



Regione Umbria

Regolamento Regionale 20 maggio 2009, n. 4.

Disciplina di attuazione della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 (Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni).

La Giunta regionale ha approvato.

La Commissione consiliare competente ha espresso il parere previsto dall'articolo 39, comma 1 dello Statuto regionale.

LA PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

EMANA

il seguente regolamento:

Art. 1. (Oggetto)

1. Il presente regolamento, in attuazione della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 (Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni), disciplina:

- a) i criteri e le modalità per l'accesso alle prestazioni;
- b) i criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni;
- c) i criteri per garantire la gradualità nell'erogazione delle prestazioni per la fase di progressivo raggiungimento dei livelli essenziali.

Art. 2 (Soggetti destinatari delle prestazioni)

1. Le prestazioni finanziate con il Fondo regionale per la non autosufficienza, di seguito denominato Fondo regionale, sono rivolte a persone non autosufficienti secondo la definizione di cui all'articolo 3 della l.r. 9/2008, aventi diritto all'assistenza sanitaria.

Art. 3 (Prestazioni finanziate con il Fondo regionale)

1. Le risorse del Fondo, di cui all'articolo 19 della l.r. 9/2008, sono destinate all'erogazione delle prestazioni previste dal Piano di assistenza personalizzato (PAP) di cui all'art. 4 nell'ambito delle seguenti tipologie:

- a) interventi a carattere domiciliare;
- b) interventi a carattere semiresidenziale;
- c) interventi a carattere residenziale;
- d) interventi volti a facilitare la vita indipendente del soggetto non autosufficiente tramite dotazione di ausili, attrezzature e presidi non finanziati da altre leggi nazionali o regionali;
- e) interventi volti a facilitare l'accesso e la frequenza alle attività scolastiche e formative dei disabili in età evolutiva.

Art. 4 (Criteri e modalità per l'accesso alle prestazioni)

1. L'universalità dell'accesso alle prestazioni è garantita dalla rete dei servizi territoriali sociali e sanitari, uffici della cittadinanza e centri di salute che assicurano l'immediata presa in carico della persona non autosufficiente e, dopo una prima lettura del bisogno, l'avvio delle procedure valutative che devono concludersi con la elaborazione del progetto individuale di cui all'articolo 5 della l.r. 9/2008 e la sottoscrizione del Patto per la cura e il benessere di cui all'articolo 8 della medesima legge, entro e non oltre sessanta giorni dalla presa in carico della persona.

2. L'accesso alle prestazioni, le indicazioni quantitative e temporali delle stesse e l'allocatione delle risorse professionali, strumentali, tecniche ed economiche necessarie, nonché gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente

costituiscono il programma assistenziale personalizzato (PAP) di cui all'articolo 7 della l.r. 9/2008, all'interno del progetto individuale di cui al comma 1.

3. L'accertamento della condizione di non autosufficienza e del relativo livello di gravità è effettuato dalle unità multidisciplinari di valutazione di cui all'articolo 6 della l.r. 9/2008. Per i disabili adulti e minori le unità multidisciplinari di valutazione tengono conto dello stato di salute organico-funzionale, delle condizioni cognitive-comportamentali e della situazione socio-ambientale e familiare, secondo gli strumenti di valutazione multidisciplinare e le scale di valutazione definiti con atto della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 6 della l.r. 9/2008.

4. L'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 3, comma 1 al soggetto interessato alle prestazioni è effettuato sulla base dei seguenti criteri:

- a) la gravità clinica;
- b) la bassa redditività dell'assistito;
- c) l'alta fragilità sociale.

Art. 5 (Criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni)

1. La compartecipazione alla copertura del costo degli interventi sociali da parte del soggetto destinatario delle prestazioni, secondo livelli differenziati di situazione economica, è effettuato tenendo conto dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) di cui al decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 (Definizioni di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'articolo 59, comma 51, della legge 27 dicembre 1997, n. 449) e successive modifiche ed integrazioni.

2. Il concorso alla copertura del costo della quota sociale delle prestazioni, di cui all'art. 3, è dovuto dai soggetti di cui al comma 1.

3. Le modalità di calcolo dell'ISEE per la compartecipazione alla copertura del costo della prestazione avviene tenendo conto:

- a) della situazione economica del destinatario della prestazione;
- b) della situazione patrimoniale del destinatario della prestazione.

4. La compartecipazione, da parte del soggetto non autosufficiente, al costo delle prestazioni di cui all'art. 3 del presente regolamento, è riferita alla condizione economica del solo richiedente, valutando, per la quota di reddito calcolata nell'ISEE, il reddito disponibile.

