LINEE DI INDIRIZZO
SERVIZI A SUPPORTO DELLA DOMICILIARITA'
RIVOLTI AI CITTADINI NON AUTOSUFFICIENTI GRAVI E GRAVISSIMI RESIDENTI NEL TERRITORIO DEL CISA 12 – NICHELINO, NONE, VINOVO, CANDIOLO
QUOTA SOCIOASSISTENZIALE

(D.P.C.M 21/11/2019, approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R m° 3-2257 del 13/11/2020)

Approvate con Delibera del Consiglio di Amministrazione n 9 del 31/03/2021.

CAPO I.
PRINCIPI GENERALI

Art. 1 - OGGETTO

Il presente documento disciplina i contributi economici a sostegno dei cittadini residenti nel territorio del Consorzio Cisa 12, a sostegno della domiciliarità, individua i beneficiari, le modalità di accesso e di attuazione. Lo sviluppo della domiciliarità, attraverso interventi e servizi mirati al mantenimento, all'inserimento ed al reinserimento della persona nel contesto familiare, sociale, scolastico e lavorativo per il superamento degli interventi di natura residenziale, rappresenta uno dei principali obiettivi previsti dallo Statuto consortile, così come la differenziazione degli interventi e dei servizi per garantire la pluralità di offerta ed il diritto di scelta da parte degli interessati.

L'incremento della popolazione anziana, il progressivo aumento delle malattie croniche e degenerative che richiedono servizi di assistenza a lungo termine, la domanda di cure a domicilio provenienti da famiglie che svolgono i compiti di assistenza nei confronti di una persona disabile, minore o adulto, la necessità contingente di razionalizzare la spesa, l'acquisizione scientifica dei vantaggi delle cure a domicilio e, non in ultima, la crescente domanda delle persone e delle loro famiglie, hanno condotto allo sviluppo dei servizi di cure domiciliari.

Il sistema di risposte in lungo assistenza per persone non autosufficienti è caratterizzato da un complesso di misure, alcune di esclusiva competenza statale quali, ad esempio, l'assegno di accompagnamento, che si caratterizza per essere un programma universalistico, valido per tutti i cittadini indipendentemente dal reddito posseduto, le prestazioni definite dai Livelli Essenziali di Assistenza di cui al D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 e gli interventi e servizi finanziati in massima parte con risorse del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA), quali:

a) assistenza domiciliare
b) trasferimenti monetari
c) interventi complementari e di sollievo

Dalla sua istituzione, nell'anno 2007, il Fondo per le Non autosufficienze (FNA) ha visto interventi governativi tesi a regolare in maniera più puntuale l'utilizzo delle risorse, l'individuazione dei beneficiari, suddivisi tra "gravi" e "gravissimi", e il sistema di rendicontazione.

Nello specifico, nel rispetto delle finalità istitutive e dei modelli organizzativi regionali, il D.M. 26 settembre 2016 stabilisce che le risorse del FNA "sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti".

La Giunta Regionale, con D.G.R. n. 3-2257 del 13 Novembre 2020, ha approvato le "Disposizioni attuative della Regione Piemonte" per il triennio 2019-2021", quale atto di programmazione regionale degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza per il triennio 2019-2021, di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019, sulla base delle indicazioni programmatiche in esso contenute.

I cardini dell'attuale programmazione nazionale sulla non autosufficienza possono essere riassunti nei seguenti punti:

a) la definizione di un processo progressivo dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (art. 1, comma 2);

b) l'individuazione di un "limite" delle risorse impegnate per garantire i predetti livelli essenziali su tutto il territorio nazionale (art. 1, comma 2);

c) il riferimento degli interventi di cui al Fondo per le non autosufficienze esclusivamente a prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale (art. 1, comma 2);

d) l'individuazione precisa dei beneficiari delle prestazioni e loro suddivisione in due categorie "gravi" e "gravissimi" per i quali sono previste tipologie di tutela diversificate.

A partire dal recepimento del Piano nazionale, la Regione Piemonte ha avviato un processo concertativo finalizzato a garantire la reale fruizione dei livelli assistenziali previsti a tutti i cittadini che ne hanno diritto, tenuto conto che tali livelli assistenziali godono di una tutela costituzionale. Tale processo prende in considerazione **la centralità della persona, le caratteristiche epidemiologiche e socio-economiche territoriali, i differenti livelli di integrazione con il comparto sanitario raggiunti localmente, con l'obiettivo di costruire un sistema di protezione unitario adeguato, sostenibile e omogeneo.**

Il Cisa 12 recepisce i punti cardine della normativa nazionale e regionale e procede con le presenti Linee Guida a definire le norme di dettaglio per un efficace utilizzo delle risorse nazionali e regionali disponibili.

Art. 2 – PRINCIPI ED OBIETTIVI

Le Linee Guida perseguono i seguenti obiettivi:

1. orientare l'azione degli operatori sociali, garantendone la generale appropriatezza nell'ambito delle competenti commissioni socio-sanitarie UVG e UMVD, nella individuazione dei bisogni, nella predisposizione dei progetti di domiciliarità, nella loro attuazione, verifica e monitoraggio;
2. attuare la predisposizione dei progetti individualizzati ai sensi e nel rispetto delle indicazioni del D.P.C.M del 21 novembre 2019 di adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2019-2021;
3. individuare gli interventi, le prestazioni, i criteri di accesso e i livelli economici di contribuzione da parte dei cittadini per quanto riguarda i progetti di domiciliarità a sostegno delle persone autosufficienti, con ridotta autonomia e/o in situazioni di fragilità sociale;
4. garantire una modalità unitaria di erogazione delle prestazioni domiciliari, che metta al centro la persona e la sua famiglia e che tenga conto della complessità delle patologie, delle cure, oltre che del supporto familiare e sociale, al fine di fornire al cittadino cure appropriate, socio sanitarie in base alle necessità rilevate.

