

Legge regionale 18 dicembre 2009, n. 30 (BUR n. 104/2009)

DISPOSIZIONI PER LA ISTITUZIONE DEL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER LA SUA DISCIPLINA

Art. 1 - Oggetto.

1. La Regione del Veneto, nel rispetto delle disposizioni del Titolo V della Costituzione, al fine di assicurare alle persone non autosufficienti un sistema regionale di assistenza sociale e socio-sanitaria e di protezione nonché di tutelare le famiglie o i soggetti che le assistono, istituisce e disciplina il fondo regionale per la non autosufficienza, di seguito denominato Fondo, ricomprendendo al suo interno il fondo per la non autosufficienza di cui dall'[articolo 3](#) della legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 “Legge finanziaria regionale per l’esercizio 2008”.

2. La presente legge individua i destinatari e disciplina le modalità di costituzione, di alimentazione e di gestione del Fondo, e le prestazioni a carico del Fondo stesso.

3. Il Fondo garantisce universalità di accesso al servizio e il diritto di scelta delle prestazioni da parte dei destinatari, nel rispetto dei criteri generali della programmazione regionale in materia socio-sanitaria.

Art. 2 - Destinatari.

1. Ai fini della presente legge sono non autosufficienti le persone che, solo con l’aiuto determinante di altri, possono provvedere alla cura della propria persona e possono mantenere una normale vita di relazione e le persone con disabilità che necessitano di interventi socio-riabilitativi e assistenziali in modo continuativo.

2. La Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, stabilisce:

- a) i criteri per l’individuazione e l’accertamento della non autosufficienza, anche sulla base dei principi della “International classification of functioning, disability and health” (ICF) dell’Organizzazione mondiale della sanità (OMS);
- b) le procedure di valutazione del bisogno assistenziale da seguire nel progetto individualizzato approvato dall’Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD);
- c) i requisiti e le modalità di accesso alle prestazioni da erogare a favore della persona non autosufficiente;
- d) lo schema-tipo dell’accordo che va stipulato tra l’azienda unità locale socio sanitaria (ULSS) di residenza della persona assistita e i fruitori delle prestazioni e l’ente locale, contenente le modalità di erogazione dei servizi.

3. Il parere della competente commissione consiliare di cui al comma 2 è reso entro trenta giorni dalla richiesta; decorso tale

termine la Giunta regionale può prescindere. In sede di prima applicazione il provvedimento della Giunta regionale di cui al comma 2 è approvato entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

4. Le prestazioni sono erogate sulla base del progetto individualizzato approvato dall'Unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD) della azienda ULSS competente.

5. Le prestazioni a carico del Fondo sono liberamente scelte, a garanzia degli interessi della persona non autosufficiente; tale scelta avviene in seguito alla stipulazione di un accordo sottoscritto sulla base dello schema-tipo di cui al comma 2, lettera d).

Art. 3 - Finalità del Fondo.

1. Ferme restando le competenze del servizio sanitario regionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie acute e croniche da cui può derivare una condizione di non autosufficienza permanente, il Fondo ha le seguenti finalità:

- a) potenziare la rete dei servizi e garantire le prestazioni assistenziali;
- b) erogare contributi economici commisurati alla gravità del bisogno;
- c) assicurare l'accesso ai centri di servizio di tipo residenziale o semiresidenziale, autorizzati ai sensi della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" e successive modificazioni;
- d) sviluppare iniziative di solidarietà, anche con l'intervento di soggetti pubblici e privati che erogano servizi a carattere sociale e socio-sanitario, finalizzate ad agevolare il mantenimento presso il domicilio della persona non autosufficiente.

Art. 4 - Prestazioni del Fondo. (1)

1. Il Fondo finanzia l'accesso alle prestazioni e ai servizi sociali e socio-sanitari non sostitutivi di quelli sanitari, così come indicati nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", e tenuto conto delle prestazioni aggiuntive regionali. Non sono a carico del Fondo le prestazioni sanitarie individuate dalla Giunta regionale in applicazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive modificazioni.