5. Ai fini della determinazione della compartecipazione sono previsti tre livelli:

- a) esenzione totale;
- b) esenzione parziale;
- c) non esenzione.

Art. 6 (Esenzione totale, esenzione parziale, non esenzione alla compartecipazione al costo delle prestazioni)

1. L'esenzione totale alla compartecipazione del costo sociale degli interventi di cui all'art. 3 viene riconosciuta ai soggetti non autosufficienti il cui ISEE è inferiore o pari alla soglia nazionale di povertà relativa rilevata l'anno antecedente a cui la prestazione si riferisce.

2. L'esenzione parziale alla compartecipazione del costo sociale degli interventi di cui all'art. 3 viene riconosciuta ai soggetti non autosufficienti il cui ISEE è superiore alla soglia nazionale di povertà relativa, rilevata l'anno antecedente a cui la prestazione si riferisce, e inferiore o pari al trattamento minimo annuo della pensione INPS moltiplicato per quattro.

3. La non esenzione alla compartecipazione al costo sociale degli interventi di cui all'articolo 3 del presente regolamento prevista per i soggetti non autosufficienti il cui ISEE è superiore al trattamento minimo annuo della pensione INPS moltiplicato per quattro. La Giunta regionale, per ogni tipo di prestazione di cui all'articolo 3 del presente regolamento, può tuttavia stabilire un tetto massimo del costo delle prestazioni a carico del soggetto non esente.

4. Per il soggetto parzialmente esente, di cui al comma 2 del presente articolo, il livello di compartecipazione al costo delle prestazioni è stabilito come di seguito:

- a) trenta per cento della quota sociale del costo dell'intervento a carattere domiciliare rivolta a soggetti non autosufficienti;
- b) quarantacinque per cento della quota sociale della tariffa per l'assistenza in strutture semiresidenziali per soggetti non autosufficienti;
- c) cinquanta per cento della quota sociale della tariffa per l'assistenza in strutture residenziali rivolta a

soggetti non autosufficienti. La Giunta regionale con proprio atto definisce i criteri di compartecipazione al costo per gli interventi definiti all'art. 3, comma 1, lettere d) e e) del presente regolamento.

Art. 7 (Criteri per la gradualità nella erogazione delle prestazioni)

1. La gradualità nella erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettera c) della l.r. 9/2008 avviene secondo i seguenti criteri:

- a) gli interventi previsti nel Piano regionale per la non autosufficienza (PRINA), di cui all'articolo 11 della l.r. 9/2008, sono prioritariamente per le persone con un alto bisogno assistenziale;
- b) le risorse a copertura delle diverse prestazioni previste per l'alto bisogno assistenziale nel PRINA sono definite nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

Art. 8 (Valutazione)

1. Al fine di monitorare le prestazioni erogate dal presente regolamento il Direttore di Distretto ed il promotore sociale competente per territorio elaborano, entro il 31 ottobre di ogni anno, una relazione annuale che prevede:

- a) il numero delle persone non autosufficienti prese in carico;
- b) il numero dei patti per la cura ed il benessere predisposti e sottoscritti ai sensi dell'articolo 8 della l.r. 9/2008;
- c) i tempi medi di attesa tra la presa in carico e la sottoscrizione del Patto per la cura ed il benessere.

Il presente regolamento sarà pubblicato nel *Bollettino Ufficiale* della Regione ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare come regolamento della Regione Umbria.

Dato a Perugia, 20 maggio 2009

LORENZETTI

Regolamento regionale:

- adottato dalla Giunta regionale, su proposta dell'assessore Stufara, ai sensi dell'art. 39, comma 1 dello Statuto regionale nella seduta del 30 marzo 2009, deliberazione n. 431;
- trasmesso alla Presidenza del Consiglio regionale in data 5 maggio 2009, per il successivo iter;
- assegnato alla III Commissione consiliare permanente "Sanità e servizi sociali", per l'acquisizione del parere obbligatorio previsto dall'art. 39, comma 1 dello Statuto regionale, in data 5 maggio 2009;
- esaminato dalla III Commissione consiliare permanente, nella seduta del 7 maggio 2009, che ha espresso sullo stesso parere favorevole, con osservazioni. La Giunta regionale, nella seduta dell'11 maggio 2009, con deliberazione n. 658, ha preso atto del parere espresso dalla III Commissione consiliare permanente ed ha apportato al testo del suddetto regolamento le conseguenti modifiche.

