

Proposta di legge di iniziativa popolare "La residenzialità sociale, senza emarginazione"

PREAMBOLO

Visto l'articolo 117, quarto comma, della Costituzione;
Visto l'articolo 74 dello Statuto;
Visti gli articoli 4, comma 1, lettera e), 58 e 59 dello Statuto;
Vista la legge regionale 6 ottobre 2010, n. 51 (Norme sull'iniziativa popolare delle leggi);
Vista la legge regionale 22 ottobre 2008, n. 55 (Disposizioni in materia della qualità della normazione);
Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);

Considerato quanto segue:

1. negli ultimi anni sono emersi con sempre maggiore impatto sociale i problemi, da un lato, dell'allungamento della vita media con fenomeni di anziani vittime di emarginazione e solitudine, dall'altro, della presenza di persone disabili o portatrici di malattie invalidanti che non sono in grado di sostenere una vita autonoma; a favore di tali persone, definite "fragili" si rende necessario prevedere un'assistenza di tipo nuovo che non accenti il senso di separazione dalla società.
2. nella società civile si è sviluppata la consapevolezza di realizzare strutture assistenziali dedicate con una diversa impostazione nella tipologia, in particolare evitando il fenomeno presente di strutture di dimensioni troppo ampie e con un numero di assistiti elevato.
3. le finalità perseguite dalla presente legge sono quelle di combattere l'abbandono e l'emarginazione dei soggetti deboli promuovendo, in particolare, quei servizi sociali che consentano l'integrazione e lo sviluppo della persona umana.
4. al fine di rendere effettiva l'assistenza, si prevedono nuove tipologie di strutture sociali più vicine al contesto di vita delle persone e saranno disposte dal piano sanitario e sociale integrato regionale agevolazioni ed incentivi per la loro realizzazione e gestione.

Ritenevamo che la proposta di legge non comporta oneri per il bilancio in corso poiché l'art. 16 prevede che debiti oneri siano previsti dal piano sanitario e sociale integrato regionale a far data dall'esercizio finanziario 2012 di tal che non è necessaria la relazione tecnico-finanziaria prevista dall'art. 2 comma 2 della legge regionale 6 ottobre 2010, n. 51 (Norme sull'iniziativa popolare delle leggi)

Il Consiglio approva la presente legge

Capo I
Della domiciliarità

Art. 1
Finalità

1. La Regione opera per realizzare il diritto all'inclusione sociale di tutti i cittadini senza distinzione di sesso, di religione, di censo e di etnia, con priorità per le persone in stato di fragilità per deprivazioni economiche, per condizioni sanitarie e psicologiche e per isolamento sociale.

2. La Regione è impegnata a rimuovere le condizioni di abbandono delle persone e/o stradicamento e di emarginazione determinate anche dal gigantismo delle strutture di ricovero istituzionalizzano minori, adulti e anziani, uomini e donne e nelle quali è ostacolato il lit sviluppo della persona umana.

3. In attuazione della finalità di cui al comma 2, la Regione promuove la centralità dei servizi degli interventi che consentono la permanenza e l'integrazione dei soggetti deboli nella propria abitazione e nel proprio contesto sociale.

Art. 2
Degli ambiti sociali

1. Le tipologie per la residenzialità sociale hanno come ambito esclusivo di realizzazione l'area distrettuale del distretto di cui all'articolo 3-quater del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 2 coincidente con l'area sub zonale della Zona sociale, di cui all'articolo 8 della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).
2. L'ambito sub distrettuale e sub zonale comprende una popolazione tra 5000 e 20.000 abitanti è definito dall'ente locale di governo del distretto/Zona, sulla base di criteri stabiliti dalla Città regionale, tenendo conto della densità della popolazione, delle caratteristiche orografiche territorio e delle condizioni di accesso ai servizi e ai presidi sanitari e socio-sanitari.
3. In particolare, nei comuni montani, in relazione alla consistenza e distribuzione della popolazione, la Regione promuove la realizzazione di strutture residenziali volte ad assicurare quanti ne avessero bisogno, risposte qualificate entro il proprio contesto di vita.

