

# Legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66

## **Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza.**

### CAPO I Disposizioni generali

#### **Art. 1 Oggetto e finalità della legge**

1. La Regione Toscana, nel rispetto dei principi di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), con la presente legge istituisce il fondo regionale per la non autosufficienza, di seguito denominato "fondo", al fine di sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane di cui rispettivamente all'articolo 55 ed all'articolo 54, comma 3 della l.r. 41/2005 .
2. Ai fini della presente legge, si considerano non autosufficienti le persone che hanno subito una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi causa determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone. Le condizioni di non autosufficienza possono presentarsi sotto forma di disabilità psicofisica e mentale. Le caratteristiche della non autosufficienza sono determinate dall'età delle persone, dalle distinzioni di genere, dai tempi e dai modi di insorgenza della disabilità.
3. Nell'ambito delle finalità di cui al comma 1, la Regione:
  - a)persegue l'obiettivo di migliorare la qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane;
  - b)promuove la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità ai sensi dell'articolo 54, comma 1, lettera b), della l.r. 41/2005 e del piano sanitario e sociale integrato regionale;
  - c)favorisce percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità.

### CAPO II Composizione e ripartizione delle risorse del fondo

#### **Art. 2 Composizione del fondo**

1. Il fondo è costituito:
  - a)da risorse provenienti dal fondo sanitario regionale destinate al sostegno dei servizi sociosanitari a favore delle persone non

- autosufficienti, disabili e anziane, secondo le indicazioni del piano sanitario e sociale integrato regionale;
- b) da risorse provenienti dal fondo sociale regionale;
  - c) da risorse provenienti dal fondo nazionale per l'assistenza alle persone non autosufficienti, nonché da eventuali ulteriori risorse nazionali trasferite per finalità coerenti con gli obiettivi della presente legge;
  - d) da risorse provenienti da lasciti o donazioni, compatibili con questa finalità sociosanitaria.

### **Art. 3**

#### **Ripartizione e attribuzione del fondo alle zone-distretto**

1. Il fondo è ripartito tra le zone-distretto dalla Giunta regionale, sulla base delle indicazioni fornite dalla Conferenza regionale dei sindaci di cui all'articolo 11 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale), modificata dalla legge regionale 10 novembre 2008, n. 60, facendo riferimento ai seguenti criteri generali:
  - a) indicatori di carattere demografico;
  - b) indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;
  - c) indicatori relativi alle persone non autosufficienti, disabili e anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali.
2. Una quota pari al 10 per cento del fondo è finalizzata a sostenere lo sviluppo omogeneo del sistema in ambito regionale con particolare riferimento ai comuni di cui alla legge regionale 27 luglio 2004, n. 39, concernente norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazione di disagio.
3. Le risorse attribuite ai sensi del comma 1 sono trasferite con vincolo di destinazione alle società della salute e gestite con contabilità separata per il finanziamento delle prestazioni individuate all'articolo 7.
4. Nelle aree territoriali dove non è costituita la società della salute, le risorse derivanti dal fondo sono assegnate, con vincolo di destinazione, all'azienda unità sanitaria locale competente per territorio, sulla base delle indicazioni della Conferenza zonale integrata di cui all'articolo 12 bis della l.r. 40/2005, e gestite con contabilità separata per il finanziamento delle prestazioni individuate all'articolo 7.
5. Nelle aree di cui al comma 4, la Conferenza integrata dei sindaci, può assegnare le risorse derivanti dal fondo ad altri soggetti ai quali, sulla base delle disposizioni del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), è stata attribuita la gestione associata dei servizi e l'esercizio associato delle funzioni.

### **Art. 4**

#### **Concorso finanziario dei comuni**

1. I comuni concorrono al perseguimento delle finalità di cui all'articolo 1 con risorse proprie, indicate nei patti interistituzionali sottoscritti, secondo modalità definite dalla Conferenza regionale dei sindaci, di cui all'articolo 11 della l.r. 40/2005; tali patti

definiscono, in particolare, l'apporto finanziario degli enti locali al fondo di cui all'articolo 3, comma 1.

2. Il concorso finanziario dei comuni all'alimentazione del fondo non può in ogni caso essere inferiore alla spesa storica sostenuta a titolo di assistenza ai non autosufficienti risultante dai bilanci al 31 dicembre 2007 approvati a norma di legge.