AVVERTENZA – Il testo del regolamento viene pubblicato con l'aggiunta delle note redatte dalla Direzione Affari generali della Presidenza e della Giunta regionale (Servizio Affari istituzionali e Segreteria della Giunta regionale - Sezione Norme regionali, decreti, atti consiliari e rapporti con il Consiglio regionale), in collaborazione con la Direzione regionale Sanità e servizi sociali (Servizio Programmazione socio-assistenziale), ai sensi dell'art. 8, commi 1, 3 e 4 della legge regionale 20 dicembre 2000, n. 39, al solo scopo di facilitare la lettura delle disposizioni regolamentari modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti normativi qui trascritti.

NOTE

Nota al titolo del regolamento:

— La legge regionale 4 giugno 2008, n. 9, recante "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni", è pubblicata nel S.O. n. 1 al *B.U.R.* 11 giugno 2008, n. 27.

Nota all'art. 1:

— Per la legge regionale 4 giugno 2008, n. 9, si veda la nota al titolo del regolamento.

Nota all'art. 2:

— Il testo dell'art. 3 della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 (si veda la nota al titolo del regolamento), è il seguente:

«Art. 3

Persone non autosufficienti.

1. 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, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi ragione determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone, considerando i fattori ambientali e personali che concorrono a determinare tale incapacità coerentemente con quanto previsto dalle indicazioni della Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) attraverso la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (I.C.F.).

2. La condizione di non autosufficienza di cui al comma 1 si articola in diversi livelli di gravità, secondo quanto previsto all'articolo 6, comma 2, lettera b).».

Nota all'art. 3:

— Il testo dell'art. 19 della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 (si veda la nota al titolo del regolamento), è il seguente:

«Art. 19

Norma finanziaria.

1. Per l'anno 2008 per il finanziamento degli interventi di cui all'articolo 9, comma 1, è autorizzata la spesa di 31.750.000,00 euro che trova copertura nel bilancio di previsione 2008, ai sensi dell'articolo 13, nel seguente modo:

a) quanto a euro 7.000.000,00, rivenienti dal Fondo nazionale per la non autosufficienza annualità 2007 e 2008, con imputazione all'unità previsionale di base 12.1.005 denominata "Finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria" (cap. 2255 n.i.);

b) quanto a euro 20.750.000,00 con quota parte dello stanziamento relativo al finanziamento di parte corrente del Servizio sanitario regionale allocato nella unità previsionale di base 12.1.005 denominata "Finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria" (cap. 2264/5010);

c) quanto a euro 4.000.000,00 con risorse proprie regionali con lo stanziamento allocato nella unità previsionale di base 12.1.005 denominata "Finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria" (cap. 2256 n.i.).

2. Al finanziamento dell'onere di cui al comma 1 lettera c) si fa fronte con riduzione di pari importo dello stanziamento esistente nella unità previsionale di base 16.1.001 del bilancio di previsione 2008 denominata "Fondi speciali per spese correnti" in corrispondenza del punto 1, lettera A, della tabella A) della legge regionale 26 marzo 2008, n. 4.

3. Per gli anni 2009 e successivi l'entità della spesa relativamente alle risorse proprie regionali di cui al comma 1 lettera c) è determinata annualmente con la legge finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 27, comma 3, lettera c) della vigente legge regionale di contabilità e in misura non inferiore a quanto previsto al comma 1 del presente articolo. Le risorse non utilizzate nel corso dell'esercizio finanziario nel quale sono state previste concorrono, in aggiunta a quanto previsto dal presente comma, al finanziamento del Fondo per l'esercizio successivo.

4. La Giunta regionale, a norma della vigente legge regionale di contabilità, è autorizzata ad apportare le conseguenti variazioni di cui ai precedenti commi, sia in termini di competenza che di cassa.».

Nota all'art. 4, commi 1, 2 e 3:

— Il testo degli artt. 5, 6, 7 e 8 della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 (si veda la nota al titolo del regolamento), è il seguente:

«Art. 5

Presa in carico della persona non autosufficiente.

1. Il distretto socio-sanitario competente per territorio provvede alla presa in carico della persona non autosufficiente ed alla attivazione della unità multidisciplinare di valutazione prevista dalle disposizioni regionali in materia.

2. La presa in carico comporta la valutazione multidisciplinare della persona non autosufficiente e la formulazione di un progetto individuale finalizzato a realizzare la piena inclusione della persona non autosufficiente nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché, nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro in armonia con quanto stabilito dal Capo III della legge n. 328/2000. All'interno del progetto individuale viene formulato il programma assistenziale personalizzato come definito dall'articolo 7.