2. A carico del Fondo sono compresi:

- a) prestazioni erogate a domicilio o contributi economici, anche sotto forma di assegni di cura;
- b) prestazioni di assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria, nell'ambito di programmi di intervento a favore di persone non autosufficienti;
- c) prestazioni in regime semiresidenziale, nell'ambito di programmi

riabilitativi a favore di disabili, comprensive delle prestazioni riabilitative, educative e di socializzazione, anche quando attengono al sollievo della famiglia;

d) prestazioni a carattere socio-sanitario in regime semiresidenziale, comprensive di azioni di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, anche quando attengono al sollievo della famiglia;

e) prestazioni a carattere socio-sanitario rese in centri di servizio residenziali a favore di disabili fisici, psichici, intellettivi e sensoriali;

f) prestazioni a carattere socio-sanitario rese in centri di servizio residenziali a favore di persone non autosufficienti;

g) interventi di telesoccorso e telecontrollo;

h) prestazioni a carattere previdenziale, quali oneri sociali e contributi figurativi per i soggetti che assistono persone non autosufficienti;

h bis) maggiori spese sanitarie sostenute dagli ospiti dei centri di servizio, o da chi civilmente obbligato, che non beneficiano dell'impegnativa di residenzialità. (2)

Art. 5 - Ripartizione e gestione del Fondo.

1. La Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, entro il 31 dicembre di ogni anno, provvede alla ripartizione del Fondo sulla base di criteri contestualmente fissati e concernenti:

a) indicatori demografici e socio-economici;

b) indicatori relativi alla incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;

c) indicatori relativi alle persone disabili e non autosufficienti accolte nei centri di servizio residenziali e semiresidenziali;

d) indicatori relativi alla consistenza della dotazione di servizi alla persona, di centri di servizio, della rete dei servizi per la prevenzione e cura, sia pubblici che privati.

2. Al fine di garantire l'applicazione dei principi di sussidiarietà e trasparenza amministrativa, la Giunta regionale assicura la più ampia partecipazione dei soggetti che operano nella gestione del sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali a favore delle persone non autosufficienti. Al fine della predisposizione dei criteri di ripartizione del Fondo, di cui al comma 1, la Giunta regionale consulta i soggetti maggiormente rappresentativi nel territorio regionale degli interessi delle persone non autosufficienti di cui all'articolo 2.

3. La Giunta regionale per la elaborazione dei criteri di cui al comma 1 acquisisce il parere della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, di cui all'[articolo 113](#) della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112" e successive

modificazioni, da esprimersi entro trenta giorni, trascorsi i quali esso si intende espresso favorevolmente.

3 bis. Qualora la ripartizione del Fondo non sia stata approvata entro i termini di cui al comma 1, la Giunta regionale, al fine di assicurare i servizi socio-sanitari programmati e finanziati dal Fondo approva il riparto, previo parere della competente commissione consiliare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge regionale di bilancio annuale di previsione; tale riparto può essere integrato, successivamente e con le medesime modalità procedurali, con le risorse derivanti dal riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza. ⁽³⁾

4. Le risorse appartenenti al Fondo vengono assegnate con vincolo di destinazione alle aziende ULSS competenti territorialmente e gestite con contabilità separata.

5. L'accesso al Fondo e la sua gestione esecutiva sono affidati alle aziende ULSS, tenuto conto dei livelli di programmazione approvati dalla conferenza dei sindaci ai sensi degli articoli 5 e 8 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modificazioni.

5 bis. La Giunta regionale destina annualmente all'interno del fondo regionale, nella sezione relativa alla non autosufficienza per anziani, un importo pari all'1,5 per cento delle somme destinate alla residenzialità per anziani, senza che questo comporti una riduzione delle medesime rispetto all'esercizio precedente; tali risorse sono finalizzate al rimborso delle maggiori spese sanitarie sostenute dagli ospiti dei centri di servizio, o da chi civilmente obbligato, che non beneficiano dell'impegnativa di residenzialità di cui all'articolo 4, comma 2, lettera h bis), a condizione che si tratti di:

- a) ospiti occupanti un posto letto all'interno di un centro di servizio autorizzato all'esercizio e accreditato ai sensi della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 per persone anziane in condizione di non autosufficienza;
- b) ospiti certificati in condizione di non autosufficienza iscritti nel registro unico della residenzialità e che abbiano conseguito la titolarità ad essere accolti in un centro di servizio, in applicazione della vigente normativa;
- c) ospiti gravati da una maggiorazione sulla retta giornaliera rispetto ad analoga tipologia di servizio applicata agli ospiti che beneficiano dell'impegnativa di residenzialità, qualora tale maggiorazione sia stata determinata dall'ente gestore del centro di servizio in data anteriore alla ripartizione del Fondo da parte della Giunta regionale. ⁽⁴⁾

Art. 6 - Misura delle prestazioni.

1. La Giunta regionale definisce annualmente l'importo massimo mensile a carico del Fondo per le prestazioni di cui all'articolo 4, previo parere della competente commissione consiliare che si esprime entro trenta giorni, trascorsi i quali si prescinde dal parere.

2. Le prestazioni garantite dal Fondo non sono sostitutive bensì integrative di quelle sanitarie o di rilievo sanitario e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio-sanitaria.