#### **Art. 5**

##### **Aggiornamento del fondo**

1. Al fine di garantire la sostenibilità del sistema e di assicurare l'equilibrio finanziario della gestione del fondo, la Giunta regionale, con riferimento alle previsioni finanziarie contenute nel bilancio, aggiorna annualmente il quadro delle risorse destinate alla non autosufficienza nell'ambito del piano sanitario e sociale integrato regionale, in conformità all'articolo 10 bis della legge regionale 11 agosto 1999, n. 49 (Norme in materia di programmazione regionale).

### CAPO III

#### Interventi finanziati tramite il fondo

#### **Art. 6**

##### **Programmazione degli interventi**

1. Il piano sanitario e sociale integrato regionale indica le procedure di accesso e di presa in carico delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, come definite dall'articolo 1, comma 2.

#### **Art. 7**

##### **Tipologie delle prestazioni**

1. Le prestazioni a carico del fondo sono erogate alle persone non autosufficienti, disabili e anziane entro i limiti e secondo le modalità previste dalla presente legge utilizzando il sistema dei servizi sociosanitari territoriali e sostenendo l'impegno delle famiglie nell'attività di cura e assistenza, al fine di assicurare prioritariamente la risposta domiciliare e la vita indipendente.
2. Le risorse del fondo sono destinate all'erogazione delle prestazioni previste dal piano di assistenza personalizzato (PAP) di cui all'articolo 12, nell'ambito delle seguenti tipologie:
  - a) interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
  - b) interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale;
  - c) inserimenti in strutture semiresidenziali;
  - d) inserimenti temporanei o di sollievo in residenza;
  - e) inserimenti permanenti in residenza.
3. Le prestazioni, di cui al comma 2 sono assicurate attraverso quote dedicate del fondo, secondo le indicazioni contenute nel piano sanitario e sociale integrato regionale.

**Art. 8**  
**Destinatari delle prestazioni**

1. Sono destinatari delle prestazioni a carico del fondo coloro che:
  - a) sono residenti nel territorio regionale;
  - b) si trovano nella condizione di non autosufficienza e con un alto indice di gravità accertato sulla base della valutazione effettuata dall'unità di valutazione multidisciplinare (UVM) di cui all'articolo 11;
  - c) oppure sono stati riconosciuti disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

CAPO IV  
Accesso alle prestazioni erogate tramite il fondo

**Art. 9**  
**Segnalazione del bisogno**

1. La procedura per la valutazione della non autosufficienza è attivata dall'interessato, da un familiare o dai soggetti di cui all'articolo 10, comma 1, della l.r. 41/2005, tramite la presentazione di una istanza, contenente la segnalazione del bisogno, ai presìdi di cui al successivo articolo 10, comma 1 nelle zone-distretto di residenza della persona non autosufficiente.

**Art. 10**  
**Il governo dell'accesso**

1. A livello zonale, anche in relazione a particolari caratteristiche del territorio, sono istituiti presìdi, denominati "punti insieme" che assicurano l'accoglienza e l'informazione alla persona che richiede la valutazione di non autosufficienza. I punti insieme assicurano, altresì, che entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza di cui all'articolo 9, la UVM presenti la risposta assistenziale ritenuta appropriata e la condivide con la persona interessata ed i suoi familiari.
2. Il responsabile di zona, nello svolgimento delle proprie funzioni previste dall'articolo 64, commi 4 e 5 della l.r. 40/2005, assicura il governo dell'accesso, il coordinamento dei punti insieme e della UVM; il responsabile di zona garantisce, in particolare:
  - a) l'integrazione della rete territoriale dei servizi sociali e sanitari;
  - b) la presa in carico della persona interessata;
  - c) la gestione integrata delle risorse;
  - d) la continuità assistenziale;
  - e) il coordinamento dell'attività dei punti insieme e della UVM;
  - f) la gestione del sistema informativo integrato delle attività territoriali;
  - g) la nomina del responsabile del PAP mediante l'individuazione della figura professionale sulla base delle caratteristiche del bisogno prevalente; tale figura ha il compito di seguire l'attuazione del

PAP e di essere il referente organizzativo della persona interessata e dei suoi familiari.

