro del rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria e valorizzando l'assetto unitario delle competenze regionali in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale, la **Conferenza regionale dei Servizi sociali dei Comuni** è, inoltre, chiamata a svolgere un ruolo di raccordo e confronto politico-istituzionale sulle tematiche di interesse sociosanitario, concorrendo, nell'ambito delle proprie funzioni consultive e propositive, alla definizione degli indirizzi strategici e programmatici regionali e favorendo una più efficace partecipazione del sistema sociale ai processi di integrazione sociosanitaria

Sotto il profilo tecnico invece viene istituito il **Tavolo di coordinamento regionale per l'integrazione sociosanitaria**, il quale costituisce il momento di indirizzo strategico, di integrazione e di controllo delle politiche sociosanitarie del quale fanno parte, quale nucleo stabile, i direttori dei servizi sociosanitari delle AS e di ARCS o loro delegati, un referente per i Servizi sociali dei Comuni per ciascuna Cabina di regia aziendale (o sua articolazione in Area vasta d'ambito) e la DCS. A seconda dei temi trattati (disabilità, salute mentale…), il Tavolo prevede la partecipazione di una rappresentanza dei Distretti nonché delle direzioni e delle articolazioni specialistiche delle Aziende sanitarie e degli ATS. In particolare, qualora all'ordine del giorno vengano trattate tematiche relative all'assistenza territoriale distrettuale, quali, a titolo esemplificativo, dimissioni protette e continuità ospedale-territorio, COT, UVM ex art. 21 LEA, cure domiciliari e cure palliative, è prevista la partecipazione dei Direttori sanitari delle aziende sanitarie e di ARCS, nonché delle figure direttive aziendali di coordinamento delle funzioni di assistenza territoriale distrettuale o loro delegati. Analogamente, qualora vengano trattate tematiche attinenti i profili amministrativi e di gestione economico-finanziaria, si prevede la presenza delle Direzioni amministrative. Inoltre, qualora venga ritenuto opportuno, possono essere coinvolti nelle attività del Tavolo ulteriori attori e portatori di interesse, quali soggetti del terzo settore e aziende di servizi alla persona. Il Tavolo di coordinamento regionale è presieduto dalla DCS e svolge, in particolare, un'attività di impulso, indirizzo, monitoraggio e controllo sull'operato delle Cabine di regia aziendali.

Al fine di unificare e sistematizzare i momenti di coordinamento nelle aree del sociosanitario, convergono nelle funzioni del Tavolo, le attività di altri tavoli con composizione assimilabile, dedicati a temi specifici quali, a titolo

esemplificativo, la cabina di regia regionale per la disabilità (DGR n.1691/2023) e il tavolo per le politiche per i caregiver.

Rispetto al livello locale, in ogni territorio aziendale è allestita una **Cabina di regia aziendale per l'integrazione sociosanitaria** dedicata alla promozione, alla supervisione e allo sviluppo dei processi di integrazione. La Cabina di regia costituisce il principale strumento di governance dell'integrazione sociosanitaria a livello locale e si articola, in relazione alle caratteristiche organizzative e al grado di sviluppo dei processi di integrazione presenti nei diversi territori, in una dimensione **politico-istituzionale**, una dimensione **tecnico-strategica** e una dimensione **operativa**. A seconda dell'estensione della competenza territoriale, la Cabina di regia può definire articolazioni territoriali che, in presenza di Aree vaste d'ambito, coincidono territorialmente con queste ultime. La sua attività è supportata, sotto il profilo tecnico-gestionale, dal personale delle Direzioni dei servizi sociosanitari e degli Uffici di piano e può, ove ritenuto opportuno, prevedere il coinvolgimento di ulteriori stakeholder quali, in particolare, dei soggetti rappresentativi dell'utenza e degli enti del Terzo settore.

La **dimensione politico-istituzionale** rappresenta il luogo di confronto e raccordo strategico tra la Direzione strategica dell'Azienda sanitaria e i Presidenti delle Assemblee dei Sindaci dei Servizi sociali dei Comuni ricadenti nel territorio aziendale. Essa favorisce la condivisione degli indirizzi di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria, l'individuazione delle priorità territoriali e l'esame dei principali strumenti di programmazione che interessano congiuntamente il sistema sanitario e il sistema sociale.

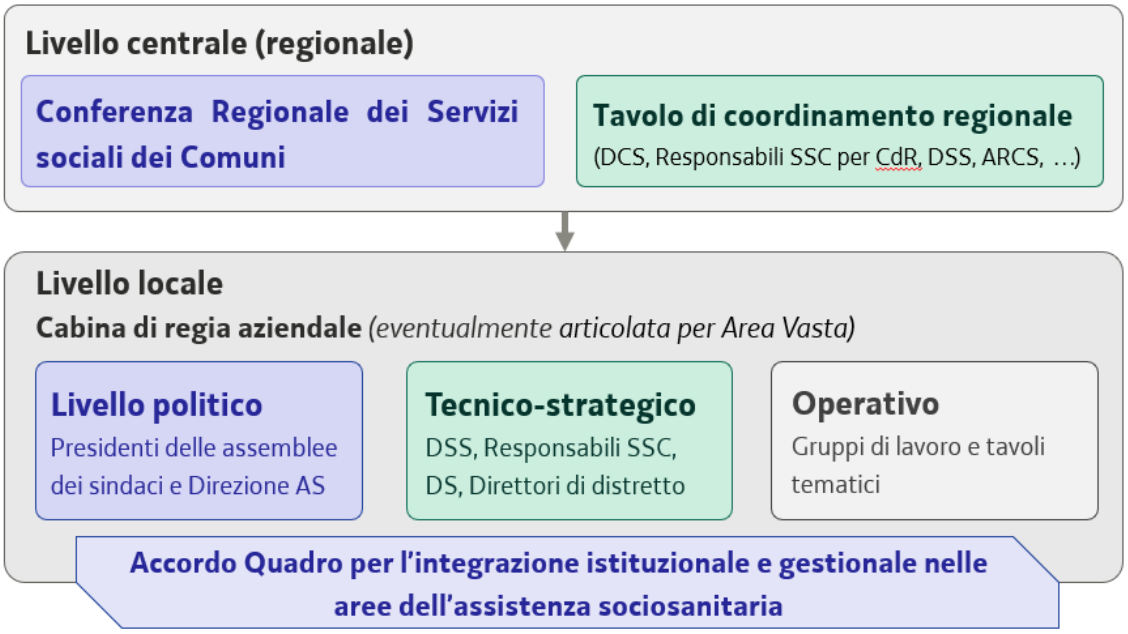
La **dimensione tecnico-strategica** costituisce il livello di coordinamento e raccordo funzionale fra la Direzione sociosanitaria dell'Azienda sanitaria e i Servizi sociali dei Comuni. Essa è coordinata dal Direttore dei servizi sociosanitari dell'Azienda sanitaria o suo delegato, che ne organizza e presiede i lavori. Sono componenti stabili di tale livello i Direttori sociosanitari, i Direttori Sanitari, i Direttori di Distretto e i Responsabili degli Ambiti territoriali sociali del territorio di competenza dell'Azienda sanitaria. A seconda delle tematiche trattate e delle scelte organizzative adottate, la partecipazione viene estesa ai responsabili delle articolazioni operative competenti rispetto a specifici settori (SOC, Dipartimenti, UO, P.O. ecc.), alle ASP o a loro rappresentanze, nonché al Direttore Generale e al Direttore Amministrativo. La Cabina di regia costituisce sede di coordinamento e raccordo dei processi di integrazione sociosanitaria, in una logica di piena integrazione con gli assetti di responsabilità e le competenze attribuite ai diversi attori del sistema in particolare in materia di LEA distrettuali.

Sono funzioni della Cabina di regia aziendale nella sua attività tecnico-strategica:

a) l'elaborazione e discussione preventiva di documenti di rilievo istituzionale in materia di integrazione sociosanitaria, come previsto dalle normative regionali e nazionali (es. Accordo quadro per l'integrazione sociosanitaria, Atto d'intesa in merito ai servizi e interventi a favore delle persone con disabilità art.22 LR 16/2022, atti di programmazione delle attività in ambito sociosanitario, …);
b) l'elaborazione e condivisione di protocolli, linee guida, strumenti operativi e linee di indirizzo in materia di integrazione sociosanitaria, nonché il coordinamento delle attività concordate in sede di programmazione congiunta;
c) il monitoraggio dei processi di presa in carico integrata;
d) l'elaborazione di progetti formativi e/o sperimentazioni e innovazioni organizzative e gestionali in materia di integrazione sociosanitaria;
e) il coordinamento delle attività dei gruppi di lavoro e dei tavoli tematici operanti nell'ambito della dimensione operativa della Cabina di regia.