CAPO II

Art. 3 – DEFINIZIONI

In armonia con le Disposizioni attuative del D.P.C.M 21/11/2019 si applicano le seguenti definizioni:

"Budget di cura": per budget di cura si intende l'insieme delle risorse socio-sanitarie, economiche professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare alla persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano i servizi socio-sanitari, il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. La caratteristica peculiare del Budget di Cura è di essere strutturato sui bisogni e per questo di essere flessibile e non legato ad un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore;

"Caregiver": familiare che assiste – senza un compenso – un proprio congiunto;

"Case Manager": operatore individuato tra le professionalità sociali o sanitarie in relazione alla prevalenza delle prestazioni; svolge funzioni di contatto tra utente e caregiver, coordinatore delle risorse professionali, responsabile per il monitoraggio e la valutazione del P.A.I.;

"Cure Domiciliari": insieme di servizi sanitari, sociali e sociosanitari tesi a garantire la permanenza al proprio domicilio della persona. Per quanto attiene il presente provvedimento si fa riferimento alla fase di ***cure domiciliari in lungoassistenza,*** finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile ed a rallentare il suo deterioramento e caratterizzata da un minore impegno terapeutico e/o riabilitativo e da un maggiore intervento socio-sanitario rivolto a favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione, ed in linea generale, il miglioramento della qualità della vita. Di norma tale fase è correlata ai livelli di complessità assistenziale bassa e media, come definiti dalla D.G.R. 41/2002.

"Non autosufficienza grave": non c'è una definizione a livello nazionale delle persone con non autosufficienza grave, ma tali soggetti possono essere individuati in coloro che presentano una condizione di non autosufficienza e che necessitano di assistenza, ma non rientrano nella definizione di "non autosufficienza gravissima". Vista l'assenza di tale definizione a livello nazionale, in accordo con la componente sanitaria, la' unità valutativa multidimensionale (UMVD e UVG) del nostro territorio di riferimento, valuta come non autosufficiente grave:

> *La persona non autosufficiente con un punteggio sanitario >= a 5 stabilito dall'unità valutativa multidimensionale (UVG/UMVD), che non sia considerato gravissimo come da paragrafo successivo.*

"**Non autosufficienza gravissima**": le persone con non autosufficienza gravissima sono individuate dai criteri previsti dall'art. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 3 novembre 2016, ovvero titolarità dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980 n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e con presenza di una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del succitato decreto del 2016;

“P.A.I. Piano di Assistenza Individualizzato”: è un programma sistemico di lavoro formulato dall’equipe multi-professionale, costruito a partire dalle indicazioni contenute nella valutazione multidimensionale che in base alla valutazione dei bisogni della persona richiedente assistenza, individua gli obiettivi raggiungibili e le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per raggiungerli, proponendo anche una valutazione in itinere ed ex post per valutare i risultati conseguiti, adeguando - se del caso - le prestazioni erogate. Il P.A.I. permette di valutare l’appropriatezza delle prestazioni pianificate e la loro efficacia, unitamente ai costi;

“P.U.A. Punto Unico di Accesso”: per il CISA12: Sportello Unico Socio Sanitario (S.U.S.S.) con sede presso il Distretto Sanitario, con funzioni di segreteria per le commissioni valutative (U.MV.D. e U.V.G.) e punto di riferimento per la cittadinanza che necessita di presentare una richiesta di intervento socio-sanitario;

“U.V.G. Unità di Valutazione Geriatrica”: è l’equipe multidisciplinare con sede nel Distretto Sanitario designata alla Valutazione multidimensionale del bisogno della persona anziana tramite le modalità e scale di riferimento indicate nella D.G.R.14-5999 del 25giugno2013 e s.m.i.;

“Unità Multidisciplinare di Valutazione delle Disabilità (U.M.V.D.)”: è l’equipe multidisciplinare con sede nel Distretto Sanitario deputata alla Valutazione multidimensionale del bisogno della persona tramite le modalità e le scale di riferimento previste dalla D.G.R. n. 39-1523 del 12.6.2020;

“Valutazione multidimensionale del bisogno”: misurazione dello stato di salute della persona, del grado di autonomia e di autosufficienza, delle risorse personali e familiari presenti e delle condizioni economiche che possono condizionare, qualora non autosufficiente, la sua permanenza nell’ambiente di vita.

Art.4- LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO

La valutazione multidimensionale per le persone anziane non autosufficienti è affidata alle Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) come definite dall’allegato 6 della D.G.R. 45-4248/2012 e s.m.i- Con i provvedimenti dirigenziali attuativi della D.G.R. 34-3339 del 16 maggio 2016, sono state rimodulate la Cartella Geriatrica, la Scheda Informativa Sanitaria, la domanda di valutazione\rivalutazione.

Per quanto riguarda la composizione dell'*équipe* sono previste le seguenti figure professionali:

- un medico geriatra con funzione di presidente;
- un medico dell’assistenza sanitaria territoriale;
- un medico fisiatra;
- un assistente sociale, rappresentante dell’Ente gestore dei Servizi Sociali;
- un assistente sociale dell’Azienda Sanitaria;
- un infermiere professionale, preferibilmente rappresentante del Servizio Cure Domiciliari;
- un segretario (ruolo amministrativo).

La D.G.R. n. 14-5999 del 25 giugno 2012 *“Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente”* fornisce misure organizzative per la presa in carico della persona anziana non autosufficiente.

La persona interessata all’offerta degli interventi rivolti a persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti deve presentare domanda di valutazione multidimensionale all’Unità di

Valutazione Geriatrica (UVG) competente per il Distretto sanitario dell'ASL di residenza tramite lo Sportello Unico Socio Sanitario (SUSS).

Entro 90 giorni dalla data di ricevimento della richiesta, l'UVG esegue la valutazione sanitaria e sociale utilizzando la "Cartella geriatrica", definisce la non autosufficienza e il Progetto Individuale concordato con l'interessato e la sua famiglia. L'ASL, nel comunicare l'esito della valutazione, deve indicare: il punteggio sanitario, il punteggio sociale, il tipo di progetto assegnato e il grado di priorità.

La valutazione multidimensionale per le persone con disabilità è regolata dalla D.G.R. n. 26-13680 del 29.3.2010 *"Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)," con la quale* sono state individuate la composizione e le modalità di funzionamento dell'apposita Unità di Valutazione Multidimensionale minori e adulti, nonché la scheda contenente la relazione sociale e sanitaria e il progetto individuale, basata sul sistema di valutazione ICF.

Alla commissione UMVD, composta da figure professionali sanitarie e sociali, compete, attraverso la valutazione multidisciplinare, l'individuazione dei bisogni sanitari e assistenziali delle persone disabili e la conseguente predisposizione del progetto individuale contenente gli interventi socio-sanitari rispondenti ai bisogni evidenziati

Art.5 – I DESTINATARI DEGLI INTERVENTI*:*

Destinatari degli interventi di domiciliarità in lungo-assistenza sono le persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti e le persone con disabilità. Le persone non autosufficienti, gravissime e gravi, sono valutate dalle competenti Unità di valutazione in base alle scale di valutazione sanitarie e sociali per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale.
Hanno accesso alle prestazioni le persone anziane con valutazione multidimensionali dalla quale risulti lo stato di non autosufficienza come definito dalla D.G.R. 14-5999 del 25 giugno 2013 e s.m.i. (valutazione sanitaria >= a 5 punti) e le persone con disabilità residenti nei territori di competenza ritenute idonee ad un progetto di assistenza domiciliare da parte delle competenti Unità di Valutazione (UVG, U.M.V.D.).

Le scale di valutazione fino ad ora adottate sono state oggetto di trans-codifica negli strumenti previsti dal livello nazionale, distinguendo la non autosufficienza gravissima e grave secondo lo schema seguente:

“Non autosufficienza gravissima”:	**Non autosufficienza Grave**
• In presenza dei criteri previsti dall’art. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 3 novembre 2016, • titolarità dell’indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980 n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell’allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, **e** con presenza di una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del succitato decreto del 2016	La persona non autosufficiente con un punteggio sanitario >= a 5 stabilito dall'unità valutativa multidimensionale (UVG/UMVD), che non sia considerato gravissimo.

Le Commissioni provvedono alla trasmissione all’interessato dell’esito della valutazione (anche in caso di respingimento dell’istanza). Nei casi di progetti di carattere “domiciliare”, nella comunicazione devono essere riportate:

- il punteggio sanitario;
- il punteggio sociale;
- il punteggio complessivo;
- il tipo di progetto assegnato (domiciliare);
- il grado di gravità (grave o gravissimo). In caso di grado “gravissimo” dovrà essere riportata l’indicazione di almeno una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) dell’allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013.

I soggetti titolati sono responsabili per quanto attiene gli adempimenti relativi alla privacy, alla trasparenza, ai beneficiari ed alla regolare tenuta delle graduatorie.

I pazienti con diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) o altre patologie del motoneurone, possono beneficiare degli interventi economici oggetto del presente regolamento nei casi di valutazione del livello di “stadiazione in fase iniziale” (Punteggio tra 0 e 4). A partire da un livello di stadi azione lieve-moderata, con punteggio da 5 in poi, possono accedere ai contributi erogati dall’ASL .

Art. 6 – IL PIANO ASSISITENZIALE INDIVIDUALE ED IL BUDGET DI CURA

Per l’erogazione delle prestazioni a sostegno delle persone non autosufficienti è sempre prevista la definizione di un **Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.)** quale trasposizione operativa del Progetto individuale definito dalle Unità valutative competenti.

Il P.A.I. è il documento che racchiude, in un’ottica multidisciplinare, le informazioni e le caratteristiche personali del soggetto in condizione di bisogno e della sua rete relazionale, al fine di attuare un progetto che possa migliorare le condizioni sociali, di salute e di benessere.

Il P.A.I. domiciliare può contenere un mix di prestazioni sociali e sanitarie e può essere integrato con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo, deve garantire la piena partecipazione della persona e/o della sua rete familiare alla costruzione delle risposte personalizzate e persegue il principio dell'integrazione socio-sanitaria con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, attraverso la definizione del budget di cura definito appunto come l'insieme delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per attivare un processo volto a garantire la miglior qualità della vita possibile e una corretta allocazione delle risorse disponibili

Il P.A.I. contiene anche, informazioni attinenti le mansioni di cura di chi è identificato ad assistere la persona non autosufficiente (igiene personale, somministrazione della terapia, igiene ambientale, spesa,…)
Il case manager , in occasione dell'avvio del progetto, procederà con la redazione del P.A.I. con apposita modulistica, condividendo con il beneficiario ed il caregiver nonché Tutore/Amministratore di Sostegno i tempi di realizzazione, gli obiettivi e le modalità di verifica degli stessi.
Mediante i monitoraggi, a cura degli operatori di riferimento, il P.A.I. viene concepito come strumento rimodulabile i cui obiettivi possono essere rivisti in funzione dei bisogni della persona che possono cambiare e variare nel corso della realizzazione del progetto di assistenza.
Nel caso venga prevista l'erogazione del contributo economico, la persona destinataria dell'intervento (o chi ne fa le veci ai sensi di legge) sottoscrive, unitamente al P.A.I, un apposito atto di impegno nel quale:

a) si impegna ad utilizzare il contributo economico per l'Assunzione di Assistente Familiare. Il contributo concesso costituisce **la quota socio-assistenziale del P.A.I. come da normativa vigente.**

b) si impegna a regolarizzare l'assistente familiare scelto mediante rapporto di lavoro, nel rispetto delle normative vigenti; si fa carico di ogni onere assicurativo, previdenziale e assistenziale scaturente dal suddetto contratto;

c) si impegna a concordare con il servizio sociale territoriale eventuali variazioni del P.A.I.;

d) si impegna a presentare trimestralmente copia della documentazione attestante il corretto utilizzo del contributo economico;

e) accetta che possono essere previste riduzioni e/o revoca del sostegno economico, nonché al recupero delle somme eventualmente erogate e non giustificate se non rispettate le regole sopracitate

Art.7 - GLI INTERVENTI E LE PRESTAZIONI DOMICILIARI

L'obiettivo prioritario degli interventi domiciliari in lungo assistenza è il raggiungimento di quell'area di non autosufficienza grave e gravissima, la cui cura e sostegno economico sovraccarica ancora pesantemente le famiglie.

Gli interventi previsti si declinano in base al PAI e al budget di cura nelle seguenti aree:

a) **interventi di assistenza domiciliare**: sono volti a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentare il deterioramento attraverso l'erogazione di servizi in forma diretta o attraverso soggetti accreditati. Tali interventi possono declinarsi in:
   - prestazioni professionali;
   - prestazioni di assistenza familiare

b) interventi con trasferimenti monetari: si riferiscono al trasferimento di contributi economici al beneficiario per sostenere gli oneri di cura sotto forma di:
   - assegno di cura per l'assunzione di un assistente familiare;
   - assegno di cura per le prestazioni fornite da familiari;
   - assegno di cura per l'acquisto di prestazioni fornite da OSS;

c)interventi complementari all'assistenza domiciliare:
   - servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
   - affidamento diurno;
   - telesoccorso;
   - fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici
   - servizi di trasporto di trasporto per visite mediche o terapie previste dal PAI;

d)mix di interventi

ART 8 - L'ACCESSO AI SERVIZI

L'accesso dei cittadini che richiedono interventi a sostegno della domiciliarità avviene attraverso un primo contatto presso lo sportello unico socio sanitario (S.U.S.S.), ove la persona o un familiare può recarsi per segnalare la propria richiesta di intervento socio-sanitario.

Gli operatori del S.U.S.S. svolgono un primo colloquio conoscitivo, forniscono informazioni rispetto alle risorse attivabili e alla rete dei servizi, nonché rispetto ai percorsi previsti per le Commissioni di valutazione UVG/UMVD: documentazione richiesta, tempi e fasi del percorso, figure professionali e modalità di svolgimento dei servizi.
La segnalazione può pervenire da parte anche di altri soggetti, quali il medico curante, l'ospedale, la scuola, un familiare.
Qualora la segnalazione non provenga direttamente dal cittadino potenziale beneficiario dell'intervento, esso deve essere direttamente contattato da parte degli operatori del servizio. Il progetto condiviso con le rispettive Commissioni, con gli obiettivi e la modalità di svolgimento, costituisce la base per la formulazione di un P.A.I. che ne dettaglia gli interventi, i tempi di realizzazione e di verifica, i costi a carico del CISA12 e la eventuale compartecipazione da parte del cittadino.

Art. 9 -DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI OGGETTO DELLE LINEE di INDIRIZZO

Gli interventi a sostegno della domiciliarità sono inseriti all'interno di un progetto personalizzato e condiviso con i beneficiari, e vanno letti come supporto alla persona e/o alla famiglia al fine di promuovere il mantenimento delle autonomie ovvero il recupero di una maggiore autonomia personale e sociale. Tali sostegni possono riguardare diversi aspetti della vita delle persone, in primis per rispondere a bisogni essenziali (alimentazione, igiene personale e domestica) ma anche per ridurre

l'isolamento e favorire, anche attraverso un lavoro territoriale, la socialità, in base ai bisogni ed interessi individuali.

L'obiettivo di questi interventi è anche di tipo preventivo, poiché promuovere una migliore qualità della vita, sotto diversi profili, può ritardare l'insorgenza di patologie, evitando il ricorso all'istituzionalizzazione precoce delle persone che vi potrebbero ricorrere proprio per ridurre l'isolamento o trovare risposte ad una parziale difficoltà a soddisfare bisogni vitali.

Le presenti linee di indirizzo disciplinano di interventi di supporto alla domiciliarità tramite personale attivato dal Cisa12 che si esplicitano in:

A – INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE:OSS e Assistente Familiare

Il servizio consiste in un sostegno diretto nell' ambiente domestico attraverso specifico personale selezionato dalla Cooperativa incaricata in sede di Gara d'Appalto.

Nella **progettazione** dell'intervento, il progetto verrà definito tenendo conto dei diversi livelli di "complessità" della condizione sociale e sanitaria del beneficiario così come esplicitati nella Tabella sottostante:

Tabella n. 1

ALTA COMPLESSITA' SOCIO SANITARIA	**BASSA COMPLESSITA' SOCIOSANITARIA**
***ALTA COMPLESSITA' SANITARIA*:** • Persona ALLETTATA: - CON PIAGHE DA CUBITO - PORTATORE DI CATERE VESCICALE e/o VENOSO CENTRALE - P.E.G. - Stomie • Persona AFFETTA da GRAVI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO	***BASSA COMPLESSITA' SANITARIA:*** • Persona NON ALLETTATIA, CON DIFFICIOLTA' SOSTANZIALMENTE LEGATE ALLA DEMABULAZION/, SPOSTAMENTI • Persona IN CONDIZIONE DI DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE/MEDIO • Persone CON PATOLOGIE IN FASE INIZIALE CHE NON COMPROMETTONO "ANCORA" IN MANIERA SIGNIFICATICA LE CAPACITA' FUNZIONALI E DI AUTOGESTIONE.
***ALTA COMPLESSITA' SOCIALE*:** • Persone SOLE, PRIVE DI RETE FAMILIARE E DI CAREGIVER, AMMINISTRATI O TUTELATI DAL CISA 12 • Persone CON RETE FAMILIARE FRAGILE E IN PRESENZA DI DINAMICHE CONFLITTUALI CHE RICHIEDONO SPECIFICHE CAPACITA' DI LETTURA DEL DISAGIO E DI SUPPORTO ALLE RELAZIONI.	***BASSA COMPLESSITA' SOCIALE*:** • Persone INSERITE IN NUCLEO FAMILIARE CON CONVIVENTI (CONIUGE, FIGLI, ALTRO) • ADEGUATA RETE SOCIALE DI SUPPORTO • DINAMICHE FAMILIARI NON CARATTERIZZATE DA CONFLITTUALITA'

Alla lettura specifica del bisogno assistenziale **consegue la stesura del progetto** che terrà conto delle **diverse combinazioni dei livelli di complessità** e la **successiva individuazione della figura professionale del progetto**

ESITO DELLA VALUTAZIONE LIVELLO DI COMPLESSITA' SANITARIA	ESITO DELLA VALUTAZIONE.: LIVELLO DI COMLESSITA' SOCIALE	INDIVIDUAZIONE DEL PROGETTO E DELLA FIGURA PROFESSIONALE DI RIFERIMENTO
ALTA COMPLESSITA' SANITARIA	**ALTA COMPLESSITA' SOCIALE**	O.S.S.
BASSA COMPLESSITA' SANITARA	**BASSA COMPLESSITA' SOCIALE**	ASSISTENTE FAMILIARE
ALTA COM PLESSITA' SANITARIA	**BASSA COMPLESSITA' SOCIALE**	O.S.S. CON POSSIBILITA' DI PROGETTO "COMBINATO (O.S.S + ASSISTENTE FAMILIARE)
BASSA COMPLESSITA SANITARIA	**ALTA COMPLESSITA' SOCIALE**	ASSISTENTE FAMILIARE CON POSSIBILITA' DI PROGETTO "COMBINATO (ASSISTENTE FAMILIARE + O.S.S)

Nella declinazione del progetto socio-sanitario sarà indispensabile **individuare le diverse mansioni degli operatori** derivanti dalla lettura del bisogno e dal relativo livello di complessità . Si specifica che alcune mansioni strettamente legate ad un Alto livello di complessità sanitario possono essere svolte esclusivamente dall'operatore O.S.S. (Tab. 3).

OPERATORE SOCIO SANITARIO	ASSISTENTE FAMILIARE
IGIENE PERSONALE DELL'UTENTE ALLETTATO o CON PIAGHE DA DECUBITO GRAVI MEDICAZIONI DI SEMPLICE ESECUZIONE PREVIO ADDESTRAMENTO DEL SERVIZIO DI CURE DOMICILIARE PREPARAZIONE E CONTROLLO/ SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA CONTROLLO GLICEMICO e SOMMINISTRAZIONE INSULINA con debita formazione Altre Mansioni svolgibili anche dall'Assistente familiare (nelle situazioni di alta complessità SocioSanitaria)	SUPPORTO E SORVEGLIANZA PER IGIENE PERSONALE DELL'UTENTE NON ALLETTATO PREPARAZIONE DEL PASTO/ SUPPORTO PER LA SOMMINISTRAZIONE RAPPORTI COL MEDICO DI BASE Affiancamento nell'ASSUNZIONE DELLA TERAPIA ORALE **Per le persone sole, inoltre**: SUPPORTO PER COMMISSIONI E/O SPESA SETTIMANALE ACCOMPAGNAMENTI SUL TERRITORIO IGIENE AMBIENTALE ORDINARIE

Per tali interventi, come da normativa in vìgore, è previsto che il beneficiario, in base alla propria condizione economica (ISEE socio sanitario) contribuisca al costo del servizio per la quota socio-asssitenziale.

Il D.P.C.M. 5/12/2013, n 159 "Regolamento concernente la revisione e le modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)", ha normato le modalità di calcolo e di determina zione della condizione economica delle famiglie che richiedono prestazioni sociali agevolate. Ai sensi dell'Art 2 del D.P.C.M, " *l'ISEE è lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni economiche agevolate. La determinazione e l'applicazione dell'indicatore ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della determinazione del livello di compartecipazione al costo*

delle medesime, costituisce livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m, della Costituzione, fatte salve le competenze regionali in materia di normazione, programmazione e gestione delle politiche sociali."

La Regione Piemonte, con D.G.R. n. 10-881 /2015 "linee guida per l'applicazione della normativa ISEE di cui al D.P.C.M 5/12/2013 n 159", ha disposto le linee guida per gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, pertanto costituisce ad oggi l'unico atto regionale di riferimento, per quanto in via transitoria. La suddetta D.G.R dispone che l'ISEE venga utilizzato come criterio per l'individuazione dei cittadini eleggibili alle prestazioni sociali e socio-sanitarie.

La seguente tabella determina la modalità di contribuzione del cittadino al costo degli interventi e delle prestazioni domiciliari. La quota di contribuzione varierà unicamente in base alla fascia dell'ISEE indipendentemente dalla fascia assistenziale e dalla classificazione di Grave e Gravissimo. Per i progetti UVG/UMVD, la compartecipazione a carico dal cittadino è pari al 50% del costo orario complessivo in quanto il restante 50% è a carico dell'ASL.

VALORE ISEE	QUOTA DI CONTRIBUZIONE A CARICO DEL CITTADINO AL COSTO DEGLI INTERVENTI (*Riferita alla quota sociale pari al 50% del valore complessivo*)
< € 10.000,00	ASSENZA DI CONTRIBUZIONE
Da € 10.000,00 ad € 19.999,00	25% a carico del cittadino
Da € 20.000,00 ad € 29.999,00	50% a carico del cittadino
Da € 30.000,00 ad € 37.999,00	75% a carico del cittadino
>38.000 o ISEE NON DICHIARATO	A totale carico del cittadino

La contribuzione, se dovuta, viene applicata al complesso degli interventi e delle prestazioni previste dal Piano Assistenziale individuale concordato e sottoscritto dal beneficiario, in relazione alle prestazioni effettivamente erogate.

Il cittadino, all'atto della sottoscrizione del PAI, sottoscrive l'accettazione della quota di contribuzione a suo carico. Qualora il cittadino non accetti di corrispondere al CISA12 la quota a suo carico, non potrà accedere ai servizi.

Qualora previa proposta motivata del servizio sociale, sia comunque necessario, per ragioni di tutela di un soggetto fragile, garantire gli interventi, sarà possibile esentare l'interessato dal pagamento della quota di compartecipazione, in via temporanea ed in attesa di attivare le ulteriori misure di tutela previste dalla normativa vigente.

B - INTERVENTI CON TRASFERIMENTI MONETARI

- **Assegno di cura** per l'assunzione di un assistente familiare
  Per "assistente familiare" si intende personale regolarmente assunto\a secondo il CCN del Lavoro Domestico per persone non autosufficienti, non potranno pertanto essere considerati idonei al rimborso contratti di colf, assistenti per autosufficienti, ecc…
  L'assistente familiare (o figura socio sanitaria) può essere altresì assunto in forma indiretta tramite Agenzie autorizzate.

Il valore della quota socio-assistenziale del contributo, nella misura del 50% del valore economico complessivo dell'intervento (quota sociale), per l'assunzione del personale di assistenza viene calcolato sulla base dell'effettivo monte orario di assunzione e del costo dei P.A.I. (fatturazione mensile dei costi del personale all'utente).

- **Assegno di cura per l'acquisto di prestazione fornite da O.S.S.:** il beneficiario può acquistare la prestazione di personale tramite agenzie autorizzate che si occupano di servizi di assistenza alla persona, e che emettono regolare fattura per le prestazioni erogate.

- **Assegno di cura per le prestazioni fornite dal familiare**

  L'assegno di cura al familiare non può essere inteso come una remunerazione dell'attività di assistenza svolta, ma si giustifica in relazione alle necessità assistenziali/organizzative del nucleo ed all'eventuale impossibilità del familiare, di inserirsi nel mondo del lavoro (o perdita) strettamente riconducibile all'onore di cura. Tale assegno, pertanto, potrà essere erogato a favore di un solo familiare che si fa carico, in via preminente, della cura e dell'assistenza della persona non autosufficiente e che, proprio a causa del carico assistenziale del proprio congiunto, è costretto a rinunciare ad una propria attività lavorativa. Le rispettive commissioni UVG e UMVD nel riconoscere o meno l'assegno al famigliare, terranno conto di molteplici fattori quali età, fragilità psichiche e/o fisiche, carico di cura anche di altre figure parentali, rischi di alto stress.

C-INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Affidamento diurno

Nelle situazioni in cui l'intervento di assistenza domiciliare non fosse rispondente a tutti i bisogni del cittadino, le Commissioni competenti possono valutare l'attivazione congiuntamente all'OSS/ASS FAM, dell'affidamento diurno in cui l'affidatario ricopre il ruolo di "caregiver non professionale".

L'affidamento infatti può essere attivato quando la rete familiare naturale è inesistente oppure troppo fragile a garantire il sostegno necessario alla persona e, qualora, l'intervento di assistenza domiciliare non risulti sufficiente alla salvaguardia di situazioni di isolamento ed esclusione.

L'affidamento trova fondamento nella disponibilità su base volontaria di una famiglia o di un singolo a sostenere, attraverso diverse forme e modalità di aiuto, una persona non autosufficiente.

Ove possibile i potenziali affidatari dovranno aver maturato relazioni "affettive" e collaborazioni spontanee già consolidate nel tempo, rafforzate dalla vicinanza territoriale e dalla flessibilità oraria dell'affidatario.

Le commissioni UVG e UMVD approveranno il progetto complementare proposto dal case manager (OSS/ASS FAM + AFFIDO) in cui le varie figure coinvolte collaborano in stretta sinergia al fine di soddisfare i bisogni assistenziali e relazionali della persona.

A titolo esemplificativo, l'affidatario potrà affiancare il beneficiario nello svolgimento delle incombenze quotidiane principali: accompagnamento per terapie, disbrigo pratiche, commissioni; supporto alla vita di socializzazione e di partecipazione ad attività di tipo ricreativo-culturale; compagnia a domicilio, supporto alla preparazione dei pasti ecc.

Sono escluse, in fase di abbinamento: le persone che abbiano con la persona bisognosa di sostegno, un rapporto di parentela o affinità che costituisca un vincolo di obbligo, ai sensi

dell'art.433 e seguenti del Codice Civile; che svolgono nei confronti della persona funzioni di tutela o di amministrazione di sostegno.

Art.10 – QUOTA SOCIO ASSITENZIALE - MASSIMALI PER L'ASSEGNO DI CURA E PER L'AUTONOMIA PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GRAVISSIME

Si definisce "**Assegno di cura e per l'autonomia**" il contributo erogato secondo il precedente l'Art 9 -"*interventi con trasferimenti monetari"*, previsto dal P.A.I.

Si ricorda che le persone con non autosufficienza gravissima, sono individuate dai criteri previsti dall'art. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 3 novembre 2016, ovvero titolarità dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980 n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e con presenza di una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del succitato decreto del 2016;

I massimali del contributo **economico** riconoscibile al beneficiario "GRAVISSIMO", nella misura del 50% del valore complessivo dell'intervento, sono graduati in base all'intensità assistenziale, al progetto concordato e al valore dell'ISEE

NON AUTOSUFFICIENTI GRAVISSIMI	Trasferimenti Monetari a sostegno della domiciliarità PREVISTI AL PUNTO B (Assunzione di Assistenti Familiari , acquisto di prestazioni fornite da OSS e prestazioni fornite dal familiare) Importi max erogabili per fascia di Isee e di valore del PAI.			Interventi complementari AFFIDAMENTO DIURNO + INTERVENTO DOMICILIARE PREVISTI AL PUNTO C Importi max erogabili per fascia di Isee e Comprensivi del COSTO DEL'OSS/ASS FAMI come da PAI.		
BENEFICIARI MAGGIORENNI	**ALTA**	**MEDIA**	**BASSA**	**ALTA**	**MEDIA**	**BASSA**
ISEE Socio-Sanitario						
Fino a 10000,00 Max 600,00	600	550	400	600	550	400
Fra 10.000,01 e 30.000 Max 500,00	500	500	400	500	500	400
Fra 30.000,01 e 50.000 Max 400,00	400	400	400	400	400	400
Oltre 50.000,01	0	0	0	0	0	0
BEFICIARI MINORENNI	**ALTA**	**MEDIA**	**BASSA**	**ALTA**	**MEDIA**	**BASSA**
ISEE Socio-Sanitario						
Fino a 1000,00 Max 600,00	600	550	400	600	550	400
Fra 10.000,01 e 30.000 Max 500,00	500	500	400	500	500	400
Fra 30.000,01 e 65.000 Max 400,00	400	400	400	400	400	400
Oltre i 65.000,01	0	0	0	0	0	0

Art.11– QUOTA SOCIO ASSISTENZAILE - MASSIMALI PER L'ASSEGNO DI CURA E PER L'AUTONOMIA PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GRAVI

Si definisce "**Assegno di cura e per l'autonomia**" il contributo erogato secondo l'Art 9 -"*interventi con trasferimenti monetari"*, previsto dal P.A.I.

Non c'è una definizione a livello nazionale delle persone con non autosufficienza grave, ma tali soggetti possono essere individuati in coloro che presentano una condizione di non autosufficienza e che necessitano di assistenza, ma non rientrano nella definizione di "non autosufficienza gravissima". Si è concordato di individuare nella categoria "Grave" :

- persona anziana con punteggio sociosanitario UVG uguale o maggiore a 5/14
- persona disabile, adulto o minore, in possesso della certificazione di gravità ai senso della L. 104/92 art. 3 com. 3 o con un punteggio sanitario uguale o maggiore a /14

I massimali del contributo **economico** riconoscibile al beneficiario "GRAVE", nella misura del 50% del valore complessivo dell'intervento, sono graduati in base all'intensità assistenziale, al progetto concordato e al valore dell'ISEE

NON AUTOSUFFICIENTI GRAVI	Trasferimenti Monetari a sostegno della domiciliarità PREVISTI AL PUNTO B (Assunzione di Assistenti Familiari , acquisto di prestazioni fornite da OSS e prestazioni fornite dal familiare) Importi max erogabili per fascia di Isee e di valore del PAI.			Interventi complementari AFFIDAMENTO DIURNO + INTERVENTO DOMICILIARE PREVISTI AL PUNTO C Importi max erogabili per fascia di Isee e Comprensivi del COSTO DEL'OSS/ASS FAMI come da PAI.		
BENEFICIARI MAGGIORENNI	**ALTA**	**MEDIA**	**BASSA**	**ALTA**	**MEDIA**	**BASSA**
ISEE Socio-Sanitario						
Fino a 10000,00 Max 400,00	400	400	400	400	400	400
Fra 10.000,01 e 20.000 Max 350,00	350	350	350	350	350	350
Fra 20.000,01 e 38.000 Max 300,00	300	300	300	300	300	300
Oltre 38.000,01	0	0	0	0	0	0
BEFICIARI MINORENNI	**ALTA**	**MEDIA**	**BASSA**	**ALTA**	**MEDIA**	**BASSA**
ISEE Socio-Sanitario						
Fino a 1000,00 Max 400,00	400	400	400	400	400	400
Fra 10.000,01 e 20.000 Max 350,00	350	350	350	350	350	350
Fra 20.000,01 e 50.000 Max 300,00	300	300	300	300	300	300
Oltre i 50.000,01	0	0	0	0	0	0

Art.12 – Condizione di maggior favore per il sostegno di nuclei familiari fragili

Il Consorzio garantisce il sostegno alle famiglie qualora, in seguito alla compartecipazione alla spesa per i servizi di cui trattasi da parte di uno dei componenti, insorgano difficoltà economiche tali da non consentire al coniuge o al familiare convivente un reddito superiore alla soglia di povertà

Tale sostegno, tiene conto delle disposizioni di cui agli artt. 143, 147, 433 del codice civile.

Inoltre, su specifica valutazione delle commissioni di valutazione multidimensionale UVG e UMVD, sarà possibile l'erogazione massima della quota socio-assistenziale del contributo economico (svincolato dalle singole fasce di Isee) fino al massimale di € 600,00 tenuto conto del quadro di fragilità sociale del nucleo del beneficiario che ne fa richiesta, in armonia con:

- il principio di priorità nell'erogazione delle prestazioni sociali a favore di nuclei che si trovano in condizione di maggior svantaggio sociale

- l'obiettivo dell'inclusione sociale, come finalità ultima di ogni intervento a sostegno dei nuclei in cui l'insufficienza reddituale limita fortemente la qualità dell'assistenza dei sogetti in condizione di non autosufficienza

Le commissioni multidimensionali in particolare nella determinazione della quota socioassistenziale del contributo economico, terranno conto delle seguenti situazioni:

1) Nucleo monoreddito con reddito insufficiente

2) Presenza di più soggetti NON autosufficienti gravi e/o gravissimi che necessitano di assistenza continuativa o che richiedano plurime figure assistenziali con contratto regolare

3) Nuclei ricostituiti di anziani con figli adulti a carico che rientrano in famiglia a seguito della perdita del lavoro o separazione/divorzio (con o senza minori) con redditi minimi

4) Particolare gravità dei bisogni assistenziali (es.gestione apparecchi salvavita…)

Art.12– PRIORITA' DI ACCESSO

Ai sensi del D.P.C.M 21/11/2019 approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R m° 3-2257 del 13/11/2020, le risorse economiche erogate agli ambiti territoriali dal Piano Nazionale Per la non Autosufficienza, devono essere destinate, prioritariamente, e comunque in maniera esclusiva, **per una quota non inferiore al 50%, per gli interventi a favore di persone in condizione di non autosufficienza gravissima**, di cui all'art. 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer; nel caso di esaurimento della graduatoria afferente una delle categorie sopraelencate, l'Ente Gestore utilizza le risorse disponibili per le altre categorie di beneficiari. Qualora le risorse disponibili non fossero sufficienti a garantire l'erogazione del livello minimo, la graduatoria di accesso delle richieste valutate idonee, rispetterà i seguenti criteri:

1)suddivisione tra persone con non autosufficienza grave e persone con non autosufficienza gravissima;

2)punteggio di valutazione socio-sanitaria risultante dalla valutazione della commissione competente, in ordine decrescente;

3)in caso di parità di punteggio si terrà conto dell'ordine cronologico di presentazione della domanda di valutazione all'Unità Valutativa di riferimento;

Gli elenchi verranno aggiornati in base all'inserimento di nuovi valutati, nonché dei decessi e dei trasferimenti.

Condizione indispensabile per l'erogazione dell'intervento è l'accettazione da parte del destinatario, o del familiare, o, ove necessario, dell'amministratore di sostegno, del curatore, del tutore, dell'intero P.A.I.

CAPO III

NORME TRANSITORIE- CONTRIBUTI GIA' ATTIVI E LISTE D'ATTESA AL 31.12.20

Art.13 –NORME TRANSITORIE

I beneficiari che, sulla base del precedente regolamento Consortile già usufruiscono di prestazioni più favorevoli, mantengono la prestazione con gli stessi valori economici fino alla rivalutazione del progetto in essere.

Tali beneficiari, entro il termine di 180 giorni dall'approvazione del presente Regolamento, dovranno essere rivalutati sulla base del D.P.C.M 21/11/2019, con particolare riferimento all'accertamento del grado di gravità.

Le persone, in precedenza valutati dalla Commissioni UVG e UMVD alla data dal 31.12.2020, andranno rivalutati dalle rispettive Commissioni secondo i criteri stabiliti per determinarne la gravità di non autosufficienza e saranno tenuti, inoltre, a presentare ISEE SOCIO SANITARIO IN CORSO DI VALIDITA' in assenza del quale saranno ritenuti rinunciatari.

Art. 13 - NORME DI SALVAGUARDIA

In attuazione delle disposizioni di cui all'art. 71 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n° 445 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) il Consorzio effettua i controlli sulle dichiarazioni presentate dai beneficiari della prestazione.

Il Consorzio si riserva, quindi, di eseguire controlli volti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, tramite le Istituzioni preposte.

I beneficiari che indebitamente si siano avvalsi di prestazioni non spettanti sulla base di dichiarazioni mendaci saranno tenuti a restituire dette somme indebitamente percepite. Saranno, inoltre, perseguiti sulla base delle disposizioni penali che reggono la fattispecie delittuosa.

Art. 14 - AUTOTUTELA DEI CITTADINI RICHIEDENTI

I cittadini che richiedono al Consorzio di contribuire economicamente al pagamento totale o parziale della quota del costo delle prestazioni possono, entro trenta giorni dal ricevimento della risposta scritta, presentare ricorso scritto al Direttore del Consorzio.

Il Direttore, esaminata la documentazione ed eventualmente sentiti i soggetti interessati, decide, entro trenta giorni dalla data di ricevimento del ricorso, in ordine alla corretta applicazione delle presenti Linee guida e fornisce formale risposta al ricorrente.

RIFERIMENTI NORMATIVI

I principali riferimenti normativi sono di seguito elencati

a) L.R. 1 dell'8 gennaio 2004 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento."
b) L.R. n. 10 del 18 febbraio 2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti";
c) D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 e smi "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n.17-15226/2005 *"Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" e della D.G.R. n. 14-26366/1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG*";
d) D.G.R. n. 26-13680 del 29 marzo 2010 "Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità Multidisciplinari di Valutazione della disabilità (UMVD)";
e) D.G.R. n. 14-5999 del 25 giugno 2012 "Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente";
f) D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, allegato 6 "Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)";
g) D.G.R. n. 39-640 del 24 novembre 2014 "Programma attuativo "progetto di continuità assistenziale per i pazienti con la SLA e altre malattie del motoneurone e loro famiglie" per l'anno 2014. Assegnazione risorse e revisione dei livelli di stadi azione dal 1 gennaio 2015";
h) D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica";
i) D.G.R. n. 118-6310 del 22 dicembre 2017, "Applicazione del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"";
j) D.G.R. n. 51-8960 del 16 maggio 2019 "L.r. 3/2019. Approvazione di nuove linee guida per la predisposizione dei progetti di Vita indipendente. Revoca D.G.R. n. 48-9266 del 21.7.2008";
k) D.G.R. n. 39-1523 del 12 giugno 2020 "Approvazione delle nuove Cartelle Disabilità Minori e Disabilità Adulti, contenenti le valutazioni degli aspetti sociali e sanitari".
l) D.G.R. n. 3 -2257. Programmazione regionale degli interventi e dei servizi per l'attuazione del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2019-2021 di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019. Approvazione delle "Disposizioni attuative della Regione Piemonte.