#### **Art. 11**

##### **Unità di valutazione multidisciplinare**

1. L'unità di valutazione multidisciplinare (UVM) è un'articolazione operativa della zona-distretto ed è composta da:
  - a) un medico di distretto;
  - b) un assistente sociale;
  - c) un infermiere professionale.
2. La UVM è di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione; la UVM, in relazione ai casi in esame, è inoltre integrata dalle professionalità specialistiche, sociali e sanitarie, e dagli operatori coinvolti nella valutazione che sono ritenuti necessari; la UVM può ascoltare, su richiesta, le persone oggetto della valutazione o i loro familiari e riceverne memorie scritte.
3. La UVM è costituita con atto del responsabile di zona di cui all'articolo 10, comma 2, sulla base delle competenze previste dall'articolo 64 della l.r. 40/2005. Il coordinamento della UVM è assegnato dal responsabile di zona ad uno dei membri della UVM stessa.
4. In ogni zona-distretto è costituita una UVM, con eventuali proiezioni nelle singole aree territoriali.
5. La UVM svolge le seguenti funzioni:
  - a)effettua la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno del richiedente;
  - b)verifica la sussistenza delle condizioni di bisogno per l'attivazione del fondo;
  - c)definisce il PAP di cui all'articolo 12, con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni sociosanitarie appropriate, domiciliari, semiresidenziali e residenziali;
  - d)individua l'indice di gravità del bisogno;
  - e)condivide il PAP con la persona assistita o i suoi familiari fissando in sessanta giorni dalla prestazione dell'istanza di cui all'articolo 9 il tempo massimo per l'erogazione della prestazione;
  - f)effettua la periodica verifica degli obiettivi contenuti nel PAP e procede, nei casi previsti, all'eventuale rivalutazione delle condizioni di bisogno.

#### **Art. 12**

##### **Progetto di assistenza personalizzato**

1. Il progetto di assistenza personalizzato (PAP), elaborato dalla UVM, per i soggetti indicati dall'articolo 8, contiene gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni sociosanitarie da erogare, individuate sulla base degli indici di valutazione delle condizioni di bisogno di cui all'articolo 13, comma 2.
2. Nella elaborazione del PAP, la UVM si pone l'obiettivo di una condivisione dei contenuti del progetto con la persona assistita ed i suoi familiari, valutando possibili offerte di prestazioni alternative.
3. Nel caso di impossibilità di attivare le prestazioni assistenziali previste nel PAP entro il termine di cui all'articolo 11, comma 5,

lettera e), la UVM assicura prestazioni di pari efficacia condivise con la famiglia e fissa entro novanta giorni il tempo massimo per attivare le prestazioni previste nel PAP.

**Art. 13**  
**Determinazione dei livelli di gravità**  
**e di appropriatezza delle prestazioni**

1. La valutazione multidimensionale della non autosufficienza è finalizzata ad individuare i livelli di gravità della persona non autosufficiente, disabile e anziana ed a determinare le prestazioni appropriate da erogare.
2. La valutazione di cui al comma 1 è effettuata, con riferimento alle aree di bisogno individuate dalla classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute (ICF) approvata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), sulla base dei seguenti criteri:
  - a) stato di salute funzionale organico, con riferimento alla dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana, alle attività strumentali della vita quotidiana, al quadro clinico, al bisogno infermieristico;
  - b) condizioni cognitive comportamentali, con riferimento allo stato mentale, ai disturbi del comportamento ed ai disturbi dell'umore;
  - c) situazione socio ambientale e familiare, con riferimento alla rete assistenziale presente, alla situazione socio-economica, alla condizione abitativa ed al livello di copertura assistenziale quotidiano.
3. La procedura di valutazione si articola nelle seguenti fasi:
  - a) valutazione della condizione di non autosufficienza, al fine di verificare la sussistenza dei presupposti per l'accesso al fondo e di orientare la scelta verso il percorso assistenziale domiciliare, semiresidenziale o residenziale;
  - b) individuazione del livello di gravità del bisogno;
  - c) progettazione del percorso assistenziale appropriato tenendo anche conto delle aspirazioni di vita della persona interessata e definizione delle corrispondenti quote di risorse destinate al finanziamento delle prestazioni.
4. Gli indici di valutazione dei livelli di gravità e di appropriatezza delle prestazioni sono determinati dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

**Art. 14**  
**Modalità di compartecipazione al costo della prestazione**

1. Fatto salvo il principio dell'accesso universalistico di tutte le persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza alle prestazioni appropriate indicate nel PAP, in via transitoria e in attesa della definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) e del loro relativo finanziamento, sono previste forme di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi del regolamento adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013 n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente ISEE), secondo fasce economiche e di contribuzione