Le funzioni delle Cabine di Regia vengono esercitate garantendo l'adesione agli indirizzi definiti a livello regionale al fine di garantire omogeneità nello sviluppo dei sistemi territoriali.

La **dimensione operativa** si realizza attraverso gruppi di lavoro e tavoli tematici dedicati ai diversi ambiti dell'integrazione sociosanitaria e coinvolge i professionisti e i servizi competenti in relazione alle materie trattate.



Rappresentazione schematica dell'assetto di governance dell'integrazione sociosanitaria

3.3.3 Accordo quadro per l'integrazione istituzionale e gestionale nelle aree sociosanitarie

L'individuazione formale di una sede integrata a supporto dell'integrazione istituzionale costituisce l'azione propedeutica alla regolazione delle interdipendenze e dei dispositivi che concretamente poi produrranno effetti sul grado di coesione del sistema. Il PNNA 22-24 prevede l'adozione a livello territoriale di Accordi interistituzionali finalizzati ad assicurare i percorsi assistenziali integrati alle persone non autosufficienti. Tale disposizione viene recepita con alcune variazioni dal presente documento, in quanto, si ritiene opportuno dotare i diversi livelli di governance, di strumenti che garantiscano complessivamente i processi di integrazione sociosanitaria, senza limitazioni rispetto all'area della non autosufficienza. A tal fine si ritiene più opportuno introdurre, al posto dell'accordo settoriale proposto dal PNNA 22-24, un Accordo quadro di natura trasversale in cui prevedere le misure di integrazione istituzionale e gestionale che operano ed opereranno indipendentemente dalle caratteristiche dell'utenza (minori, salute mentale, non autosufficienza, dipendenze, ...), fornendo in questo modo un quadro unitario nel quale possono innestarsi atti successivi dedicati alle specificità organizzative, professionali e di processo che interessano i percorsi assistenziali specifici delle diverse tipologie di utenza.

A tal fine, ciascuna Cabina di Regia elabora **l'Accordo quadro per l'integrazione istituzionale e gestionale nelle aree dell'assistenza sociosanitaria** (di seguito Accordo quadro), quale strumento di governo dell'integrazione sociosanitaria istituzionale e gestionale a favore di tutte le diverse aree di utenza di cui al paragrafo 1. L'accordo quadro, elaborato in sede di Cabina di regia aziendale, viene sottoscritto da parte dei Presidenti delle Assemblee dei Sindaci e del Direttore generale dell'AS. L'Accordo quadro recepisce i contenuti del presente documento e segue il modello allegato (Allegato 1). Confluiscono nell'ambito dell'Accordo quadro, quali allegati, gli accordi, intese, convenzioni, protocolli e altri atti, nuovi o già esistenti che disciplinano aspetti specifici dei processi di presa in carico territoriale, dall'organizzazione di processi (es. protocolli di continuità assistenziale) ad atti dedicati a specifiche categorie di utenza. Qualora siano atti annuali di programmazione integrata delle risorse, verrà declinata la previsione dell'attività integrata nell'accordo quadro e gli atti annuali prodotti riporteranno nelle premesse il rimando alle previsioni dell'accordo (es. Intesa ai sensi della legge LR 16/2022). Resta fermo che i criteri di ripartizione degli oneri tra la componente sanitaria e la componente sociale sono definiti con appositi indirizzi regionali, in coerenza e conformità con le previsioni di cui ai LEA. L'Accordo quadro viene aggiornato periodicamente prevedendo le nuove aree di integrazione e allegando i nuovi atti prodotti nel tempo.

3.3.4 Coordinamento delle funzioni di direzione

Le articolazioni organizzative che, a vario titolo, contribuiscono alla funzione di direzione delle Aziende sanitarie, degli ATS e dei Distretti forniscono supporto alle attività delle Cabine di regia aziendali e all'attuazione delle disposizioni contenute sia negli atti di programmazione che nell'Accordo quadro.
Tale funzione, prevista dal PNNA 22-24 nella forma degli Uffici sociosanitari integrati d'ambito, è intesa nell'assetto regionale esclusivamente come funzione di raccordo fra i diversi uffici e servizi e a favore del complesso dei processi di integrazione a favore delle diverse categorie di utenza. Pertanto, all'interno dell'Accordo quadro vengono identificate le unità organizzative coinvolte in tali attività e vengono definite le modalità necessarie a garantirne il coordinamento.

3.3.5 Programmazione integrata locale

Come precedentemente descritto, il rafforzamento dell'assetto sociosanitario regionale costituisce un'azione propedeutica al rilancio della programmazione territoriale integrata, che potrà avvalersi dei nuovi momenti e dispositivi di integrazione per definire le modalità di attuazione delle indicazioni regionali contenute nei documenti di pianificazione e programmazione, delineando una strategia territoriale unitaria finalizzata anche a stabilire modalità e gradi di coinvolgimento della comunità nel welfare locale.

La programmazione integrata locale sarà declinata in una pluralità di percorsi assistenziali dedicati alle diverse aree di utenza che delimitano il perimetro dell'integrazione socio-sanitaria (persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, persone affette da patologie con indicazione di cure palliative, persone con disabilità, minori con disturbo in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, persone con disturbo mentale, persone con dipendenza patologica, minori, donne, coppie e famiglie), coinvolgendo le diverse strutture specialistiche competenti.

4 Integrazione gestionale e organizzativa nelle articolazioni territoriali del DM 77/2022

La riforma dell'assistenza territoriale introdotta dal D.M. 77/2022 ha previsto l'istituzione di nuove strutture territoriali finalizzate a potenziare la presa in carico della persona e la continuità assistenziale. Tra queste, le Case della Comunità e le Centrali Operative Territoriali, rappresentano nodi fondamentali della rete dei servizi. È pertanto necessario delineare con chiarezza le potenzialità di integrazione gestionale e professionale che possono offrire, nonché le modalità con cui si inseriscono e rapportano rispetto agli altri dispositivi e processi di integrazione sociosanitaria.

Il presente capitolo si concentra sui principali nodi organizzativi e professionali introdotti dal D.M. 77/2022, rispetto ai quali si ritiene necessario definire specifici indirizzi applicativi in materia di integrazione sociosanitaria, dedicando particolare attenzione alle aree della disabilità e della non autosufficienza, che hanno assunto un ruolo centrale nel più ampio processo di riforma. Si ritiene opportuno precisare che, tale focus risponde all'esigenza di fornire chiarimenti sugli aspetti maggiormente interessati dalle innovazioni normative e non costituisce un limite al perimetro dell'integrazione sociosanitaria, che si estende a tutte le aree di bisogno richiamate nel presente documento, i cui indirizzi saranno sviluppati nell'ambito di specifici documenti dedicati ai diversi settori di intervento.

4.1 Sistema di accesso prossimo e diffuso ai servizi sociali, sanitari, sociosanitari

La necessità di garantire ai cittadini la massima accessibilità ai servizi ed agli interventi di cui hanno bisogno, assicurando al contempo risposte efficaci ai loro problemi sociali e di salute, ha portato alla definizione di un sistema integrato e organizzato di accoglienza, conoscenza, orientamento e presa in carico dei bisogni sociosanitari dei cittadini.

La L. 234/2021 individua i PUA quali nodi per l'accesso integrato ai servizi sociosanitari con sede nella Casa della comunità, accanto a questo modello, l'attuale sistema di accesso ai servizi sociosanitari si presenta a maggiore

diffusione e capillarità, con modalità variamente articolate e contraddistinte da gradi diversi di integrazione sviluppati negli anni precedenti all'intervento dei processi di riforma. Costituiscono punti di accesso ai servizi del sistema di welfare locale i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), gli sportelli e i PUA distrettuali sanitari, gli infermieri di comunità, i servizi di segretariato sociale e i PUA sociali. Tutti i nodi di accesso ricevono le segnalazioni (provenienti da altri servizi, da familiari, da enti del terzo settore, da cittadini etc.) e, nel caso in cui riscontrino bisogni di carattere sociosanitario, attivano un processo di prima valutazione sociosanitaria attraverso canali di integrazione in back office.

Per fare chiarezza, rispetto alla denominazione punto unico di accesso, è utile precisare come, a garanzia della funzione appena descritta, negli anni siano stati strutturati PUA sanitari (ai sensi dell'art. 21 LEA) e PUA sociali (ai sensi del DM 22 ottobre 2021 Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023).

I PUA sanitari sono generalmente collocati a livello distrettuale e si occupano della valutazione e della presa in carico di persone con problemi sanitari e sociosanitari complessi, finalizzata all'accesso ai servizi dell'assistenza territoriale. Forniscono inoltre informazioni e orientamento rispetto alle prestazioni erogabili, alle modalità e ai tempi di accesso, nonché in merito all'attività dei servizi sociali. Generalmente, ma non in via esclusiva, i servizi dei PUA sono diretti all'assistenza alle persone in condizione di non autosufficienza. In alcuni PUA, l'infermiere viene affiancato o può essere supportato da un assistente sociale dell'AS, la cui presenza è finalizzata a una migliore intercettazione dell'eventuale bisogno sociale e a un più efficace coordinamento con gli ATS in fase di integrazione back office. Come illustrato in seguito, tale modello di accesso ai servizi sanitari è attualmente in evoluzione, orientato al modello del PUA sociosanitario integrato nell'ambito delle Case della comunità, integrato dall'azione capillare svolta dagli infermieri di comunità a livello territoriale.

La pianificazione nazionale di ambito sociale definisce con maggior dettaglio l'organizzazione e la funzione dei PUA sociali, individuandoli quali LEPS. Il PUA è, in questo caso, il luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria, è la porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali, la modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/ATS e Distretto ASL, istituito per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari a coloro che ne abbiano necessità.
È organizzato e svolge le proprie funzioni (di orientamento, informazione, valutazione e avvio della presa in carico) su tre livelli:

- *front office: accesso diretto dei cittadini e raccolta ed esame di segnalazioni e istanze, anche effettuate da terzi;*
- *back office I livello: esame delle istanze/segnalazioni con relativa proposta del percorso. Se il bisogno è di natura "semplice" il PUA orienta e/o invia ai servizi appropriati. Se il bisogno è di carattere "complesso" ma non richiede l'attivazione di servizi integrati, il PUA provvede ad avviare il percorso di presa in carico attivando i servizi necessari in modo diretto. Se il bisogno richiede risposte integrate si attiva il back office di II livello;*
- *back office II livello: riesame delle istanze/segnalazioni di bisogni che necessitano di risposte integrate a più alto grado di integrazione e complessità.*

Di fronte a questi modelli organizzativi, oltre all'integrazione in back office, rafforzata dalla presenza di eventuali protocolli ad hoc, sono state adottate soluzioni organizzative con un grado ulteriore di integrazione, prevedendo l'integrazione professionale in presenza degli operatori degli ATS e del Distretto, con uno sportello fisico che garantisca, stabilmente o in determinate fasce orarie, la presenza di entrambe le professionalità.

A queste soluzioni di integrazione più intensa fanno riferimento la L. 234/2021 e gli atti di indirizzo sulla Casa della comunità che, nell'esplicita previsione di presenza dei servizi sociali dei comuni all'interno delle CdC, delineano i margini per il raggiungimento di livelli di integrazione di maggiore intensità, anche al fine di caratterizzare più nitidamente il carattere sociosanitario di tali presidi territoriali. Pertanto, le normative orientano il sistema alla realizzazione di PUA integrati sociosanitari fin nelle funzioni di accoglienza e orientamento (*front office*), ma consentono anche l'organizzazione delle attività di back *office* tramite meccanismi di integrazione funzionale purché sia assicurata l'integrazione nell'attività delle unità di valutazione multidimensionale (UVM).

Tali indicazioni sono state recepite e declinate nella DGR n. 664/2025 Allegato 1: "Linee di indirizzo regionali per l'attivazione e il funzionamento delle Case della Comunità" che definisce funzioni, standard organizzativi e professionali del Punto unico di accesso delle CdC, a cui si rimanda per un maggior dettaglio.

4.2 Casa della comunità

Le Case della comunità sono articolazioni dei Distretti, introdotte dal PNRR e dal successivo D.M. 77/2022, finalizzate al rafforzamento del sistema di presa in carico territoriale secondo i principi di prossimità delle cure e integrazione fra i servizi del welfare locale, costituendo il luogo fisico e di facile individuazione al quale possono accedere i cittadini per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. Le CdC sono organizzate secondo la logica *hub* and *spoke* e, indipendentemente dall'accezione, garantiscono il Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e l'integrazione con gli ATS.

Presso il PUA della Casa della comunità operano équipe integrate che assicurano la funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), integrate con l'ATS per le situazioni che richiedono erogazione di prestazioni e servizi da parte dei due Enti. L'UVM formula i Progetti Assistenziali Individuali (PAI, art. 21 LEA), svolgendo valutazioni finalizzate all'identificazione dei bisogni di natura bio-psico-sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona e del suo nucleo familiare, coinvolgendo, qualora ne ravveda la necessità, ulteriori servizi e professionalità con competenze specifiche. Nei casi in cui l'Azienda sanitaria abbia previsto, per specifici target di utenza, la gestione dell'attività di valutazione delle UVM, anche in modalità semplificata, direttamente in capo a servizi specialistici aziendali, in particolare nei casi in cui abbiano già in carico l'utente (DDSM, NPIA,…), è necessario definire opportune e specifiche forme di coordinamento fra queste *"UVM specialistiche"* e l'UVM che assicura la funzione di cui all'art.21 LEA nell'ambito della Casa della comunità. Le modalità di tale coordinamento, ove non già definite da documenti regionali dedicati, vengono condivise e delineate nell'ambito del Tavolo di coordinamento regionale a garanzia dell'omogeneità dei processi territoriali e quindi dell'equità di offerta dei LEA, garantendo così uniformemente il monitoraggio previsto dal Nuovo sistema di garanzia (NSG).

A titolo esemplificativo, qualora si presenti in una casa della comunità un utente con disabilità, a seguito di una prevalutazione del caso, viene coinvolta l'UVM dedicata dell'area disabilità di cui all'art. 23 della LR 16/2022. In modo analogo, ciò accade nei casi specifici di presentazione di istanza di Progetto di vita (d.lgs. 62/2024), secondo le modalità di coordinamento definite dalla DGR 550/2026 *"Dlgs 62/2024, art 24, commi 4-7. indicazioni per la predisposizione del progetto di vita della persona con disabilità nei territori in sperimentazione. adozione definitiva"*.

Ciò specificato, qualora emerga dal bisogno rilevato la necessità di sviluppare un percorso di inclusione più ampio che può riguardare i diversi ambiti di vita della persona, come ad esempio l'inclusione scolastica, l'inclusione lavorativa, o ancora, la partecipazione attiva nella comunità, l'UVM (art. 21 o eventuale "specialistica") elabora il Progetto personalizzato (art. 8 LR 22/2019, art. 57 LR 6/2006), i cui contenuti costituiscono uno sviluppo coerente e ulteriore rispetto a quelli del PAI.

Per quanto riguarda le Case della comunità, le indicazioni del D.M. 77/2022 sono state recepite a livello regionale dapprima con la DGR n. 2042/2022 "Programma Regionale dell'Assistenza Territoriale" e in seguito con la delibera dedicata alle CdC DGR n. 664/2025, Allegato 1. Quest'ultima evidenzia, in particolare, il ruolo centrale attribuito alle CdC nell'integrazione sociosanitaria dei servizi per la presa in carico e nella promozione della partecipazione al welfare locale delle risorse formali e informali della comunità, prevedendo meccanismi a tutela dell'integrazione stessa, in parte recepiti dalle Linee di gestione 2026.

Da un punto di vista organizzativo-gestionale, le Cabine di regia aziendali per l'integrazione sociosanitaria, quindi le Aziende sanitarie e gli ATS, sono tenute a definire le modalità di integrazione fra Distretti e gli ATS **per la governance e la gestione delle attività all'interno delle CdC**. Tali indicazioni, che trovano collocazione fra gli atti di definizione di materie specifiche nell'ambito dell'Accordo quadro, dovranno disciplinare: le eventuali modalità di gestione integrata in front-office del PUA, le fasce orarie di presenza dell'assistente sociale dell'ATS di riferimento, la gestione e le risorse professionali dedicate a garantire l'attività del PUA, in particolar modo rispetto

alla gestione integrata dell'Unità di valutazione multidimensionale e le modalità con cui la stessa si coordina o si riunisce con altre Unità di valutazione multidimensionale afferenti a servizi specialistici. Inoltre, dovrà essere previsto il coinvolgimento dell'ATS nell'ambito del Gruppo di coordinamento della CdC come previsto dalla DGR 664/2025.