Art. 3
Del sostegno al domicilio

1. La Regione tutela la dignità della persona e garantisce le condizioni che assicurano sia riservatezza della vita privata che le possibilità di un libero sviluppo delle relazioni umane.
2. A tal fine, la Regione garantisce la permanenza della persona nel proprio ambiente familiare sociale (con provvedimenti di aiuto alla persona e alla famiglia riguardanti il sostegno ai reddi l'agibilità dell'abitazione, l'agevolazione della mobilità, le prestazioni professionali al domicilio l'integrazione di tutti i presidi con un'offerta residenziale temporanea per emergenze e bolle semiresidenziale (centri diurni) effettivamente fruibile e prossime ai luoghi di residenza.
3. Le condizioni di riservatezza, di prossimità, di familiarità e di socialità sono assicurate anche nelle residenze sociali pubbliche e private esistenti nel territorio della Regione.

Art. 4
Del centro diurno

1. Il "Centro diurno" è struttura sociale e socio-sanitaria di aiuto alle persone fragili e alle famiglie che, in tal modo, possono svolgere le attività di cura per la parte della giornata libera dalle occupazioni.
2. Il centro diurno è organizzato nell'area sub distrettuale/sub zonale, dispone di una capienza massima di quindici posti e accoglie persone con diversi stati di autonomia o di non autosufficienza.

3. Il centro diurno ha un responsabile della struttura ed un organico di personale sulla base di standard definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale che tengano conto dei fabbisogni assistenziali effettivi dell'utenza specifica.

4. Il centro diurno organizza le attività valorizzando l'apporto degli ospiti, impegnando i servizi generali, sanitari e sociali del territorio di riferimento e favorendo la partecipazione delle associazioni del volontariato.

5. Il regolamento locale di organizzazione di cui all'articolo 9, disciplina lo svolgimento delle attività e definisce i livelli di partecipazione e di responsabilità in accordo con le previsioni del piano sanitario e sociale integrato regionale e nel rispetto dei seguenti principi:

- a) Il Centro diurno è una struttura sociale per la domiciliarità per favorire la residenzialità delle persone fragili in famiglia o comunque in esistenza di tipo familiare;
- b) tutte le attività del Centro diurno sono finalizzate alla prevenzione dei rischi specifici di isolamento e de-socializzazione; a tal fine, ogni Centro diurno redige, con la partecipazione degli utenti, un programma periodico di attività interne ed esterne da sottoporre al comune di riferimento;
- c) ai servizi del Centro diurno possono accedere, su proposta dei servizi di assistenza domiciliare, anche utenti non frequentanti per attività di socializzazione e di cura delle persone;
- d) la spesa afferente i servizi e le attività di rilievo sanitario è imputata al fondo sanitario regionale, anche attraverso l'assegnazione del personale da parte del distretto sanitario, mentre la spesa sociale è fronteggiata dal comune di riferimento degli utenti;
- e) la partecipazione dei cittadini alla spesa sociale è stabilita sulla base dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), in relazione ai servizi utilizzati e con riferimento esclusivo ai redditi propri dell'utente.

Capo II

Degli ospiti in strutture sociali

Art. 5

Della commissione per la valutazione multidimensionale.

1. In ogni area sub distrettuale e sub zonale, tra loro coincidenti, è costituita la "Commissione per la valutazione multidimensionale delle persone in condizione di fragilità sanitaria e sociale", di seguito denominata "commissione".
2. La commissione, nominata dall'organo di governo della zona distretto, è composta dal medico di medicina generale del richiedente, da un assistente sociale e da un infermiere designati dal direttore della zona distretto e da un rappresentante dell'utenza espresso dalle organizzazioni sindacali e di cittadinanza attiva maggiormente rappresentative presenti nel territorio.
3. Alle sedute della commissione partecipa, sulla base della richiesta del medico di medicina generale, il medico specialista e/o lo psicologo idoneo alla valutazione del caso.
4. La valutazione del caso si conclude con un piano assistenziale personalizzato (PAP) nel quale sono indicate le prestazioni di cui la persona ha bisogno, compresa l'eventuale necessità di un ricovero temporaneo o definitivo in struttura sociale. Il piano specifica gli obiettivi di carattere terapeutico-riabilitativo e le relative prescrizioni di carattere assistenziale, la durata dell'intervento previsto, indica la figura del "tutor" e stabilisce le scadenze della rivalutazione con interventi non superiori a sei mesi.

5. Il PAP viene confrontato, prima della sua applicazione, con i familiari o le figure significati eventualmente presenti nel nucleo di provenienza.

Art. 6

Dell'accesso alla residenza sociale

1. Le strutture sociali di cui al capo terzo ospitano cittadini autonomi e a ridotta autonomia conseguenza di stati di deprivazione economica, di invalidità fisica e psichica.

2. In rapporto allo stato di salute degli ospiti, sono assicurati livelli differenziati di assistenza sociale e sanitaria da parte della rete dei servizi pubblici o privati convenzionati cui corrispondono costi "pro-capite" differenziati di spesa.

3. Le strutture sociali di cui al capo terzo favoriscono l'ospitalità di nuclei familiari con livelli autonomia differenziata tra i coniugi, anche utilizzando gli arredi di proprietà degli interessati.

4. Le strutture residenziali sono riservate, salvo eccezioni documentate e comunque per brevi periodi transitori, ai cittadini dell'area sub distrettuale/sub zonale del distretto/Zona sociale.

Capo III

Delle tipologie delle strutture sociali

Art. 7

Della residenzialità sociale

1. La legge regionale prevede che ogni atto di pianificazione urbana sia sottoposto e tenga conto della valutazione di impatto sociale (VIS) e determina gli indicatori della qualità sociale e osservare nella progettazione urbanistica.

2. In conformità a quanto disposto al comma 1, la legge sul governo del territorio della Regione prevede che nell'ambito dei piani urbanistici dei comuni siano previsti comparti residenziali e abitazioni per persone fragili, libere da barriere architettoniche, che possono avvalersi di servizi sanitari, sociali, culturali e ricreativi della comunità.

3. Per le persone che per ragioni diverse non possono contare sul sostegno della famiglia e non possono vivere da soli in una casa di civile abitazione, la Regione assicura condizioni di convivere familiare, di rispetto della "privacy" e di libera determinazione della vita quotidiana attraverso l'organizzazione di strutture sociali di piccole dimensioni inserite nell'ambiente di vita, conformi alle seguenti tipologie e sulla base degli standard stabiliti nel piano sanitario e sociale integrato regionale:

A) abitazioni assistite;

1) sono condomini sociali ovvero strutture abitative collegate di proprietà o in uso da parte di anziani ove si dia luogo all'uso integrato e funzionale di personale sociale, sanitario e di cura in modo di sostenere al meglio le persone entro il proprio contesto di vita;

2) la Giunta regionale ne promuove e sostiene la realizzazione mediante specifici piani e interventi, anche a carattere sperimentale;

B) case famiglia;

1) la casa famiglia è una residenza organizzata in un'abitazione con la disponibilità di un numero di posti di ospitalità compreso tra un minimo di quattro ed un massimo di sei posti letto;

- 2) l'organizzazione della vita quotidiana della residenza si conforma ai ritmi propri della famiglia, rispetta le esigenze differenziate delle persone ospitate e favorisce i rapporti con i familiari, con i parenti, con i vicini e con i volontari;
 - 3) la casa famiglia ha un referente sociale che provvede alle esigenze organizzative della struttura tramite i servizi dell'ente locale di riferimento e che si fa carico delle attività che non possono essere svolte dagli ospiti tramite i servizi sociali e sanitari del distretto/Zona sociale;
 - 4) la casa famiglia dispone di un fondo economico messo a disposizione dall'ente locale o dal soggetto responsabile della gestione sulla base del regolamento predisposto dal soggetto istituzionale competente;
 - 5) i residenti nella casa famiglia concorrono alla spesa sulla base della deliberazione sulla compartecipazione di cui all'articolo 8;
 - 6) in ogni caso, agli ospiti è assicurata la disponibilità di una congrua somma per il soddisfacimento delle esigenze personali;
- C) comunità di tipo familiare:*
- 1) la "comunità di tipo familiare", di seguito denominata "comunità", è una struttura sociale con una capienza non superiore a dieci persone organizzata in modo tale che la vita quotidiana consenta i ritmi propri della famiglia con rispetto delle esigenze differenziate delle persone ospitate e favorisca i rapporti con i familiari, con i parenti, con i vicini e con i volontari;
 - 2) la comunità ha un responsabile nominato dal servizio sociale del comune o dell'area distrettuale/zonale e dispone di un servizio sociale e di un servizio sanitario permanentemente ad intensità assistenziale differenziata in base ai bisogni assistenziali delle persone ospitate e agli standard stabiliti nel piano sanitario e sociale integrato regionale;
 - 3) la comunità favorisce la vita attiva delle persone e promuove la partecipazione degli ospiti alla vita sociale, ricreativa, religiosa, culturale e turistica del territorio di appartenenza;
 - 4) la comunità ha un proprio bilancio costituito da un budget assegnato dall'ente locale di riferimento o dal soggetto responsabile della gestione;
 - 5) gli ospiti concorrono alla spesa sulla base della deliberazione adottata per la compartecipazione alla spesa;
 - 6) il responsabile della comunità gestisce il budget assegnato e rimette il rendiconto semestrale all'ente locale di riferimento o al soggetto responsabile della gestione;
 - 7) eventuali spese straordinarie sono richieste all'ente locale di riferimento o al titolare della gestione;
- D) residenza sociale assistita:*
- 1) la residenza sociale assistita (RSA) è realizzata per il fabbisogno dell'area sub distrettuale e sub zonale e ospita persone con diversi gradi di autonomia personale;
 - 2) la capienza massima è di quindici posti letto nelle zone montane, di venti posti letto nelle aree rurali e nei comuni con popolazione fino a quindicimila abitanti, di venticinque posti letto nelle aree urbane e metropolitane;
 - 3) non è ammessa la somma di più moduli;
- E) alloggi di sollievo e per emergenze temporanee:*
- 1) gli alloggi di sollievo e per emergenze temporanee sono strutture sociali e sociosanitarie di tipo residenziale che offrono aiuto temporaneo alle persone fragili normalmente in carico ai servizi domiciliari e semiresidenziali in fasi di emergenza temporanea anche per assicurare sollievo ai "caregivers";
 - 2) gli alloggi di sollievo sono organizzati nell'area subdistrettuale/subzonale, dispongono di una capienza massima di otto posti letto e accolgono, per periodi determinati e limitati ad un massimo di novanta giorni consecutivi, persone con diversi stati di autonomia e/o di non autosufficienza;
 - 3) gli alloggi di sollievo assicurano per ciascun ospite l'attuazione di Piani di assistenza personalizzati (PAP) conformi e coerenti con il PAP precedentemente adottati dalla UTM per gli

interventi di tipo domiciliare e semiresidenziale e dispongono delle risorse umane e strumentarie necessarie a tali scopi;

- 4) il regolamento di organizzazione di cui all'articolo 9 disciplina lo svolgimento delle attività negli alloggi di sollievo e stabilisce i criteri per l'integrazione di queste strutture con i servizi domiciliari e semiresidenziali del territorio;
- 5) gli alloggi di sollievo sono riservati, salvo eccezioni documentate e comunque per brevi periodi transitori, ai cittadini dell'area subdistrettuale/subzonale del distretto/area sociale.

4. La Giunta regionale predispone guide tecniche per la progettazione delle strutture sociali disciplinate nel presente articolo e dispone agevolazione finanziaria e fiscali per la realizzazione.

Art. 8 Della partecipazione

1. L'ente locale e/o il titolare della gestione delle residenze di cui all'articolo 7, ubicate nei centri sociali prossimi alla famiglia e alle relazioni parentali e amicali, nelle quali è garantita la convivenza di persone con diversi livelli di autonomia, sono impegnati a valorizzare il contributo delle persone ospitate per l'animazione della vita quotidiana e a rendere possibile l'apporto familiare, degli amici, dei parenti e del volontariato allo svolgimento di attività culturali, sociali e tempo libero all'interno e all'esterno della struttura residenziale. In particolare, è favorita la partecipazione attiva degli anziani alla vita della residenza sociale come risorsa della comunità locale e come contributo allo scambio intergenerazionale.

Art. 9 Del regolamento di organizzazione

1. L'ente locale di governo del distretto/Zona approva il regolamento per l'organizzazione e per lo svolgimento delle attività nelle strutture semiresidenziali e residenziali di cui agli articoli 4 e 5 sulla base dei criteri contenuti in uno schema tipo predisposto dalla Giunta regionale.

2. Lo schema tipo di cui al comma 1, definisce, in particolare, le competenze e le responsabilità nella gestione e le procedure per la tenuta della contabilità e le modalità di compilazione del rendiconto del budget assegnato.

Capo IV Dell'autorizzazione delle strutture sociali

Art. 10 Delle competenze del comune o dell'ente locale di zona

1. L'autorizzazione all'apertura delle strutture sociali e sociosanitarie, di sollievo, semiresidenziali e residenziali di qualunque tipo o categoria, pubbliche o private, compete:
 - a) al comune singolo, quando l'ambito sociale e distrettuale coincide con il territorio del comune;
 - b) al municipio o alla circoscrizione quando l'ambito è un multiplo del territorio comunale;
 - c) all'associazione di comuni prevista dal capo quinto del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 2 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), allorché l'ambito comprende i territori comunali.

2. Le autorizzazioni sono emesse dal sindaco o dal presidente del municipio/circoscrizione o dell'associazione, tenuto conto del parere espresso dalla commissione di cui all'articolo 11.

3. Nel caso in cui l'autorizzazione sia difforme dal parere, il provvedimento ne esplicita le motivazioni.

Art. 11 Delle commissioni della Zona/distretto.

1. In ogni ambito distrettuale/zonale è istituita una commissione per la valutazione delle richieste di autorizzazione all'apertura delle strutture sociali di cui all'articolo 7.

2. Le proposte vengono esaminate, ai sensi dell'articolo 8-ter del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sulla base del fabbisogno di residenzialità della popolazione, rilevato esplicitamente nel piano sociale e sanitario del distretto/zona predisposto dall'ente locale in base all'articolo 3-quaeter del d.lgs. 229/1999 e dell'articolo 19 della legge 328/2000, o nel piano integrato di salute, ove previsto.

3. La composizione della commissione è determinata dal regolamento di attuazione di cui all'articolo 12, e comprende sia operatori del servizio sanitario dipendente dalla azienda unità sanitaria locale che operatori sociali appartenenti ai servizi sociali dell'ente locale titolare della programmazione del distretto/zona.

4. Per ogni parere espresso sono trascritte le motivazioni ed il relativo verbale è controfirmato da tutti i componenti della commissione con le eventuali dichiarazioni di difformità rispetto al parere espresso dalla maggioranza.

5. Non sono accoglibili richieste di autorizzazione che contrastano con i requisiti previsti dall'articolo 7, né le attivazioni di nuovi servizi residenziali o di potenziamento di quelli esistenti prive della attestazione della improntabilità di percorsi assistenziali alternativi al ricovero.

Art. 12

Del regolamento di attuazione

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale emana il regolamento di attuazione nel quale sono stabiliti, tra l'altro, i criteri per la definizione del fabbisogno di residenzialità sociale, le procedure da adottare per le autorizzazioni all'apertura delle residenze sociali, la composizione delle commissioni per la valutazione delle domande.

Capo V

Della programmazione delle strutture sociali

Art. 13

Del piano sanitario e sociale integrato regionale

1. Il piano sanitario e sociale integrato regionale determina i criteri per la definizione delle aree sub distrettuali/sub zonali denominate aree elementari; indica le priorità, le sperimentazioni e il cronoprogramma per la realizzazione delle residenze sociali di cui all'articolo 7 negli ambiti subdistrettuali della Regione; stabilisce i tempi e le procedure per l'accesso ai finanziamenti della Regione che interviene in compartecipazione con lo stanziamento di spese impegnato dall'ente

locale proponente; le forme di agevolazione ai soggetti privati per l'adeguamento delle residenze sociali a quanto disposto dall'articolo 15.

2. Il piano sanitario e sociale integrato regionale assume la realizzazione delle nuove tipologie di residenza sociale di cui all'articolo 7, comma 3, lettere A), B), C), E), come priorità di programmazione pubblica, stante:

a) il divieto ad attivare nel territorio nuove residenze diverse da quelle di cui al presente comma b) l'obbligo di assicurare alle nuove strutture residenziali di cui al presente comma le risorse fondo regionale per la non autosufficienza destinate alla creazione di nuovi posti letto.

3. Il piano sanitario e sociale integrato regionale stabilisce i criteri e le competenze della Regione degli enti locali per l'attivazione di un "osservatorio sulle residenze sociali" presenti nel territorio regionale.

Art. 14

Del piano integrato di salute (PIS)

1. In ogni distretto/zona, l'ente locale di governo approva il piano triennale integrato di salute (PIS), in conformità alla normativa ed agli atti di programmazione della Regione.

2. Il piano integrato di salute, tenuto conto dei bisogni assistenziali della popolazione documentati dall'osservatorio dell'area interessata e della esigenza di assicurare, comunque, la organizzazione dei servizi nei comuni montani e rurali, stabilisce:

a) il fabbisogno di residenzialità sociale anche come presupposto necessario per le autorizzazioni all'apertura di nuove strutture sociali;

b) le priorità nell'utilizzo delle risorse finanziarie destinate alla domiciliarità ed alla copertura del fabbisogno di residenzialità sociale attuando le tipologie previste nell'articolo 7, comma 3, lettere A), B), C), E).

3. Il piano integrato di salute è corredato da un regolamento locale che stabilisce per ogni tipologia di requisiti strutturali, i modelli organizzativi, i parametri di personale, le procedure per l'accesso (forme di partecipazione degli ospiti alla gestione delle strutture, le forme di controllo da parte cittadini, dei familiari e dei soggetti sociali e delle istituzioni interessate).

4. In caso di mancata approvazione del piano integrato di salute nei tempi previsti dalla legge Giunta regionale provvede alla nomina di un "commissario ad acta", previa diffida ad adempiere.

Art. 15

Del riordino delle residenze sociali esistenti

1. I titolari delle strutture di ricovero esistenti, entro tre mesi dalla pubblicazione del regolamento organizzativo di cui all'articolo 9, inoltrano all'ente locale di governo del distretto/zona domanda documentata per il rilascio di una nuova autorizzazione alla gestione della struttura sociale.

2. In caso di mancata domanda o di diniego di nuova autorizzazione, l'autorizzazione possiede decadenza.

3. La richiesta di autorizzazione è corredata da un progetto di conformità o di eventuale riorganizzazione negli standard stabiliti, nonché dalla indicazione degli strumenti finanziari previsti per la fonte, inclusa la riconversione patrimoniale.

4. La nuova autorizzazione stabilisce un termine, non superiore a cinque anni, per il rientro delle strutture pubbliche e private negli standard previsti per le diverse tipologie assistenziali, con le procedure e con le risorse indicate nel piano sanitario e sociale integrato regionale, *oltre che con risorse dei richiedenti.*

Capo VI

Delle disposizioni attuative

Art. 16

Degli interventi ed agevolazioni

1. La Regione istituisce nel proprio bilancio, a far data dall'esercizio finanziario 2012, una apposita unità previsionale di base per la realizzazione delle residenze sociali di cui al capo terzo; agli interventi in conto capitale, disciplinati e quantificati dal piano sanitario e sociale integrato regionale, possono accedere, in via prioritaria, soggetti pubblici e soggetti "no-profit" che agiscano in coprogettazione con gli enti locali del territorio e comunque nell'ambito del piano integrato di salute o atto equipollente.
2. Per le strutture private impegnate nell'adeguamento ai nuovi standard, sono previste agevolazioni per l'accesso al credito, nella misura e con le procedure stabilite nel piano sanitario e sociale integrato regionale.

Art. 17

Del costo della retta di gestione

1. I costi sanitari dell'assistenza alle persone fragili sono garantiti dal servizio sanitario regionale qualunque sia la sede di intervento, domiciliare, semiresidenziale e residenziale.
2. A fronte delle spese sanitarie riconosciute, è garantito il diritto ad adeguate prestazioni alla persona con tempi di assistenza garantiti sulla base di standard regionali.
3. La Giunta regionale definisce annualmente, con propria deliberazione, l'importo della retta riconosciuta per ciascuna delle diverse tipologie assistenziali, sentite le associazioni degli enti locali, le organizzazioni sindacali, le associazioni dei cittadini e le cooperative sociali.
4. Con la deliberazione di cui al comma 3, sono definite le forme di concorso della sanità alla gestione delle tipologie assistenziali, comprensive degli oneri riguardanti le prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative, la spesa per farmaci, per protesi ed ausili, per operatori sociosanitari assegnati alla struttura, e per il 50 per cento del restante costo di spesa generale.

Art. 18

Della compartecipazione alla spesa

1. La spesa sociale, al netto della spesa sanitaria, è garantita dall'ente locale e dal concorso eventuale dei cittadini sulla base dell'ISEE approvata a livello distrettuale/Zonale dall'ente locale titolare del governo del distretto/Zona sociale, sulla base di indicazioni regionali che tengono conto del confronto realizzato con le organizzazioni sindacali e con le associazioni di cittadini maggiormente rappresentative nel territorio di riferimento.

Art. 19 Authority regionale

1. Con deliberazione della Giunta regionale, è istituita una specifica "Authority" con il compito di fornire pareri obbligatori sui piani regionali, di verificare la coerente applicazione di presente legge e di comunicarne l'esito, con eventuali osservazioni, all'esame del Consiglio regionale mediante la presentazione di una relazione annuale.