3. Per i beneficiari delle prestazioni a carico del Fondo, l'indennità di accompagnamento è considerata ai fini dell'approvazione del progetto individualizzato di cui all'articolo 2; non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa per le prestazioni a carattere semiresidenziale erogate presso i centri diurni a favore dei soggetti disabili.

4. Per i beneficiari delle prestazioni a carattere residenziale, l'importo di cui al comma 1 è ridotto in misura pari alle somme percepite a titolo di trattamento pensionistico, ferma restando la conservazione di una quota del medesimo non inferiore alla somma corrispondente al 25 per cento del trattamento minimo di pensione INPS per i lavoratori dipendenti. ⁽⁵⁾

5. Per le prestazioni a carattere residenziale di cui al comma 4 e per la parte di spesa non coperta dai livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) la Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, adotta un atto di indirizzo che stabilisce i criteri per la compartecipazione alla spesa al fine di assicurare uniformità ed omogeneità agli interventi sul territorio regionale.

6. Qualora le prestazioni erogate siano di natura mista, l'importo di cui al comma 1 è erogato in misura proporzionale alla tipologia degli interventi prestati.

7. Le prestazioni erogate direttamente dalle amministrazioni locali e dalle aziende ULSS fanno parte delle prestazioni a carico del Fondo e il relativo costo è detratto dall'importo massimo erogabile.

8. Le prestazioni a carico del Fondo sono ridotte proporzionalmente alla soddisfazione dei bisogni della persona e al mantenimento dei servizi in essere di cui la stessa usufruisce in caso di ricovero in struttura ospedaliera per un periodo superiore a trenta giorni e con decorrenza dal trentunesimo giorno.

Art. 7 - Dotazione del Fondo. ⁽⁶⁾

1. Il Fondo è alimentato dalle risorse finanziarie di seguito elencate:

a) stanziamenti previsti dal bilancio della Regione del Veneto per gli interventi e le prestazioni relative al fondo regionale per la non autosufficienza di cui all'[articolo 3](#) della legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1;

b) assegnazioni dello Stato finalizzate agli interventi e alle

prestazioni a carattere sociale e socio-sanitario;

- c) contributi degli enti locali, comprensivi della quota per le prestazioni sociali delle quali sono titolari, secondo gli indirizzi stabiliti dalla Giunta regionale, previo parere della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'[articolo 113](#) della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 e successive modificazioni;
- d) eventuali risorse e contributi comunque disposti da soggetti pubblici o privati, anche sotto forma di lasciti e donazioni;
- e) interessi attivi e proventi derivanti dalla gestione del Fondo;
- f) quota del gettito dell'addizionale regionale IRPEF, da determinarsi annualmente con legge regionale finanziaria, nonché ulteriori entrate da determinarsi con successiva legge regionale.

Art. 8 - Monitoraggio, verifiche e controlli.

1. La Giunta regionale definisce le modalità di monitoraggio, verifica e controllo del sistema delle prestazioni erogate in base alla presente legge, nonché di gestione dei finanziamenti pubblici e dei risultati ottenuti.

Art. 9 - Abrogazioni.

1. Sono o restano abrogate le seguenti disposizioni:

- a) il paragrafo 4.3.1 dell'Allegato alla legge regionale 20 luglio 1989, n. 22, "Piano sociale regionale per il triennio 1989-1991";
- b) l'[articolo 34](#) della legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2004";
- c) l'[articolo 26](#) legge regionale 25 febbraio 2005, n. 9 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2005" e l'[articolo 1](#) della legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione";
- d) il comma 4 dell'[articolo 3](#) della legge regionale 27 febbraio 2008, n. 1 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008".

Art. 10 - Dichiarazione d'urgenza.

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'articolo 44 dello Statuto ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

- 1() L'articolo 48, della legge regionale 16 febbraio 2010, n. 11 prevede una integrazione del fondo per le prestazioni previste dal comma 2 del presente articolo con la ripartizione ivi prevista.
- 2() Lettera aggiunta da comma 1 art. 10 legge regionale 27 aprile 2015, n. 6.
- 3() Comma aggiunto da comma 1 art. 9 legge regionale 27 aprile 2015, n. 6.
- 4() Comma aggiunto da comma 2 art. 10 legge regionale 27 aprile 2015, n. 6.
- 5() Vedi sul punto quanto disposto anche dalla legge regionale 8 agosto 2017, n. 24 "Criteri per la compartecipazione alle spese di ospitalità alberghiera dei degenti di ex ospedali psichiatrici ed ex case di salute".
- 6() L'articolo 48, della legge regionale 16 febbraio 2010, n. 11 prevede una integrazione del fondo per le prestazioni previste dall'articolo 4, comma 2, con la ripartizione prevista.