Art. 6

Accertamento e valutazione della non autosufficienza.

1. L'accertamento della condizione di non autosufficienza è effettuato dalle unità multidisciplinari di valutazione, geriatrica e per disabili, previste dalle disposizioni regionali in materia operanti presso i distretti socio-sanitari delle Aziende unità sanitarie locali (USL).

2. La Giunta regionale, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con proprio atto di indirizzo fissa in maniera omogenea su tutto il territorio:

a) i criteri per definire la composizione delle unità di valutazione di cui al comma 1 e le relative modalità di funzionamento;

b) i criteri di classificazione dei casi sottoposti a valutazione per categoria clinica e gravità della condizione.

3. La valutazione della condizione di non autosufficienza avviene tenendo conto delle indicazioni della O.M.S. ed è ispirata ai principi generali della I.C.F. di cui all'articolo 3, comma 1.

4. Alle unità di valutazione di cui al comma 1 partecipano, almeno, il medico di medicina generale, il personale sanitario dell'area infermieristica e dell'area riabilitativa della competente struttura della Azienda USL e il personale relativo alle figure professionali socio-assistenziali dei servizi sociali del comune competente per territorio.

5. Le Aziende USL competenti per territorio provvedono alla nomina e all'insediamento delle unità di valutazione di cui al comma 1.

Art. 7

Programma assistenziale personalizzato.

1. Il programma assistenziale personalizzato, di seguito PAP, individua obiettivi ed esiti attesi in termini di mantenimento e miglioramento delle condizioni di salute, indica le prestazioni da assicurare alla persona non autosufficiente e alla famiglia, fissa i tempi e le modalità di erogazione delle prestazioni, nonché i criteri di verifica in itinere dei risultati raggiunti.

2. Alla definizione del PAP partecipano la persona non autosufficiente, o eventualmente chi è stato nominato dal Giudice tutelare, i suoi familiari e conviventi.

3. Il PAP individua il responsabile del programma che deve essere scelto tra gli operatori dell'area sanitaria o dell'area sociale sulla base del criterio della prevalenza della tipologia delle prestazioni previste dal programma stesso.

4. Il responsabile del PAP di cui al comma 3 garantisce l'attuazione del programma attraverso l'intervento integrato dei servizi sanitari e dei servizi sociali, divenendo il referente dei soggetti di cui al comma 2.

Art. 8

Patto per la cura e il benessere.

1. Al fine di assicurare la piena applicazione del PAP la persona non autosufficiente, o eventualmente chi è stato nominato dal Giudice tutelare, i suoi familiari o conviventi e il responsabile del PAP predispongono e sottoscrivono il Patto per la cura e il benessere con il quale vengono garantite e coordinate le prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche.».

Nota all'art. 5, comma 1:

— Il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, recante "Definizioni di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'articolo 59, comma 51, della L. 27 dicembre 1997, n. 449" (pubblicato nella *G.U.* 18 aprile 1998, n. 90), è stato modificato ed integrato con decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130 (in *G.U.* 23 maggio 2000, n. 118) e con legge 24 dicembre 2007, n. 244 (in *S.O.* alla *G.U.* 28 dicembre 2007, n. 300).

Nota all'art. 7:

— Il testo degli artt. 10, comma 1, lett. c) e 11 della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 (si veda la nota al titolo del regolamento), è il seguente:

«Art. 10

Norme regolamentari.

1. La Giunta regionale, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, disciplina con regolamento:

Omissis.

c) i criteri per garantire la gradualità nell'erogazione delle prestazioni, limitatamente alla fase di progressivo raggiungimento dei livelli essenziali, in modo proporzionale alle risorse disponibili.

Art. 11

Piano regionale integrato per la non autosufficienza.

1. La Giunta regionale adotta, contestualmente al Piano sanitario ed al Piano sociale, il Piano regionale integrato per la non autosufficienza di seguito PRINA e lo trasmette, espletate le procedure di concertazione, al Consiglio regionale per l'approvazione.

2. Il PRINA ha durata triennale e definisce:

a) i criteri generali di riparto del Fondo di cui all'articolo 1 e l'assegnazione delle risorse da destinare alle Aziende USL con il vincolo di destinazione per i distretti socio-sanitari e Ambiti territoriali sociali;

b) le aree prioritarie di intervento nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da garantire alle persone non autosufficienti;

c) gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi territoriali operanti a livello di Azienda USL e a livello di Comune.».

Nota all'art. 8:

Per il testo dell'art. 8 della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9, si veda la nota all'art. 4, commi 1, 2 e 3.