- differenziate, disciplinate dagli enti erogatori. A tali fini la Giunta regionale può, con deliberazione, formulare appositi indirizzi.
2. Nelle more della definizione e del finanziamento dei LIVEAS, l'atto di indirizzo di cui al comma 1 si attiene ai seguenti criteri generali:
- a) nel caso di prestazioni di tipo semiresidenziale e domiciliare si tiene conto della situazione reddituale e patrimoniale del solo beneficiario della prestazione, determinata secondo la normativa in materia di ISEE;
  - b) nel caso di prestazioni di tipo residenziale, oltre alla situazione reddituale e patrimoniale della persona assistita, determinata secondo il metodo ISEE, sono computate le indennità di natura previdenziale e assistenziale percepite per il soddisfacimento delle sue esigenze di accompagnamento e di assistenza;
  - c) nel caso di cui alla lettera b) la quota di compartecipazione dovuta dalla persona assistita ultrasessantacinquenne è calcolata tenendo conto altresì della situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado;(1)
  - d) in relazione alle diverse fasce di reddito definite, e nel rispetto dei principi di equità e solidarietà, si prevedono ipotesi di esenzione totale, di esenzione parziale e di non esenzione dalla compartecipazione;
  - e) al fine di garantire la sostenibilità degli interventi, si prevede la graduale erogazione delle prestazioni economiche in relazione alle risorse progressivamente disponibili;
  - f) si ammette la facoltà delle amministrazioni competenti di elevare le soglie di esenzione corrispondenti alle fasce di reddito di cui alla lettera d).
3. Resta salva la facoltà per i soggetti gestori di intraprendere azioni di recupero della quota di compartecipazione nei confronti del soggetto beneficiario della prestazione, in caso di inadempimento.

## CAPO V

### Strumenti a supporto del fondo

#### **Art. 15**

##### **Strumenti di partecipazione**

1. La partecipazione delle associazioni di rappresentanza e tutela degli utenti alla valutazione del sistema dei servizi sociosanitari per la persona non autosufficiente, disabile e anziana, condizione di qualità per la realizzazione del sistema stesso, è assicurata attraverso:
- a) la commissione per le politiche sociali di cui all'articolo 62 della l.r.41/2005 ;
  - b) le consulte di zona-distretto delle società della salute, ove costituite.

#### **Art. 16**

##### **Monitoraggio sulla gestione del fondo**

1. La competente struttura della Giunta regionale esercita le funzioni di monitoraggio sulla gestione del fondo verificando, in particolare:

- a) le condizioni di sostenibilità finanziaria del fondo alla luce delle dinamiche demografiche, della ricognizione della domanda, e dei costi unitari delle prestazioni;
- b) le eventuali difformità nell'applicazione delle procedure e delle modalità di intervento adottate nelle zone-distretto;
- c) le modalità di gestione integrata del fondo;
- d) il soddisfacimento del debito informativo delle zone-distretto verso la Regione.

**Art. 17**  
**Sistema informativo**

1. La Giunta regionale, al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi della presente legge e l'efficace gestione del fondo, attiva, ai sensi della legge regionale 26 gennaio 2004, n. 1 (Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza del sistema regionale. Disciplina della Rete telematica regionale toscana), un flusso informativo regionale sulla non autosufficienza nell'ambito dei sistemi informativi gestionali territoriali in forma integrata.
2. La Giunta regionale individua, con propria deliberazione, ed in coerenza con le indicazioni di cui all'articolo 41 della l.r. 41/2005, il debito informativo che deve essere soddisfatto dalle zone-distretto.
3. La Giunta regionale provvede a modificare i criteri di ripartizione del fondo qualora il debito informativo non sia soddisfatto nei tempi e nelle modalità previste dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

CAPO VI  
Disposizioni transitorie e finali

**Art. 18**  
**Norma finanziaria**

1. Le risorse per la costituzione del fondo, determinate ai sensi dell'articolo 2 dal piano sanitario regionale e dal piano integrato sociale regionale, nonché quelle assegnate dallo Stato ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera c), sono allocate sull'unità previsionale di base (UPB) 235 "Interventi per la non autosufficienza - Spese correnti" del bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008 - 2010.
2. Agli oneri derivanti dall'attuazione degli articoli 16 e 17 della presente legge, stimati in euro 43.000,00 per l'anno 2008 ed euro 210.000,00 per ciascuno degli anni 2009 e 2010, si fa fronte con le risorse della UPB 711 "Funzionamento della struttura regionale - Spese correnti" del bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008 - 2010.
3. Ai fini della copertura della spesa di cui al comma 2, al bilancio di previsione 2008 e pluriennale 2008 - 2010 sono apportate le seguenti variazioni rispettivamente per competenza e cassa di uguale importo e per sola competenza:

Anno 2008  
In diminuzione  
UPB 235 "Interventi per la non autosufficienza - Spese correnti",  
per euro 43.000,00;



In aumento  
UPB 711 "Funzionamento della struttura regionale - Spese correnti",  
per euro 43.000,00;

Anno 2009

In diminuzione  
UPB 235 "Interventi per la non autosufficienza - Spese correnti",  
per euro 210.000,00;

In aumento  
UPB 711 "Funzionamento della struttura regionale - Spese correnti",  
per euro 210.000,00;

Anno 2010

In diminuzione  
UPB 235 "Interventi per la non autosufficienza - Spese correnti",  
per euro 210.000,00;

In aumento  
UPB 711 "Funzionamento della struttura regionale - Spese correnti",  
per euro 210.000,00;

4. Agli oneri per gli esercizi successivi si fa fronte con legge di bilancio.

#### **Art. 19**

#### **Norma di prima applicazione**

1. In sede di prima applicazione della presente legge, la programmazione degli interventi destinati al sostegno delle persone non autosufficienti, disabili e anziane è disciplinata con apposita modifica al piano integrato sociale regionale 2007 - 2010. La proposta di modifica del piano contiene in particolare gli indici di valutazione dei livelli di gravità e di appropriatezza delle prestazioni di cui all'articolo 13, comma 4 e la definizione di termini e modalità per l'assolvimento del debito informativo di cui all'articolo 17, comma 3. Restano fermi gli interventi a favore degli anziani a rischio fragilità previsti dal piano sanitario regionale 2008 - 2010. La proposta di modifica del piano integrato sociale regionale 2007 - 2010 è presentata dalla Giunta regionale al Consiglio regionale entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con riferimento alle persone non autosufficienti anziane ed entro il 31 dicembre 2009 con riferimento alle persone non autosufficienti disabili minori, adolescenti e adulte.
2. Le disposizioni di cui all'articolo 3, comma 3, si applicano anche alle società della salute già costituite, nelle more dell'adeguamento previsto dall'articolo 142 bis della l.r. 40/2005. Nei casi in cui, alla data di entrata in vigore della presente legge, il processo di costituzione della società della salute sia in corso, la competente conferenza zonale dei sindaci individua il soggetto pubblico al quale assegnare il fondo sino alla conclusione del processo stesso.
3. L'atto di indirizzo di cui all'articolo 14, comma 1, è approvato dalla Giunta regionale entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e ha applicazione sino alla definizione dei LIVEAS e del loro relativo finanziamento.
4. I comuni, entro novanta giorni dall'entrata in vigore dell'atto di indirizzo di cui al comma 3, uniformano i propri regolamenti e le altre disposizioni in materia ai contenuti dell'atto di indirizzo.

**Art. 20**  
**Clausola valutativa**

1. Entro novanta giorni dalla conclusione di ogni esercizio finanziario, a decorrere dall'anno 2009, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione in ordine al raggiungimento degli obiettivi della presente legge, contenente in particolare le seguenti informazioni:
  - a) lo stato di attuazione della legge in relazione agli strumenti della programmazione evidenziando le modalità di raccordo tra i vari soggetti preposti ad essa;
  - b) l'ammontare del fondo, la sua composizione e la ripartizione tra le zone-distretto;
  - c) il livello di estensione territoriale dei presìdi previsti dalla legge, quali i punti insieme e le UVM;
  - d) gli esiti dell'applicazione dei nuovi criteri per la compartecipazione economica e per l'individuazione dei livelli di gravità del bisogno;
  - e) i tempi medi di attesa per la risposta assistenziale previsti dall'articolo 10, comma 1, e dall'articolo 12, comma 3;
  - f) i risultati raggiunti in merito all'incremento del numero delle persone assistite.

Art. 21  
Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana.