



CONSORZIO dei SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI del CHIERESE

Sede Legale: Via Palazzo di Città, 10

Sede Amministrativa: Strada Valle Pasano, 4

P. IVA 07305160017

Tel. 011/9427136 – Fax 011/9427022

www.servizisocialichieri.it e-mail: segreteria@cssac.it

**NUOVO “REGOLAMENTO” DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI
SOCIO ASSISTENZIALI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA’
RIVOLTI AI CITTADINI RESIDENTI NEL TERRITORIO DEL CSSAC**

CAPO - I PRINCIPI GENERALI

- Art 1 - *OGGETTO*
- Art 2 - *RIFERIMENTI NORMATIVI*
- Art. 3 - *PRINCIPI ED OBIETTIVI*

CAPO - II MISURE, CRITERI E PROCEDURE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GRAVI E GRAVISSIME

- Art 4 - *DEFINIZIONI*
- Art 5 - *LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE*
- Art 6 - *IL PIANO ASSISITENZIALE INDIVIDUALE ED IL BUDGET DI CURA*
- Art 7 - *I DESTINATARI DEGLI INTERVENTI*
- Art 8 - *GLI INTERVENTI E LE PRESTAZIONI DOMICILIARI*
- Art 8 bis- *DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI*
- Art 9 - *IL PIANO ASSISITENZIALE INDIVIDUALE*
- Art 10 - *L'ASSEGNO DI CURA E PER L'AUTONOMIA PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GRAVISSIME*
- Art 11 - *L'ASSEGNO DI CURA E PER L'AUTONOMIA PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GRAVI*
- Art 12 - *PRIORITA' DI ACCESSO*
- Art 13 - *NORME TRANSITORIE*

CAPO III - MISURE, CRITERI E PROCEDURE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA' A FAVORE DELLE PERSONE AUTOSUFFICIENTI, PARZIALMENTE AUTONOME E/O IN CONDIZIONE DI FRAGILITA' SOCIALE

- Art 14 - *OBIETTIVO DEGLI INTERVENTI*
- Art 15 - *DESTINATARI DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI*
- Art 16 - *DESCRIZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI*
- Art 17 - *PERCORSO E MODALITA' DI ACCESSO AI SERVIZI*
- Art 18 - *CRITERI PER LA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA DA PARTE DEI CITTADINI*
- Art 19 - *NORME ATTUATIVE*

CAPO I.

PRINCIPI GENERALI

Art. 1 - OGGETTO

Il presente documento disciplina le misure, gli interventi e le prestazioni erogate dal CSSAC a favore di cittadini residenti, a sostegno della domiciliarità, individua i beneficiari e 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 quale, 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, sempre 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".

Infine, con il D.P.C.M. del 21 novembre 2019 di adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2019-2021 e relativo riparto delle risorse del F.N.A. per il medesimo arco temporale, lo Stato ha fornito un corpus normativo con il quale chiede alle Regioni ed alle Province autonome e di conseguenza ai territori, di adeguare la propria normativa di dettaglio per poter accedere alle risorse del FNA.

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:

Il CSSAC, con deliberazione n. 12 del 10/05/2007 dell'Assemblea Consortile, ha approvato le "linee guida per gli interventi a sostegno della domiciliarità". Tale documento orienta in via complessiva gli interventi e le prestazioni di sostegno alla domiciliarità, comprendendo anche quelli rivolti alle persone autosufficienti, parzialmente autonome o in condizione di fragilità sociale, aspetti che non sono normati dal D.P.C.M. 21/11/2019 e che non sono contemplati dal Piano Nazionale per la Non autosufficienza, ma che tuttavia sono previsti negli obiettivi e nell'operatività del Consorzio e rivestono rilevanza rispetto alla promozione del benessere dei cittadini e della prevenzione del disagio sociale. Le suddette "linee guida", che hanno orientato negli anni le progettualità in tale ambito, e che risultano in molte parti ancora attuali in relazione al contesto sociale ed ai bisogni, necessitano tuttavia di una rivisitazione, al fine di adeguarle alle nuove normative in materia, con particolare riferimento all'applicazione del D.P.C.M 5/12/2013 n 159 " *Regolamento concernente la revisione e le modalità di determinazione della condizione economica delle famiglie che richiedono prestazioni sociali agevolate comunque subordinate alla prova dei mezzi*".

Art. 2 – 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. 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";

- h) 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"”;
- i) 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”;
- j) 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”.
- k) 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.
- l) D.P.C.M 5/12/2013 n 159 “Regolamento concernente la revisione e le modalità di determinazione della condizione economica delle famiglie che richiedono prestazioni sociali agevolate comunque subordinate alla prova dei mezzi”.

Art. 3 – PRINCIPI ED OBIETTIVI

Il presente Regolamento persegue i seguenti obiettivi:

1. orientare l'azione, garantendone la generale appropriatezza, da parte degli operatori sociali e nell'ambito delle competenti commissioni socio-sanitarie UVG e UMVD, nella individuazione dei bisogni e nella predisposizione dei progetti di domiciliarità, nella loro attuazione, verifica e monitoraggio
2. Per quanto concerne gli interventi e le prestazioni previste a sostegno della domiciliarità a favore delle persone non autosufficienti, attuare la predisposizione dei progetti individualizzati ai sensi e nei limiti dettati dal 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 dell'utenza 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 e delle cure, oltre che del supporto familiare e sociale. Ciò al fine di fornire al cittadino cure appropriate, da parte del medico di famiglia e degli altri operatori (sanitari e sociali) dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate.

CAPO II

MISURE, CRITERI E PROCEDURE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GRAVI E GRAVISSIME

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

Art. 4 – DEFINIZIONI

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

“Budget di cura”: per budget di cura si intende l’insieme delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano 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 PAI;

“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 seguente di “non autosufficienza gravissima”;

“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;

“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.5- LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

La valutazione multidimensionale per le persone anziane non autosufficienti è affidata alle Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) come definite dall’allegato 6 alla D.G.R. 45-4248/2012;

con i provvedimenti dirigenziali attuativi della D.G.R. 34-3339 del 16 maggio 2016, “RSA Aperta”, 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:

- a) un medico geriatra con funzione di presidente;
- b) un medico dell’assistenza sanitaria territoriale;
- c) un medico fisiatra;
- d) un assistente sociale, rappresentante dell’Ente gestore dei Servizi Sociali;
- e) un assistente sociale dell’Azienda Sanitaria;
- f) un infermiere professionale, preferibilmente rappresentante del Servizio Cure Domiciliari;
- g) 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 / Punto Unico di Accesso.

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 /il grado di priorità.

Con la D.G.R. n. 26-13680 del 29.3.2010 "*Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)*," 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 con il progetto individuale, già basata sul sistema di valutazione ICF.

Alla suddetta unità di valutazione, 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

Art.6 – IL PIANO ASSISTENZIALE 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 in sede di valutazione delle Unità valutative competenti.

Il Piano di Assistenza personalizzato tiene conto delle necessità individuali della persona non autosufficiente e della sua famiglia.

Il P.A.I. domiciliare può contenere un mix di prestazioni sociali e sanitarie, in questo caso le prestazioni sanitarie sono individuate in sede di valutazione multidimensionale dall'apposita Unità di Valutazione. Il P.A.I. può essere integrato con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo.

In particolare, relativamente alle persone con disabilità, la valutazione multidimensionale da parte dell'UMVD, ai sensi della DGR n. 26-13680 del 29 marzo 2010, è finalizzata alla definizione di un progetto personalizzato che individui gli specifici sostegni di cui la persona con disabilità ha bisogno, quali le prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie nonché gli interventi ed i servizi previsti all'art. 3 del D.M. 23.11.2016, come successivamente definito nella D.G.R. n. 47-5478 del 3 agosto 2017 con la quale sono state approvate le "*Linee di indirizzo in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare*".

Il P.A.I. domiciliare può contenere un mix di prestazioni integrabili con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo.

In sede di predisposizione del PAI, le diverse figure professionali procedono alla definizione di un budget di cura, cioè 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., inoltre, 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 suddetto budget di cura.

Art.7 – 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 $\geq$ 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. In particolare, per quanto riguarda i non autosufficienti gravissimi si utilizzano i criteri previsti dall'art. 3 del DM 26 settembre 2016, richiamati dal decreto del 21 novembre 2019, ovvero titolarità dell'indennità di accompagnamento e presenza di una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del medesimo decreto.

Le Commissioni di valutazione competenti trasmettono copia integrale della valutazione all'ASL e all'Ente gestore delle funzioni socio assistenziali di competenza nel rispetto degli accordi stipulati tra le parti.

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 e alla trasparenza ai beneficiari ed alla regolare tenuta delle graduatorie.

Art.8 – GLI INTERVENTI E LE PRESTAZIONI DOMICILIARI

L'obiettivo prioritario degli interventi domiciliari in lungo assistenza è il raggiungimento di quell'area di non autosufficienza gravissima, la cui cura e sostegno economico sovraccarica ancora pesantemente le famiglie, e su quell'area di non autosufficienza grave su cui l'intervento pubblico locale fatica ad espandersi a causa della carenza di risorse.

Gli interventi previsti nel PAI si declinano in base 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:

1. assegno di cura per l'assunzione di un assistente familiare;
2. assegno di cura per le prestazioni fornite da familiari;
3. assegno di cura per l'acquisto di prestazioni fornite da OSS;

c) interventi complementari all'assistenza domiciliare

1. servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
2. affidamento diurno;
3. telesoccorso;
4. fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici; servizi di trasporto per visite mediche o terapie previste dal PAI;

d) mix di interventi

Il P.A.I. domiciliare può contenere un mix di interventi erogabili, come sopra specificati, integrabili anche con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo.

Art.8.bis- DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI

1) interventi di assistenza domiciliare:

le prestazioni di assistenza domiciliare consistono in interventi di supporto alla persona che presenti esigenze di supporto/tutela, nella gestione della vita quotidiana esigenza di, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, attraverso un sostegno diretto nel suo ambiente domestico e nel suo rapporto con l'esterno, nell'intento di consentire la permanenza a domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso all'istituzionalizzazione. Costituiscono pertanto ambiti di intervento: la cura e l'igiene della persona, prestazioni igienico- sanitarie di semplice

attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo di pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione. Gli interventi vengono attuati in integrazione con altre figure professionali.

2) L'assegno di cura:

è un contributo monetario che persegue l'obiettivo del mantenimento della persona non autosufficiente presso il proprio domicilio, alleviano o sostituendo il supporto della rete familiare. Sono beneficiarie le famiglie di cittadini non autosufficienti o i cittadini stessi in situazione di non autosufficienza quando siano in grado di concordare con il Consorzio un piano assistenziale individualizzato, in situazione certificata dall'UVG e dell'UVH, che consenta di optare, anche in via transitoria, per una modalità assistenziale alternativa all'istituto e che preveda la realizzazione di programmi di aiuto alla persona gestiti in forma diretta dagli utenti o dalle famiglie mediante piani individualizzati.

Il beneficiario dovrà concordare con l'equipe distrettuale un piano individualizzato, utilizzare il contributo per coprire i costi effettivi sostenuti per l'assistenza della persona non autosufficiente: salario-oneri riflessi- spese assicurative per le assistenti familiari e presentare una rendicontazione della spesa sostenuta. Sono esclusi dalla possibilità di contribuzione i costi sostenuti per l'assunzione di parenti o di affini entro il secondo grado di parentela (nipoti, figli, fratelli, generi, nuore).

3) L'assegno di cura per le prestazioni fornite da familiari;

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 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 familiare, terranno conto di molteplici fattori quali età, fragilità psichiche e/o fisiche, carico di cura anche di altre figure parentali, rischi di alto stress legato all'assistenza, riservandosi di proporre altri supporti a supporto del cittadino.

4) L'assegno di cura per l'acquisto di prestazioni fornite da OSS;

L'assegno di cura quale contributo monetario erogato nell'ambito del Piano Assistenziale individuale, può essere finalizzato all'acquisizione di prestazioni professionali integrative/o sostitutive di quelle direttamente fornite dal consorzio. Tale modalità di acquisizione dei servizi è soprattutto finalizzata a garantire le prestazioni assistenziali qualora e nei giorni/orari nei quali il servizio pubblico è impossibilitato ad eseguire gli interventi (orario serale e notturno, giorni festivi) ovvero a causa della maggiore intensità necessaria.

5) L'affidamento diurno:

rappresenta una modalità di risposta ai bisogni dei cittadini, che per diverse ragioni, si trovino in una condizione di temporanea o permanente riduzione della personale autonomia, di disagio sociale e relazionale, e che pertanto necessitano di forme di sostegno quantificabili e definibili attraverso un'attenta valutazione professionale e la costruzione di un progetto individualizzato. Si tratta di un

intervento di sostegno che di norma, ma non necessariamente, valorizza le reti di prossimità e di vicinato preesistenti.

L'affidamento viene attivato quando la rete familiare naturale è inesistente oppure troppo fragile, non in grado o non disponibile a garantire il sostegno necessario alla persona. L'affidamento trova fondamento nella disponibilità su base volontaria di una famiglia, di un singolo ad accogliere e/o sostenere attraverso diverse forme e modalità di aiuto, una persona o una famiglia in difficoltà, qualora tale disponibilità si coniughi con la scelta di operare in un contesto di riconoscimento formalizzato della sua natura di servizio, con i doveri ed i diritti che ne conseguono, in un quadro di collaborazione con le istituzioni preposte alla tutela ed al sostegno delle persone in condizione di fragilità.

6) Il telesoccorso:

è un servizio, fornito da Associazioni e Cooperative del settore, che consiste nell'installazione, presso il domicilio dell'utente, di un apparecchio collegato al telefono e dotato di un telecomando, attraverso il quale è possibile lanciare un messaggio di chiamata in qualsiasi momento della giornata, 24 ore su 24. Tale chiamata arriva ad una centrale operativa che, a seconda delle situazioni che si trova di fronte, fa scattare un piano di allarme, o più semplicemente tranquillizza l'utente, se si tratta di falso allarme. Il servizio, anche in assenza di chiamata di soccorso, si occupa comunque di telefonare settimanalmente all'utente a fini di sostegno e di compagnia.

7) Servizi complementari all'assistenza domiciliare:

si tratta di servizi che possono concorrere a fornire una corretta risposta ai bisogni individuali all'interno del Piano Assistenziale individuale. operatori di riferimento. Tali servizi forniscono maggiori possibilità di elaborare progetti flessibili e personalizzati, da monitorare nel tempo sulla base dell'evoluzione dei bisogni delle persone. Tra questi servizi assumono particolare rilevanza:

- Servizio di lavanderia
- Trasporti ed accompagnamenti legati a cure sanitarie ed esami, a cura degli operatori del CSSAC ovvero di Associazioni di Volontariato convenzionate
- Erogazione di pasti a domicilio o presso strutture convenzionate

Art. 9 – IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

Il piano assistenziale Individuale è il documento che racchiude, in un'ottica multidisciplinare, le informazioni e le caratteristiche personali del soggetto in condizione di bisogno al fine di attuare un progetto che possa migliorare le condizioni di salute e di benessere della persona.

Il PAI contiene informazioni attinenti il beneficiario, i suoi bisogni assistenziali, l'esito della valutazione multidisciplinare da parte della commissione UVG o UMVD, gli interventi assistenziali e la loro modalità di attuazione

Mediante monitoraggi periodici programmati, il PAI 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.

Il P.A.I. domiciliare può contenere un mix di interventi erogabili, come sopra specificati, integrabili anche con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo.

Gli obiettivi, il percorso assistenziale declinato nel PAI, è condiviso con il beneficiario, ovvero il Tutore o l'amministratore di sostegno, i quali contribuiscono alla sua stesura in tutte le fasi e lo sottoscrivono, ricevendone copia.

Art.10 – L'ASSEGNO DI CURA E PER L'AUTONOMIA PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GRAVISSIME

Si definisce “Assegno di cura e per l'autonomia” l'insieme delle prestazioni di cui all'Art 8 “*gli interventi e le prestazioni domiciliari*“, previsti dal PAI.

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 beneficiari individuati, quali persone con non autosufficienza gravissima, possono ricevere un assegno di cura e per l'autonomia con le seguenti modalità:

Beneficiari maggiorenni	
ISEE Socio-Sanitario	Valore
Fino a 10.000,00 euro	600,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 e 30.000,00	500,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 30.000,01 e 50.000,00	400,00 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 50.000,00	0,00 euro

Beneficiari minorenni	
ISEE Socio-Sanitario	Valore
Fino a 10.000,00 euro	600,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 e 30.000,00	500,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 30.000,01 e 65.000,00	400,00 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 65.000,00	0,00 euro

Art.11 – L'ASSEGNO DI CURA E PER L'AUTONOMIA PER LE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI GRAVI

Si definisce “Assegno di cura e per l'autonomia” l'insieme delle prestazioni di cui all'Art 8 -“*gli interventi e le prestazioni domiciliari*“, previsti dal PAI.

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 seguente di “non autosufficienza gravissima”;

I beneficiari individuati quali persone con non autosufficienza grave, possono ricevere un assegno di cura e per l'autonomia con le seguenti modalità:

Beneficiari maggiorenni	
ISEE Socio-Sanitario	Valore
Fino a 10.000,00 euro	400,00 mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 e 20.000,00	350,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 20.000,01 e 38.000,00	300,00 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 38.000,00	0,00 euro

Beneficiari minorenni	
ISEE Socio-Sanitario	Valore
Fino a 10.000,00 euro	400,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 e 20.000,00	350,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 20.000,01 e 50.000,00	300,00 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 50.000,00	0,00 euro

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 Peer 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.

Art.13 –NORME TRANSITORIE

Le Disposizioni contenute nel presente regolamento saranno applicate a partire dai nuovi casi che inizieranno a usufruire delle prestazioni dalla data di approvazione.

I beneficiari che, sulla base del precedente regolamento Consortile, già usufruiscono di prestazioni più favorevoli, mantengono la prestazione con gli stessi valori economici fino al permanere in vita del fruitore, ovvero fino alla modifica consensuale della prestazione erogata.

I beneficiari già seguiti ed in precedenza valutati dalla Commissioni UVG e UMVD 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.

In nessun caso le risorse previste dal presente provvedimento potranno essere utilizzate per sostenere il costo di prestazioni sanitarie.

CAPO III

MISURE, CRITERI E PROCEDURE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA' A FAVORE DELLE PERSONE AUTOSUFFICIENTI, PARZIALMENTE AUTONOME E/O IN CONDIZIONE DI FRAGILITA' SOCIALE

Art.14 –OBIETTIVO DEGLI INTERVENTI

Gli interventi a sostegno della domiciliarità sono inseriti all'interno di un progetto personalizzato e condiviso con i beneficiari, qualora la persona e/o la famiglia presenti bisogni di sostegno e tutela nei diversi ambiti della vita quotidiana, 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.

L'esito dei cambiamenti sociali, della crisi economica, che incide anche sulle capacità e possibilità delle famiglie di farsi carico dei componenti più fragili, aggravato dalla attuale emergenza sanitaria da COVID 19, allarga l'area della fragilità, aumenta le situazioni di isolamento delle persone anziane, anche se ancora parzialmente autosufficienti, così come rende ancora più urgenti le misure a sostegno delle persone adulte in difficoltà ed a rischio di marginalità sociale.

Inoltre si pone con sempre maggiore urgenza il tema del sostegno alle famiglie ed alla genitorialità, soprattutto per quelle famiglie che per condizione socio-economica, assenza di reti primarie, difficoltà di integrazione nel contesto (es famiglie di recente immigrazione), rischiano di non trovare risposte concrete a fronte di problemi sempre più difficili da affrontare nella loro quotidianità. Con particolare attenzione si devono considerare le famiglie con elevato carico di cura, in quanto numerose, con figli in età 0/3 anni o con figli adolescenti.

Art.15 –DESTINATARI DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI

a) anziani autosufficienti o parzialmente autosufficienti che esprimono bisogni di sostegno per far fronte ai compiti della quotidianità, con particolare attenzione all'area della salute, della cura della persona e dell'ambiente, delle relazioni sociali. Gli interventi sono finalizzati ad evitare e prevenire processi di ulteriore fragilità, al mantenimento dell'autonomia, al miglioramento del benessere e qualità della vita

b) adulti in difficoltà a causa di situazioni di fragilità, isolamento, storie personali e a rischio di marginalità sociale. Gli interventi sono finalizzati al supporto nella vita quotidiana, soprattutto nell'area dell'abitare, dell'alimentazione, dell'inserimento sociale, sulla base di un progetto personalizzato;

c) famiglie con figli minori, in situazione di fragilità, a causa di fattori socio-economici, legati all'isolamento ed alla mancanza di sostegni forniti dalla rete primaria o prossimale, con elevati carichi di cura. Si presta particolare attenzione alle famiglie con figli 0/3 anni o nell'età dell'adolescenza. Gli interventi domiciliari sono inseriti in un più complessivo progetto di sostegno alla genitorialità ed ai minori

Art.16 –DESCRIZIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI

1) L'assistenza domiciliare:

prevede diversi interventi di supporto alla persona e/o alla famiglia che presenti esigenze di sostegno nella gestione della vita quotidiana al fine di promuovere il miglioramento delle condizioni di vita e l'acquisizione di maggiore benessere, nonché il mantenimento delle autonomie. Il servizio viene svolto attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nei rapporti con l'esterno, con particolare attenzione rispetto all'ambito della salute e delle relazioni sociali, nell'intento di consentire la permanenza a domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso all'istituzionalizzazione. Costituiscono pertanto ambiti di intervento: la cura e l'igiene della persona, prestazioni igienico- sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo di pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione. Gli interventi vengono attuati in integrazione con altre figure professionali.

Gli interventi sono svolti a cura delle figure professionali dell'Operatore socio-sanitario (OSS) e dell'assistente familiare, sulla base degli specifici mansionari

2) L'affidamento familiare:

rappresenta una modalità di risposta ai bisogni dei cittadini, che per diverse ragioni, si trovino in una condizione di temporanea o permanente fragilità personale, di riduzione della personale autonomia, di disagio sociale e relazionale, e che pertanto necessitano di forme di sostegno quantificabili e definibili attraverso un'attenta valutazione professionale e la costruzione di un progetto individualizzato. Si tratta di un intervento di sostegno che di norma, ma non necessariamente, valorizza le reti di prossimità e di vicinato preesistenti.

L'affidamento viene attivato quando la rete familiare naturale è inesistente oppure troppo fragile, non in grado o non disponibile a garantire il sostegno necessario alla persona. L'affidamento trova fondamento nella disponibilità su base volontaria di una famiglia, di un singolo ad accogliere e/o sostenere attraverso diverse forme e modalità di aiuto, una persona o una famiglia in difficoltà, qualora tale disponibilità si coniughi con la scelta di operare in un contesto di riconoscimento formalizzato della sua natura di servizio, con i doveri ed i diritti che ne conseguono, in un quadro di collaborazione con le istituzioni preposte alla tutela ed al sostegno delle persone in condizione di fragilità.

Di norma il valore economico della quota di rimborso delle spese al volontario non può superare la quota di € 200,00 e dev'essere commisurata all'impegno reso ed alle spese sostenute (es per gli spostamenti).

3) Il telesoccorso:

è un servizio, fornito da Associazioni e Cooperative del settore, che consiste nell'installazione, presso il domicilio dell'utente, di un apparecchio collegato al telefono e dotato di un telecomando, attraverso il quale è possibile lanciare un messaggio di chiamata in qualsiasi momento della giornata, 24 ore su 24. Tale chiamata arriva ad una centrale operativa che, a seconda delle situazioni che si trova di fronte, fa scattare un piano di allarme, o più semplicemente tranquillizza l'utente, se si tratta di falso allarme. Il servizio, anche in assenza di chiamata di soccorso, si occupa comunque di telefonare settimanalmente all'utente a fini di sostegno e di compagnia.

4) servizi complementari all'assistenza domiciliare:

si tratta di servizi che possono concorrere a fornire una corretta risposta ai bisogni individuali all'interno di un progetto personalizzato formulato con il cittadino a cura degli operatori di riferimento. Tali servizi forniscono maggiori possibilità di elaborare progetti flessibili e personalizzati, da monitorare nel tempo sulla base dell'evoluzione dei bisogni delle persone. Tra i servizi, assumono particolare rilevanza le seguenti prestazioni:

- Erogazione di pasti al domicilio ovvero accesso a mense presenti nel territorio (es presso strutture residenziali)
- Servizio di lavanderia
- Trasporti ed accompagnamenti legati a cure sanitarie ed esami, a cura degli operatori del CSSAC ovvero di Associazioni di Volontariato convenzionate

Art.17-PERCORSO E MODALITA' DI ACCESSO AI SERVIZI

L'accesso dei cittadini che richiedono gli interventi ed i servizi domiciliari avviene attraverso un primo contatto presso gli sportelli sociali consortili, ove la persona o un familiare può recarsi per segnalare la propria richiesta di aiuto. Gli operatori svolgono un primo colloquio conoscitivo, informano rispetto ai servizi offerti dal CSSAC e dalla rete dei servizi, nonché rispetto ai percorsi previsti (documentazione richiesta, tempi e fasi del percorso, figure professionali e modalità di svolgimento dei servizi).

La segnalazione può pervenire da parte 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.

Raccolta la segnalazione, gli assistenti sociali di riferimento effettueranno un primo colloquio di verifica, o se riterranno opportuno anche una visita domiciliare, per approfondire la richiesta e effettuare una prima ipotesi di intervento, concordata con il cittadino stesso e/o con il nucleo familiare. Il progetto, con gli obiettivi e la modalità di svolgimento, costituisce la base per la formulazione di un PAI (piano assistenziale individualizzato) che ne dettaglia gli interventi, i tempi di realizzazione e di verifica, i costi a carico del CSSAC e la eventuale compartecipazione da parte del cittadino. Il PAI viene sottoscritto dal cittadino, a cui viene consegnata copia.

Art.18 – CRITERI PER LA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA DA PARTE DEI CITTADINI

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 determinazione della condizione economica delle famiglie che richiedono prestazioni sociali agevolate o comunque subordinate alla prova dei mezzi. 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 in via transitoria le linee guida per gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali , nelle more degli esiti del lavoro del costituito tavolo tecnico , i quali avrebbero supportato l'adozione di atti regionali per l'applicazione della normativa ISEE. Gli atti Regionali, a tutt'oggi non ancora adottati, hanno l'obiettivo di individuare gli standard regionali applicativi della disciplina della compartecipazione, compresa la definizione delle soglie minime di esenzione. La D.G. R 10-881/2015 costituisce ad oggi l'unico atto regionale di riferimento, per quanto in via transitoria. La suddetta D.G.R dispone che l'ISEE viene utilizzato come criterio per l'individuazione dei cittadini eleggibili alle prestazioni sociali e socio-sanitarie, tramite il criterio di due valori-soglia ISEE rispetto ai quali i regolamenti degli Enti Gestori non possono derogare:

- € 6.000,00 per i contributi economici a sostegno del reddito
- € 38.000,00 per prestazioni sociali e socio sanitarie

Nelle more, pertanto della conclusione del percorso avviato e della normativa regolamentare da parte della regione Piemonte come in narrativa espresso, e vista la normativa di riferimento nazionale e Regionale di seguito richiamata:

-ART 25 comma 1 della L 328/2000 “legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

- ART. 40 della Legge Regionale n. 1 del 2004 “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”;

-D.P.C.M 5/12/2013 n 159;

la seguente tabella determina la modalità di contribuzione del cittadino al costo degli interventi e delle prestazioni domiciliari rivolte alle persone autosufficienti

VALORE ISEE	QUOTA DI CONTRIBUZIONE A CARICO DEL CITTADINO AL COSTO DEGLI INTERVENTI
< € 9.999,00	ASSENZA DI CONTRIBUZIONE
Da € 10.000,00 ad € 12.999,00	Contribuzione pari al 5%
Da € 13.000,00 ad € 15.999,00	Contribuzione pari al 10%
Da € 16.000,00 ad € 18.999,00	Contribuzione pari al 15%
Da € 19.000,00 ad € 21.999,00	Contribuzione pari al 20%
Da € 22.000,00 ad € 24.999,00	Contribuzione pari al 25%
Da € 25.000,00 ad € 27.999,00	Contribuzione pari al 40%
Da € 28.000,00 ad € 30.999,00	Contribuzione pari al 50%
Da € 31.000,00 ad € 33.999,00	Contribuzione pari al 60%
Da € 34.000,00 ad € 37.999,00	Contribuzione pari al 90%
Da 38.000,00 ed oltre	Contribuzione pari al 100%

Art.19 NORME ATTUATIVE

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.

La compartecipazione alla spesa viene calcolata applicando ad ognuna delle prestazioni, ovvero al costo complessivo costituito dalla somma del costo delle diverse prestazioni, la quota parte sulla base della percentuale per ciascuna fascia ISEE, come da tabella 1.

Il costo degli interventi di assistenza domiciliare a cura del personale OSS ed assistente familiare viene adeguato periodicamente sulla base dell'adeguamento del costo del lavoro, a partire dalle seguenti tariffe:

Operatore socio-sanitario: costo orario pari ad € 21,00

Assistente familiare: costo orario pari ad € 15,75

L'adeguamento del costo degli interventi di assistenza domiciliare a cura delle figure professionali dell'OSS e dell'assistente familiare viene disposto con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione del Consorzio

Il cittadino, all'atto della sottoscrizione del PAI, sottoscrive l'accettazione della quota di contribuzione a suo carico. Gli operatori del servizio forniranno ogni informazione, anche in relazione alle preferenze del cittadino, in merito alle modalità di pagamento (online, tramite bollettino postale o altra modalità).

Qualora il cittadino non accetti di corrispondere al CSSAC la quota a suo carico, non potrà accedere ai servizi. Tuttavia, 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.