Attualmente, a seguito degli obiettivi definiti nelle Linee di gestione 2022-2023-2024 finalizzati all'attuazione del PNNA 2022-2024, sono già presenti protocolli di funzionamento integrato tra ATS e AS finalizzati a disciplinare le modalità di integrazione e funzionamento dei PUA e delle Unità di valutazione multidimensionale. Tali atti rientrano all'interno della cornice dell'Accordo Quadro e potranno, ove opportuno, essere oggetto di aggiornamento.

Le stesse Linee di gestione 2026 prevedono anche lo sviluppo di un **Piano degli interventi delle Case della Comunità** per ciascuna area di distretto-ambito, finalizzato a definire l'offerta di servizi in misura più puntuale e coerente rispetto ai bisogni delle comunità di riferimento. Nell'ambito delle Case della comunità è prevista la definizione "personalizzata" rispetto ai contesti territoriali, di parte dei servizi, dei contenuti e delle relazioni delle CdC. Infatti, oltre ai servizi strutturali definiti dalla normativa, è possibile che nelle CdC trovino spazio presidi di prossimità in integrazione con altri servizi pubblici del territorio (es. funzioni facoltative come: servizi per la salute mentale e le dipendenze, medicina dello sport, …), programmi e interventi di prevenzione, sanità di iniziativa e promozione all'autocura, nonché l'articolazione di servizi "di sistema" rivolti alla comunità di riferimento, con l'impiego delle risorse regionali appositamente stanziate (LR 12/2025, art. 8 comma 97) promuovendo il coinvolgimento degli enti del terzo settore e delle altre risorse informali del territorio. Tale attività di pianificazione viene ricondotta nell'ambito della programmazione integrata locale ed è coordinata con l'attività di programmazione della partecipazione degli enti del terzo settore al sistema di welfare sociosanitario.

4.3 COT

Ai sensi del DM 77/2022, la Centrale Operativa territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Provvede, quindi, al coordinamento e ottimizzazione degli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale, nonché al tracciamento delle transizioni da un luogo all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro. La COT è attivata dagli attori del sistema distrettuale e ospedaliero; non è previsto l'accesso diretto del cittadino.

Le disposizioni nazionali sono state recepite a livello regionale con la DGR n. 2042/2022 e, in un secondo momento, ulteriormente dettagliate attraverso l'Allegato 2 alla DGR n. 664/2025 "*Linee di indirizzo regionali per l'attivazione e il funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT)*".

Considerato il ruolo ricoperto dalla COT nell'ambito delle prese in carico integrate sociosanitarie si ritiene auspicabile promuovere modalità di raccordo e integrazione anche in relazione all'attività della COT.

4.4 Équipe integrate territoriali

Il PNNA 22-24 ha previsto la costituzione a livello territoriale distrettuale - d'ambito di Équipe integrate territoriali (denominate équipe integrate di ambito nel documento nazionale), composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente ad assicurare lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato, garantendo l'apporto di tutte le professionalità necessarie allo scopo. A tal fine è prevista anche la stipula di accordi con le articolazioni organizzative sanitarie specialistiche e con altri soggetti pubblici che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione.

Tali équipe integrate assicurano le funzionalità del PUA, delle UVM e i processi di definizione dei PAI; nonché l'insieme dei processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo dei percorsi assistenziali integrati. A tal fine, gli ATS e le AS individuano le figure professionali la cui attività contribuisce ad assicurare tali funzioni, garantendo l'assegnazione a tali attività di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in funzione ai bisogni specifici della persona.

Nell'ambito dell'implementazione delle previsioni del PNNA 22-24, è stato dato indirizzo alle AS (DGR n. 48/2024), di definizione assieme agli ATS specifici accordi per il funzionamento delle équipe integrate. Tali accordi confluiscono nella cornice dell'Accordo quadro e, se necessario, possono essere aggiornati secondo le previsioni del presente documento.

4.5 Cure domiciliari integrate di comunità

Gli indirizzi nazionali, in particolare la L. 234/2021, le coerenti disposizioni del PNNA 22-24 e il più recente d.lgs. 29/2024, sottolineano la necessità di garantire un'efficace integrazione nell'ambito delle cure domiciliari integrate. A questo fine, fra i LEPS individuati dalla L. 234/2021, viene definito quale LEPS di erogazione per le persone anziane non autosufficienti l'*Assistenza domiciliare sociale e l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari*, prevedendo in tal modo un livello essenziale in ambito sociale speculare al LEA di cui all'art. 22 *Cure domiciliari* (v. Appendice).

Coerentemente con tale orientamento, l'art. 29 del d.lgs. 29/2024 prevede la futura emanazione di "Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari e per l'adozione di un approccio continuativo e multidimensionale della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della sua famiglia, anche attraverso strumenti digitali". Un'ulteriore area di integrazione potenziale è infatti costituita dal coordinamento delle forme di assistenza digitale a domicilio, quali ad esempio telemedicina, telesoccorso e teleassistenza.

Più recentemente il quadro è stato rafforzato dalla L. 199/2025, che ha introdotto ulteriori LEPS finalizzati al potenziamento della capacità di risposta territoriale degli Ambiti territoriali sociali e dell'assistenza domiciliare socioassistenziale a favore delle persone non autosufficienti.

Tali indirizzi verranno in futuro declinati a livello regionale e verranno inoltre rivisti in linea con il rilancio del ruolo dell'Infermiere di comunità, come modalità privilegiata di erogazione dell'assistenza infermieristica a domicilio. Il recepimento di tali indirizzi da parte delle AS e degli ATS avverrà mediante l'adozione o l'aggiornamento di protocolli o accordi sull'integrazione nelle cure domiciliari che rientrano, anch'essi, nella cornice dell'Accordo quadro.

È opportuno sottolineare l'origine di tali indirizzi, i cui primi riferimenti sono rinvenibili nel decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (decreto Rilancio) che, all'articolo 1 comma 4bis, promuove la realizzazione di sperimentazioni ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, finalizzate alla presa in carico delle fragilità, organizzate secondo modalità di intervento in grado di ridurre le scelte di istituzionalizzazione e favorire la domiciliarità, valorizzando il ricorso a strumenti innovativi quali il budget di salute individuale e di comunità nonché il coinvolgimento, nella realizzazione dei progetti, delle istituzioni presenti sul territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore.

Questa particolare declinazione di soluzioni alternative all'istituzionalizzazione caratterizzata, oltre che dall'integrazione fra enti, dall'utilizzo del budget di salute quale meccanismo di integrazione di risorse sanitarie, sociali e comunitarie e il coinvolgimento degli enti del terzo settore nella progettazione, ha costituito il riferimento per lo sviluppo a livello regionale della sperimentazione di Domiciliarità comunitaria di cui alla DGR n. 1964 del 23 dicembre 2021 "*Linee di indirizzo per la realizzazione di sperimentazioni di domiciliarità comunitaria*". L'obiettivo della Domiciliarità comunitaria consiste nel definire un partenariato con gli enti del terzo che realizzi prese in carico domiciliari personalizzate e flessibili per le persone con demenza e i loro familiari attraverso l'utilizzo del budget di salute. Il partenariato si fonda sull'adesione a un progetto di servizio condiviso, quale esito

di un processo di coprogrammazione e coprogettazione condotto dalle Aziende sanitarie e dagli ATS nel quadro di un accordo interistituzionale. I principi di tale sperimentazione trovano conferma e allineamento con quanto espresso dall'art.25 del d.lgs. 29/2024 che promuove l'implementazione di servizi di comunità operanti secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale per promuovere la domiciliarità delle cure e dell'assistenza, riconoscendo altresì il contributo degli enti del Terzo settore al perseguimento delle finalità di integrazione e attuazione dei LEPS e dei LEA.

5 Percorso assistenziale integrato (L. 234/2021, art. 1, comma 163)

La L. 234/2021, all'art. 1, comma 163, definisce il percorso assistenziale integrato (v. Appendice) quale LEPS di processo nell'ambito della non autosufficienza, nonché quale obiettivo di servizio per tutte le altre aree di intervento (comma 140).

"Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS."

La macro-definizione di fasi delineata dagli articoli da 6 a 9 della LR 22/2019, rispecchia tale percorso assistenziale, offrendo un livello meno dettagliato dal punto di vista organizzativo ma di carattere più generale, applicabile trasversalmente alle aree di utenza. Infatti, nonostante il carattere di universalità proprio di alcuni snodi organizzativi come i PUA o le Case della comunità, i processi di presa in carico delle diverse tipologie di utenza seguono generalmente percorsi peculiari che si svolgono principalmente nell'ambito di équipe o servizi dedicati. Pertanto, in alcuni casi, i servizi aperti al pubblico, deputati all'accesso e alla prevalutazione, ricoprono un ruolo di supporto secondario, finalizzato principalmente ad assicurare l'orientamento e il rinvio ai servizi competenti o specialistici.

Negli anni, a supporto di una definizione più precisa dei processi di presa in carico, sono stati deliberati indirizzi con indicazioni aggiuntive rispetto agli strumenti e ai percorsi per specifiche aree di utenza (es. DGR 1134/2020) e, Aziende sanitarie e ATS, hanno adottato protocolli congiunti per disciplinare i percorsi integrati di presa in carico.

Considerando le novità che verranno apportate dalle riforme nazionali in corso, nonché dai più recenti percorsi di pianificazione, per dare adeguato spazio alle peculiarità di ciascun percorso assistenziale integrato, si è scelto di delegare a successivi atti le indicazioni relative ai piani gestionale e professionale dell'integrazione. Pertanto, il presente documento, nonché l'Accordo quadro allegato, costituiscono il macro-assetto funzionale all'integrazione dei servizi e alla realizzazione dei percorsi integrati, che verranno dettagliati in linee di indirizzo successive dedicate a singoli target di utenza o a specifici nodi organizzativi dell'assistenza.

6 Prospettive di evoluzione nel quadro delle riforme della disabilità e della non autosufficienza

Gli atti normativi dei filoni di riforma innescati dal PNRR, relativi alle politiche per gli anziani e per la disabilità, intervengono in modo incisivo sui processi territoriali di presa in carico, introducendo novità che implicano modifiche radicali agli approcci e all'organizzazione dei servizi coinvolti, sia sul versante sanitario che sociale.

Per quanto riguarda l'ambito della disabilità (L. 227/2021; d.lgs. 62/2024 -spec. Capo III) le indicazioni della riforma sono state implementate a livello sperimentale sul territorio di Trieste a partire dal 2025 e sui territori di Udine e Pordenone da marzo 2026, ed è prevista l'estensione del modello all'intero territorio regionale a decorrere dal 1° gennaio 2027. Questa riforma presenta significative innovazioni relative sia al processo di accertamento della condizione di disabilità che alla valutazione multidimensionale (VMD) e alla costruzione del progetto di vita della persona con disabilità. Indicazioni più di dettaglio sono reperibili nelle norme nazionali e, nella normativa regionale, nel documento allegato alla DGR n. 550/2026, che ha sostituito la DGR n. 779/2025.

Per quanto concerne le politiche per gli anziani, in particolare per gli anziani non autosufficienti, le norme nazionali (L.33/2023; d.lgs. 29/2024 – spec. Titolo II Capo I) dettano previsioni impattanti sull'accertamento della non autosufficienza, sulle modalità di accesso e di valutazione presso i PUA, sul funzionamento delle UVM, rispetto all'introduzione di uno strumento di valutazione multidimensionale unificata omogeneo a livello nazionale e relativamente all'integrazione nelle cure domiciliari. Il decreto legislativo 30 aprile 2025, n. 93 ha introdotto un periodo di sperimentazione della durata di un anno, coinvolgendo una provincia per Regione. Il decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200 ha successivamente differito di dodici mesi i termini previsti, posticipando l'avvio della sperimentazione al 1° gennaio 2027 e la sua estensione all'intero territorio nazionale al 1° gennaio 2028. Attualmente non sono ancora state fornite indicazioni ulteriori sulle modalità di implementazione della sperimentazione e riguardo alle province coinvolte.

Un ulteriore livello di complessità è dato dalla relazione che verrà a crearsi fra i processi di presa in carico delineati dalle due riforme. Vengono prospettati, infatti, due modelli non necessariamente coerenti in alcune parti della loro configurazione, ma che dovranno in ogni caso essere implementati in maniera armonica:

- sugli stessi sistemi organizzativi, che quindi dovranno essere in grado di reingegnerizzare i propri processi per rispondervi,
- su una categoria di utenza (non autosufficienza) il cui trattamento viene variato in funzione di un parametro anagrafico, prevedendo -nel complesso- un percorso e delle opportunità diverse per gli under 70, per gli over 70 e per chi prosegue la propria presa in carico a seguito del compimento del settantesimo anno di età.

Pertanto, considerata la fase trasformativa che si presenta all'orizzonte dei sistemi sociosanitari territoriali regionali, le indicazioni riguardanti i percorsi di presa in carico, nello specifico di queste categorie di utenza, dovranno procedere su un doppio binario -ordinario e di sperimentazione- che sarà oggetto di modifiche e integrazioni derivanti sia dalle indicazioni nazionali attese a indirizzo delle sperimentazioni, sia dalla valutazione degli effetti delle stesse.

7 Altri dispositivi funzionali all'integrazione e alla personalizzazione

L'integrazione sociosanitaria viene intesa come il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti personalizzati. Il grado di integrazione fra sistemi varia a seconda delle caratteristiche del bisogno della persona e dei suoi desideri e volontà. Il sistema dei servizi di cura deve pertanto prevedere percorsi differenziati e flessibili a seconda della natura e intensità del bisogno, che implicano l'impiego di tipologie di prestazioni con livelli di intensità assistenziale differenti e quindi l'attivazione di un diverso grado di integrazione fra servizi.

Alla base di ciò ci deve essere diffusione e condivisione di una "piattaforma cognitiva comune" basata sui seguenti assunti:

- la persona e la famiglia occupano un ruolo di centralità intorno al quale ruotano i servizi anche come co-produttori e co-valutatori dei servizi stessi;
- il bisogno di salute è preso in carico nella sua multidimensionalità e complessità e richiede una risposta unitaria;
- la persona è protagonista del proprio percorso di vita in un'ottica di capacitazione ed effettiva partecipazione;
- la persona e il bisogno di cura che esprime sono inscindibili dal contesto di vita, pertanto, la progettazione deve valorizzare la dimensione comunitaria e relazionale dell'individuo e le potenzialità emancipative che essa può esprimere.

Tali assunti trovano traduzione operativa nel percorso di presa in carico integrata, il quale consiste in uno strumento di integrazione gestionale-professionale che valica l'approccio settoriale di tipo burocratico e standardizzante. L'efficacia di tale strumento è condizionata da fattori istituzionali e organizzativo-gestionali che costituiscono premesse necessarie o aspetti facilitanti un'efficace integrazione, alcuni dei quali sono stati già trattati nel dettaglio nel presente documento. Tali fattori sono:

- la presenza di una **pianificazione regionale** che delinei indirizzi e spazi adeguati all'attuazione e allo sviluppo dei percorsi di integrazione, nonché all'innovazione e alla flessibilità del sistema dei servizi;
- l'esistenza di **un'intesa programmatoria** coerente tra il sistema sociale e sanitario relativamente a livelli di erogazione, prestazioni e risorse;
- l'individuazione di strutture e **unità a presidio** e supporto **dei processi** di integrazione sociosanitaria;
- la condivisione, tra i due sistemi, di un modello organizzativo-gestionale che preveda, trasversalmente ad ambiti assistenziali e destinatari, la **stesura condivisa di procedure**, protocolli o percorsi relativi alle diverse fasi della presa in carico;
- la definizione di **strumenti e schede unitari** a supporto della valutazione multidimensionale della persona; della predisposizione e gestione del progetto personalizzato e delle relative risorse assegnate, e del monitoraggio;
- l'utilizzo di **indicatori per la valutazione della qualità dei servizi coerenti** con i meccanismi che caratterizzano la presa in carico integrata;
- la previsione di **attività di formazione congiunta** degli operatori, al fine duplice di diffusione degli assunti precedentemente esposti e di mutua conoscenza del funzionamento dei servizi;
- lo **scambio di pratiche** ed esperienze all'interno del sistema per stimolare l'innovazione e l'apprendimento organizzativo;
- l'individuazione di modalità di aggregazione e **integrazione delle risorse** sociali, sanitarie e informali, per una loro gestione integrata a supporto dei progetti personalizzati caratterizzati da elevata complessità;
- un **sistema di erogazione dei servizi** che presenti coerenti caratteri di coordinamento e flessibilità;
- **l'interoperabilità dei sistemi informativi** a supporto dell'attività degli operatori.

In particolare, è utile fornire alcune precisazioni in merito agli ultimi tre fattori esposti.

7.1 Sistema di finanziamento:

Per garantire una reale personalizzazione è strategico potersi avvalere di meccanismi flessibili nell'utilizzo delle risorse, ma una gestione integrata riscontra nel sistema attuale due limiti principali. Il primo è costituito dalla molteplicità di fondi e finanziamenti a favore di specifici interventi o particolari tipologie di bisogno, con distinte regole di utilizzo e di rendicontazione. Questa pluralità alimenta una frammentazione nell'utilizzo delle risorse che ne irrigidisce l'impiego, rendendo più complesso mettere a sistema risorse provenienti da fonti di finanziamento diverse con un conseguente aggravio della gestione amministrativa. Il secondo limite deriva dall'ancoraggio di

determinate risorse a setting assistenziali di risposta predefiniti (residenziale, semiresidenziale, domiciliare...) piuttosto che correlarle al bisogno della persona e al suo progetto personalizzato.

Nel rispetto dei confini determinati dall'assegnazione delle risorse nazionali, a livello regionale, per perseguire la realizzazione di un sistema conformato in tutte le sue parti in coerenza con il principio di personalizzazione, sono stati definiti l'art. 9 della LR 22/2019 dedicato al "Budget di progetto e budget di salute" e l'art. 24 "Budget di salute" della LR 16/2022, ed è stata realizzata la modifica dell'art.13 della LR 10/1997 con la LR 26/2020. Da queste due previsioni derivano le sperimentazioni di integrazione delle risorse a supporto di progetti personalizzati in contesti assimilabili al domicilio: Abitare inclusivo, Domiciliarità innovativa e Domiciliarità comunitaria.

Un altro aspetto fondamentale riguarda la progressiva quantificazione delle risorse sanitarie e sociali impiegate nell'ambito delle politiche sociosanitarie, al fine di definirne l'ammontare non solo in funzione dei servizi e degli interventi realizzati, ma anche in funzione dei progetti personalizzati attivati. A supporto dell'allocazione strategica delle risorse è pertanto opportuno migliorare i sistemi di governance e controllo della spesa, in coerenza con quanto indicato dalle Linee di gestione 2026. Tale attività è stata alla base del processo di istituzione e programmazione del Fondo sociosanitario per la disabilità (DGR n. 2062/2023).

7.2 Regolazione del sistema di erogazione dei servizi

Per una compiuta implementazione della personalizzazione dei servizi, i percorsi di progettazione personalizzata devono potersi avvalere di una coerente platea di opportunità e risposte, garantite da un sistema di erogazione dei servizi che presenti opportuni caratteri di coordinamento, flessibilità, dinamicità e integrazione. È necessario, pertanto, prevedere adeguate disposizioni programmatorie che informino il sistema di offerta secondo caratteristiche che favoriscano l'organizzazione delle risposte in base al bisogno e non secondo l'offerta esistente, con un effetto trasformativo anche sui contesti socio-economici delle comunità locali che ospitano e vengono coinvolte nella realizzazione di tali opportunità di inclusione e sostegno.

Questa dimensione tratta, in particolare, della regolazione dei rapporti fra Pubblica Amministrazione (AS e ATS in particolare) e soggetti privati, in quanto nella realtà dei servizi sociosanitari, una buona parte degli interventi è realizzata da soggetti privati, soprattutto da ETS.

Le tre modalità principali con cui questi rapporti vengono regolati sono l'affidamento su base di procedura competitiva (appalto), le forme di amministrazione condivisa e l'accreditamento istituzionale. Tutti questi meccanismi possono essere impiegati, con eventuali opportune attenzioni, per lo sviluppo di un sistema caratterizzato da diversi gradi di flessibilità. A tal fine, gli atti di programmazione regionale e gli Accordi quadro dovranno promuovere un approccio integrato alla regolazione del sistema di offerta, valorizzando in modo coordinato e complementare gli strumenti dell'appalto, dell'amministrazione condivisa, dell'accreditamento e delle ulteriori forme di collaborazione previste dall'ordinamento. In tale prospettiva, si dovranno perseguire i seguenti indirizzi operativi:

1. reinterpretare appalti e procedure competitive in una prospettiva generativa, promuovendo la capacità di realizzare concrete opportunità di inclusione e innovazione attraverso l'inserimento di elementi coerenti nei capitolati e disciplinari di gara;

2. distinguere e utilizzare -in modo appropriato- gli strumenti di amministrazione condivisa, i quali costituiscono le modalità più efficaci per il riconoscimento della soggettività sociale della comunità, creando reti di inclusione che mostrano possibile un nuovo modello di sviluppo locale;

3. ripensare i sistemi di accreditamento quali impianti che si integrano nei percorsi di vita delle persone e non abbiano un'azione circoscritta a una fase o intervento specifico, attraverso l'individuazione di requisiti che qualifichino la qualità dei servizi e degli interventi ponendo al centro le caratteristiche dei processi e delle connessioni con altre opportunità di inclusione nonché della loro modularità, piuttosto che le proprietà delle strutture d'offerta.

Riuscire a ibridare tali forme, per realizzare un sistema di offerta che permetta di articolarsi, oltre che nelle forme tradizionali, in ambienti organizzativi che rendano realmente concretizzabile il principio di personalizzazione dei sostegni, è fondamentale per fornire risposte adeguate ai bisogni complessi.

7.2.1. Sperimentazioni di Abitare inclusivo e servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti

La sperimentazione di Abitare inclusivo costituisce una forma innovativa di intervento integrato che configura modalità di presa in carico alternative alla residenzialità, sviluppate in contesti di natura domiciliare a partire da percorsi di progettazione personalizzata. Considerata la necessità di ricondurre tali sperimentazioni entro un sistema di autorizzazione e di regolazione coerente con i principi e le caratteristiche organizzative della sperimentazione stessa, verrà dato indirizzo alle Aziende sanitarie e agli Ambiti territoriali sociali per la realizzazione, con riferimento a ciascun territorio aziendale, di percorsi di coprogrammazione finalizzati alla definizione dei fabbisogni territoriali in materia di abitare inclusivo. In coerenza con una logica sussidiaria e partecipativa, tali fabbisogni espressi verranno assunti e riconosciuti nell'ambito della conseguente definizione del fabbisogno regionale.

Nelle more della realizzazione di tale percorso, è prevista la definizione di una procedura di autorizzazione provvisoria dei contesti di Abitare inclusivo, subordinata al possesso di una valutazione favorevole espressa congiuntamente dall'Azienda sanitaria e dai Servizi sociali dei Comuni su cui il servizio insiste. A tal fine, Aziende sanitarie e Servizi sociali dei Comuni individuano, nell'ambito di accordi o altri atti organizzativi condivisi, modalità e procedure idonee a garantire l'efficace svolgimento di tale attività di valutazione integrata.

Nella stessa prospettiva, per quanto riguarda la semiresidenzialità, la DGR 1147/2026 *"Lr 10/1998, art 30. lr 22/2019, artt 48, 49, 63 e 65. fabbisogno regionale di servizi semiresidenziali per persone anziane non autosufficienti. approvazione definitiva."*, ha disposto che, nell'ambito della programmazione integrata locale realizzata dalle Aziende sanitarie e dagli ATS del territorio di competenza, vengano individuati i territori nei quali procedere in via prioritaria all'attivazione di nuovi servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti.

7.3 Sistemi gestionali e flussi informativi

I sistemi informativi, in quanto tecnologia a supporto dei processi decisionali e di comunicazione tra operatori che svolgono compiti tra loro interdipendenti, costituiscono un supporto fondamentale al processo di integrazione e all'attività della presa in carico. Attualmente i sistemi informativi in uso nei distretti (Cartella Utente 4.0) e nei servizi sociali (Cartella Sociale Informatizzata) sono coordinati rispetto ad alcune informazioni e schede di valutazione utilizzate durante la presa in carico ma non vi è interoperabilità.

Ostacolano tale integrazione diversi fattori fra loro intrecciati: criticità correlate al tema della privacy, criticità di tipo tecnologico nel perseguimento dell'interoperabilità, disomogeneità nei sistemi di presa in carico territoriale rispetto alle pratiche, agli strumenti e alle informazioni raccolte. A ciò si aggiunge la necessità di garantire il coordinamento con gli interventi nazionali di sviluppo di flussi e sistemi informativi, primo fra tutti il percorso di istituzione della Cartella Sociale Informatizzata Nazionale.

In precedenza, ci sono state modellizzazioni che hanno tentato di pervenire a una definizione unitaria dei processi a livello regionale che sono state frenate dalla disomogeneità delle prassi territoriali. Pertanto, funzionalmente a tale intervento, che si presenta sempre più come imprescindibile per sostenere gli operatori nel lavoro integrato, verrà avviato un percorso di analisi dei processi di presa in carico integrati per individuare le esigenze e le criticità riscontrate dai professionisti rispetto alla condivisione di strumenti e informazioni nelle pratiche quotidiane, con l'obiettivo di realizzare l'interoperabilità e la cooperazione applicativa dei sistemi informativi in uso presso i Distretti e i Servizi sociali nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali. Tale azione si coordina e riunisce con l'attività realizzata con il coinvolgimento di ARCS per l'identificazione di item di natura sociale che possano arricchire la valutazione integrata delle schede di valutazione domiciliare territoriale EMT, prevista dalle Linee di gestione 2026.

8 Rapporti con altre aree di integrazione

Considerato che, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati, intervengono anche altri settori, fra cui, ad esempio quello dell'istruzione, dell'abitare, del lavoro e della giustizia, è evidente che il perimetro sociosanitario dell'Accordo quadro è permeabile alla definizione di protocolli e accordi che strutturino relazioni e processi di integrazione con attori esterni al Servizio sanitario e alle gestioni associate dei servizi sociali. Tali ulteriori aree di integrazione fra servizi e interventi ampliano le potenzialità di intervento del sistema di welfare e costituiscono atti che rafforzano e affiancano il quadro di integrazione dell'Accordo quadro. Pertanto, nonostante l'Accordo quadro sia stipulato fra le direzioni delle AS e le rappresentanze degli enti locali quali responsabili del Sistema integrato dei Servizi sociali, è possibile che fra gli atti ricondotti nella cornice dell'integrazione sociosanitaria dell'Accordo quadro vi siano accordi e protocolli che prevedano il coinvolgimento e l'integrazione con soggetti terzi, che sottoscrivono gli stessi.

9 Trasparenza e pubblicità

Ciascuna Azienda sanitaria e ciascun Servizio sociale dei Comuni provvedono a istituire nei propri siti istituzionali una sezione dedicata all'integrazione sociosanitaria, nella quale si dà evidenza degli atti di programmazione locale integrata, nonché dell'Accordo quadro interistituzionale per l'integrazione sociosanitaria e di tutti gli atti ivi ricompresi o ad esso correlati.

Appendice 1 : progressivo allineamento LEA e LEPS

	Sistema sociale LEPS	**Sistema sanitario LEA**
PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO	**L. 234/2021 art. 1 comma 163** **Percorso assistenziale integrato** Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza **l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA),** che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano **equipe integrate composte da personale** adeguatamente formato e numericamente sufficiente **appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS**. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, **assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM)** della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale **per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita** in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. **Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia** o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla **definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI),** contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche	**DPCM 12 gennaio 2017** **Art. 21 Percorsi assistenziali integrati** 1. I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo **prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.** Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni. 2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce **l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni,** sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza. 3. **Il Progetto di assistenza individuale (PAI)** definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato. 4. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale **sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio**, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali,

	telematico, con l'INPS."	sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale
DIMISSIONI PROTETTE	**Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023** Dimissioni protette Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione	**DPCM 12/01/2017 art. 22** L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.
CURE DOMICILIARI	**L. 234/2021 art. 1 comma 162** **Assistenza domiciliare sociale** quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo **L. 199/2025 art.1 comma 700** Il sistema […] assicura gli ulteriori seguenti livelli essenziali delle prestazioni: […] c) un'ora settimanale di assistenza domiciliare da parte dei servizi socio-assistenziali per le persone non autosufficienti, da modulare in funzione della consistenza della platea dei beneficiari.	**DPCM 12/01/2017 art. 22** **Cure domiciliari di livello base:** costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA) inferiore a 0,14;
	L. 234/2021 art. 1 comma 162 **Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;	**Cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello:** costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico -infermieristico- assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; […] **Cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello:** costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico -infermieristico- assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; […] **Cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello:** costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. […] Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della

		valutazione multidimensionale.
SOLLIEVO	**L. 234/2021 art. 1 comma 162** **servizi sociali di sollievo** per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie	**DPCM 12/01/2017 art. 30** Nell'ambito dell'assistenza residenziale, trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria

Appendice 2: Riferimenti normativi

Di seguito si riportano gli estremi delle fonti normative e degli atti di pianificazione e programmazione richiamati nel presente documento.

Nazionali

- **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"
- **Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281**, "Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali"
- **Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229**, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- **Legge 8 novembre 2000, n. 328**, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001**, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017**, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"
- **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"
- **Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147,** "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà"
- **Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34**, "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" (c.d. "decreto Rilancio")
- **Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione europea 13 luglio 2021**, di approvazione della valutazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia
- **Decreto interministeriale 22 ottobre 2021** (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze), di adozione del "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023"
- **Legge 22 dicembre 2021, n. 227**, "Delega al Governo in materia di disabilità"
- **Legge 30 dicembre 2021, n. 234**, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" (legge di bilancio 2022)
- **Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77**, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"
- **Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga, ottobre 2022**, "Piano di Azione Nazionale Dipendenze 2022-2025" (PAND)
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 ottobre 2022**, di adozione del "Piano Nazionale per la Non Autosufficienza" e di riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024 (PNNA 22-24)
- **Legge 23 marzo 2023, n. 33**, "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane"
- **Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29**, "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33"
- **Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62**, "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato"
- **Decreto interministeriale 2 aprile 2025** (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze), di adozione del "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026"
- **Decreto legislativo 30 aprile 2025, n. 93**, "Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane"
- **Accordo 29 dicembre 2025 (Rep. atti n. 177/CU)**, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli enti locali, sul documento recante "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030"
- **Legge 30 dicembre 2025, n. 199**, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028" (legge di bilancio 2026)

- **Decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200**, "Disposizioni urgenti in materia di termini normativi" (c.d. "decreto Milleproroghe"), convertito con modificazioni dalla legge 27 febbraio 2026, n. 26
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 20 aprile 2026**, di adozione del "Piano nazionale per la non autosufficienza" e di riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2025-2027 (PNNA 2025-2027)
- **Intesa Stato-Regioni 21 maggio 2026**, di adozione del "Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2026-2031"
- **Consiglio dei Ministri, informativa del 2 luglio 2026**, "Primo Piano nazionale per l'economia sociale" – atto presentato come informativa al Consiglio dei Ministri (comunicato stampa n. 180 del 2 luglio 2026) in attuazione della Raccomandazione del Consiglio europeo del 27 novembre 2023 sullo sviluppo delle condizioni quadro dell'economia sociale (C/2023/1344)

Regionali

- **Legge regionale 8 aprile 1997, n. 10,** "Disposizioni per la formazione del Bilancio pluriennale ed annuale della Regione (Legge finanziaria 1997)".
- **Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6,** "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"
- **Legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27,** "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale"
- **Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22,** "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"
- **Legge regionale 14 novembre 2022, n. 16,** "Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia"
- **Legge regionale 6 agosto 2025, n. 12,** "Assestamento del bilancio per gli anni 2025-2027 ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 10 novembre 2015, n. 26"
- **Legge regionale 17 ottobre 2025, n. 13**, "Misure finanziarie multisettoriali 2025"
- **DGR n. 1134 del 24 luglio 2020,** "LR 41/1996, art. 20-bis. Linee guida per la sperimentazione di percorsi innovativi nel sistema regionale dei servizi per le persone con disabilità. Approvazione definitiva"
- **DGR n. 1964 del 23 dicembre 2021,** "Linee di indirizzo per la realizzazione di sperimentazioni di domiciliarità comunitaria. Disciplina delle modalità attuative. Approvazione definitiva"
- **DGR n. 2042 del 29 dicembre 2022,** "PNRR M6. D.M. 77/2022. Programma regionale dell'assistenza territoriale. Approvazione definitiva"
- **DGR n. 929 del 16 giugno 2023,** "Fondo nazionale per la non autosufficienza. Documento programmatico della Regione Friuli Venezia Giulia per il triennio 2022-2024. Approvazione definitiva"
- **DGR n. 1691 del 30 ottobre 2023,** "LR 16/2022, art. 17. Prime indicazioni operative inerenti l'organizzazione e la gestione del processo di transizione al nuovo assetto istituzionale e organizzativo degli interventi a favore delle persone con disabilità. Approvazione definitiva"
- **DGR n. 2062 del 22 dicembre 2023,** "LR 16/2022, art. 17, comma 9. Linee di indirizzo per la programmazione e l'utilizzo del fondo sociosanitario per la disabilità e dei correlati finanziamenti di parte sociale. Approvazione definitiva"
- **DGR n. 48 del 19 gennaio 2024,** "LR 22/2019. Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2024. Approvazione definitiva"
- **DGR n. 1377 del 20 settembre 2024,** "LR 8/2023, art. 7. Piano triennale regionale degli interventi per la valorizzazione del caregiver familiare 2024-2026. Approvazione definitiva"
- **DGR n. 664 del 23 maggio 2025,** "D.M. 77/2022. Linee di indirizzo regionali per l'attivazione e il funzionamento delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali (COT). Approvazione"
- **DGR n. 859 del 27 giugno 2025,** "D.Lgs. 118/2011, art. 36. Documento di economia e finanza regionale 2026. Approvazione"
- **DGR n. 1507 del 31 ottobre 2025,** "LR 22/2019, art. 50. Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2026. Approvazione definitiva"
- **DGR n. 1507 del 31 ottobre 2025,** "LR 22/2019, art. 50. Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2026. Approvazione definitiva. Finanziamento agli enti del S.S.R. per l'anno 2026. Assegnazione ed erogazione in via provvisoria"
- **DGR n. 1545 del 7 novembre 2025,** "Atto di programmazione dei servizi di contrasto alla povertà 2024-2026. Approvazione definitiva"

- **DGR n. 1550 del 7 novembre 2025,** "Fondo per le politiche della famiglia. Riparto anno 2025 e avviso pubblico del Dipartimento per le politiche della famiglia per l'acquisizione di manifestazioni di interesse al rafforzamento dei Centri per la famiglia"
- **DGR n. 242 del 27 febbraio 2026,** "L. 207/2024. Fondo dipendenze patologiche. Piano regionale triennale per il gioco d'azzardo patologico e per le dipendenze patologiche (triennio 2025-2027). Recepimento indicazioni ministeriali e adozione"
- **DGR n. 550 del 24 aprile 2026,** "D.Lgs. 62/2024, art. 24, commi 4-7. Indicazioni per la predisposizione del progetto di vita della persona con disabilità nei territori in sperimentazione. Adozione definitiva" (sostituisce la DGR n. 779 del 12 giugno 2025)
- **DGR n. 553 del 24 aprile 2026,** "Linee di programmazione regionali per la realizzazione del sistema sociale integrato di servizi e interventi. Anno 2026. Adozione definitiva"
- **DGR n. 890 del 26 giugno 2026,** "D.Lgs. 118/2011, art. 36. Documento di economia e finanza regionale 2027. Adozione"
- **DGR n. 1007 del 10 luglio 2026,** "Fondo nazionale per la non autosufficienza. Documento programmatico della Regione Friuli Venezia Giulia per il triennio 2025-2027. Adozione definitiva"
- **DGR n. 1146 del 31 luglio 2026,** "D.M. 5 settembre 2024 del Ministero della salute recante 'Riparto del fondo per l'Alzheimer e le demenze per le annualità 2024-2026'. Modifiche al Piano regionale delle attività. Adozione"
- **DGR n. 1147 del 31 luglio 2026,** "LR 10/1998, art. 30; LR 22/2019, artt. 48, 49, 63 e 65. Fabbisogno regionale di servizi semiresidenziali per persone anziane non autosufficienti. Approvazione definitiva"

ALLEGATO 1.

Modello di Accordo quadro per l'integrazione istituzionale e gestionale nelle aree dell'assistenza sociosanitaria

ACCORDO QUADRO PER L'INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE E GESTIONALE NELLE AREE DELL'ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

DGR _____/_____ "Linee di indirizzo per l'integrazione nel sistema sociosanitario regionale"
DGR 1507/2025 "Linee annuali di gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2026"

Il presente Accordo quadro definisce e regola i contenuti della collaborazione in materia di integrazione sociosanitaria, necessari per sviluppare politiche, interventi, servizi e percorsi di presa in carico integrata all'interno dell'_____ (area territoriale oggetto dell'accordo).

A questo scopo, l'Accordo quadro delinea la cornice di riferimento sia per l'intesa istituzionale, sia per le misure dedicate all'integrazione organizzativa e interprofessionale.

Accordo quadro tra

Le assemblee dei sindaci:

- ……., rappresentato dal Presidente……. nato/a il ecc.
- ……., rappresentato dal Presidente……. nato/a il ecc.
- ……., rappresentato dal Presidente……. nato/a il ecc.

L'Azienda sanitaria locale ……., rappresentata dal Direttore Generale ……. nato/a il ecc.

(altri sottoscrittori da definire)

Visti la L. 33/2017, il D.lgs. 147/2017, la L. 227/2021, la L. 234/2021, il D.M. 77/2022 e la L. 33/2023 e relativi atti attuativi;

Richiamati il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" e il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza";

Viste la L.R. 6/2006, la L.R. 27/2018, la L.R. 22/2019 e la L.R. 16/2022;

Allo scopo di disciplinare la collaborazione interistituzionale, organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria;

CONVENGONO

Premesse

Art 1. Finalità

Art 2. Destinatari e area territoriale oggetto dell'accordo

Titolo I – Integrazione istituzionale del sistema locale

Art 3. Programmazione integrata
(In materia sociosanitaria, gli Ambiti territoriali sociali e l'Azienda sanitaria collaborano per realizzare le indicazioni programmatorie regionali di rispettiva competenza che richiedono l'impiego congiunto di risorse e la realizzazione di processi e interventi in modo coordinato. Ivi rientrano le previsioni riguardanti ad es. la programmazione dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficiente e di Abitare inclusivo).

Art 4. Cabina di regia aziendale per l'integrazione sociosanitaria
(Precisare eventuale suddivisione delle attività della Cabina di Regia per Area vasta d'ambito).

Art 5. Partecipazione al Tavolo di coordinamento regionale per l'integrazione sociosanitaria

Titolo 2 – Funzioni e modalità organizzative del sistema integrato

Art 6. Servizi sociali dei comuni
(Con dettaglio delle articolazioni organizzative che intervengono in vario modo nei processi di ambito sociosanitario, a livello direzionale o specialistico)

Art 7. Azienda sanitaria
(Con dettaglio delle articolazioni organizzative che intervengono in vario modo nei processi di ambito sociosanitario, a livello direzionale o specialistico

Art 8. Coordinamento delle funzioni di direzione e supporto alla Cabina di regia

Art 9. Integrazione gestionale e organizzativa nelle articolazioni territoriali
(Possibile il rinvio delle singole sezioni a protocolli/atti dedicati)

9.1 Sistema di accesso integrato ai servizi sociali e sanitari

9.2 Case della comunità

9.3 Centrale operativa territoriale

9.4 Cure domiciliari integrate

9.5 Integrazione informativa

Titolo 3 – Processi di lavoro e integrazione professionale

Art 10. Percorso assistenziale integrato: processi e strumenti
(*UVM, progettazione personalizzata, budget di progetto, budget di salute, …)*

Art 11. Equipe integrate territoriali
(Accordo sulla definizione delle risorse professionali messe in campo da ciascun soggetto sottoscrittore necessarie al

funzionamento di ciascun processo o funzione integrata. A titolo esemplificativo, devono quindi essere chiaramente definite nell'ambito di protocolli condivisi le risorse dedicate al supporto delle funzionalità dei PUA, delle équipe di valutazione multidimensionale, delle équipe specialistiche per l'affido, …)

Art 12. Attività di apprendimento mutuo e condiviso

Art 13. Strumenti di valutazione e operativi
(Accordo sul confronto dei metodi e degli strumenti utilizzati per favorire la diffusione e lo scambio di buone pratiche e pervenire a maggiori gradi di omogeneità dei processi)

Art. 14. Strumenti e metodi per lo sviluppo di comunità

Titolo 4 – Attuazione dei processi di integrazione sociosanitaria

Art 15. Protocolli, accordi e progetti
(Riportare in questa sezione, un riepilogo degli atti condivisi fra le parti sociale e sanitaria (anche se non dalla totalità degli ATS) indicandone oggetto e finalità. Ad es. Sperimentazioni di domiciliarità comunitaria. È possibile anche dedicare spazio a progettualità specifiche dedicate.)

Art 16. Rapporti con altre aree di integrazione
(Atti e progetti rientranti nell'area sociosanitaria che coinvolgono attori esterni ai partecipanti alla cabina di regia, es. attori area lavoro, abitare, scuola…)

Art 17. Trasparenza e pubblicità
(A tutti gli atti di cui alla sezione 4 viene data evidenza, assieme al presente accordo, in sezioni dedicate all'integrazione sociosanitaria nei siti istituzionali degli enti coinvolti.)

Titolo 5 – Impegni delle parti per la garanzia congiunta di LEA e LEPS

Art 18. Impegni delle Amministrazioni Locali

Art 19. Impegni dell'Azienda sanitaria locale

Art 20. Monitoraggio delle previsioni dell'Accordo Quadro

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE