

Deliberazione della Giunta Regionale 15 maggio 2023, n. 16-6873

**Programma regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024, per l'attuazione del piano nazionale di cui al D.P.C.M. del 3 ottobre 2022.**

A relazione dell'Assessore Marrone:

Premesso che:

- con l'articolo 1, comma 1264 della legge 27 dicembre 2006 n. 296 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2007)*", al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, è stato istituito presso il Ministero della Solidarietà Sociale il "Fondo per la non autosufficienza", oggi afferente al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

- l'intento del Fondo è quello "*di fornire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando il rischio di istituzionalizzazione, nonché per garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali*";

- a partire dal Decreto interministeriale del 20 marzo 2013 (art. 2 "Finalità") fra le aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, vi sono:

*a) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliari;*

*b) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all'art. 4, comma 1, lettera b), e in tal senso monitorati;*

*c) la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato, di cui all'art. 4, comma 1, lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.*

- come specificato dai Decreti attuativi a partire dall'anno 2007 di istituzione del Fondo per le non autosufficienze, le risorse ripartite dai Ministeri competenti a favore delle Regioni sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle regioni, nonché da parte delle autonomie locali. Le prestazioni e i servizi di cui al comma precedente non sono sostitutivi, ma aggiuntivi e complementari, a quelli sanitari";

- il decreto legislativo 15/09/2017, n. 147, che istituisce la Rete della protezione e dell'inclusione sociale, al comma 6, lettera c) prevede che la stessa Rete elabori un Piano per la non autosufficienza quale strumento programmatico per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, ed al comma 7 prevede che il Piano abbia natura triennale.

Preso atto che:

- la Rete della protezione e dell'inclusione sociale ha approvato con modificazioni il Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 nella riunione del 25 luglio 2022 proponendone l'adozione;

- in data 3 agosto 2022 è stata acquisita l'intesa della Conferenza unificata di cui al D.Lgs. 20/8/1997, n. 281;

- in data 3 ottobre 2022 con il Decreto del Fondo nazionale per le non autosufficienze relativo al triennio 2022-2024 il Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e del Ministro per la Disabilità, di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, ha adottato il Piano nazionale per la non autosufficienza, assegnando alla Regione Piemonte il seguente riparto di risorse:

- Fondo non autosufficienza euro 62.280.000 per l'anno 2022, euro 63.332.000 per l'anno 2023 ed euro 67.153.000 per l'anno 2024;
- progetti di Vita Indipendente euro 1.040.000 per l'anno 2022, euro 1.040.000 per l'anno 2023 ed euro 1.040.000 per l'anno 2024;
- rafforzamento Unità di personale PUA euro 1.560.000 per l'anno 2022, euro 2.880.000 per l'anno 2023 ed euro 2.880.000 per l'anno 2024;

- la Legge n. 234 del 30.12.2021 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" stabilisce l'attuazione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sia di erogazione che di processo;

- il succitato Decreto adotta il Piano nazionale per la non autosufficienza che "costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze e individua lo sviluppo degli interventi e dei servizi necessari per la progressiva definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale";

- sulla base delle indicazioni del Piano nazionale, il Decreto richiede alle regioni, quale atto di programmazione regionale degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del Piano nazionale, l'adozione di un proprio provvedimento per il triennio 2022-2024, redatto in base agli elementi richiesti e alle indicazioni contenute nell'Allegato A del Decreto succitato che contiene:

- a) il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria;
- b) le modalità di individuazione dei beneficiari;
- c) la descrizione degli interventi e dei servizi programmati, e, in particolare, le caratteristiche dei servizi socioassistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio delle persone anziane nelle aree indicate dall'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c) della legge n. 234 del 2021, nonché le altre forme di intervento di cui al comma 164 del medesimo articolo;
- d) la programmazione delle risorse finanziarie;
- e) le modalità di monitoraggio degli interventi;
- f) le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente";

- le regioni devono adottare il provvedimento redatto secondo le indicazioni di cui al precedente punto nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di non autosufficienza, e comunque prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità e delle persone anziane non autosufficienti;

- l'erogazione del fondo da parte del Ministero è condizionata dalla rendicontazione da parte delle regioni sull'utilizzo delle risorse ripartite nel secondo anno precedente secondo le modalità previste dal Decreto del 3 ottobre 2022;

- con circolare in data 16 febbraio 2023 il Dirigente della Divisione 1 della Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sono stati forniti ulteriori adempimenti esplicativi utili alle regioni per la predisposizione dei programmi regionali;

- la Presidenza della regione ha costituito un gruppo di carattere politico di confronto e consultazione sul tema della non autosufficienza;

- contestualmente, in applicazione dell'art. 1, comma 3, del Decreto del 3 ottobre 2022, è stato costituito un ulteriore tavolo di confronto a livello tecnico con le parti sociali, gli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di non autosufficienti, in particolare le associazioni e le organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità e delle persone anziane non autosufficienti, nonché con gli Ambiti Territoriali Sociali e l'ANCI;

dato atto che il programma regionale, oggetto della presente deliberazione, è quindi il risultato dei numerosi momenti di confronto con il gruppo di cui sopra, a seguito dei quali le varie richieste di modifica ed integrazione alla bozza di testo pervenute dai partecipanti al gruppo sono state tutte esaminate ed alcune accolte come risulta dal documento di «Raccolta delle osservazioni pervenute al Tavolo tecnico per la predisposizione del Piano regionale per la non autosufficienza 2022-2024» depositato agli atti della Direzione regionale Sanità e Welfare, Settore Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria, standard di servizio e qualità.

Informata la Commissione consiliare competente in data 8 maggio 2023.

Ritenuto, pertanto, di approvare il Programma regionale per la non autosufficienza 2022-2024, predisposto in attuazione delle indicazioni contenute nell'allegato A del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 di cui al D.P.C.M. del 3 ottobre 2022, composto dai seguenti documenti, facenti parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione:

1. Programma regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 (Allegato 1);
2. Servizi di Welfare di prossimità (Allegato 2);
3. Schema tipo di convenzione per la realizzazione dei servizi di "Vengo a domicilio" (Allegato 3);
4. Schema tipo di convenzione per la realizzazione dei servizi di "Agricoltura sociale" (Allegato 4);
5. Accordo di programma (Allegato 5);
6. Indicazioni per l'educazione e l'addestramento del caregiver (Allegato 6);

tutto ciò premesso,

visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

visto il decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà";

visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro delegato per la famiglia e le disabilità e il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 3 ottobre 2022 "Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2022-2024.";

vista la legge regionale 8.1.2004, n. 1, "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento";

visto l'art. 17 della legge regionale 28 luglio 2008, n. 23 "Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale";

dato atto che l'assunzione delle obbligazioni giuridiche conseguenti al presente provvedimento sono subordinate alla preventiva approvazione da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del Programma regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 presentato e, pertanto, alla variazione di bilancio finalizzata a recepire gli stanziamenti dei fondi statali così definiti:

- Fondo non autosufficienza euro 62.280.000 per l'anno 2022, euro 63.332.000 per l'anno 2023 ed euro 67.153.000 per l'anno 2024;
- progetti di Vita Indipendente euro 1.040.000 per l'anno 2022, euro 1.040.000 per l'anno 2023 ed euro 1.040.000 per l'anno 2024;
- rafforzamento Unità di personale PUA euro 1.560.000 per l'anno 2022, euro 2.880.000 per l'anno 2023 ed euro 2.880.000 per l'anno 2024, in entrata ed in uscita delle correlate spese;

attestata la regolarità amministrativa del presente atto in conformità a quanto disposto dalla D.G.R. n. 1-4046 del 17/10/2016, così come modificata con D.G.R. n. 1-3361 del 14.6.2021;

la Giunta a voti unanimi resi nelle forme di legge,

*delibera*

- di approvare il Programma regionale per la non autosufficienza 2022-2024, stilato sulla base delle indicazioni programmatiche contenute nell'allegato A del Piano nazionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 di cui al D.P.C.M. del 3 ottobre 2022, da sottoporre a finanziamento ministeriale, composto dai seguenti documenti, facenti parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione:

1. Programma regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 (Allegato 1);

2. Servizi di Welfare di prossimità (Allegato 2);
3. Schema tipo di convenzione per la realizzazione dei servizi di “Vengo a domicilio” (Allegato 3);
4. Schema tipo di convenzione per la realizzazione dei servizi di “Agricoltura sociale” (Allegato 4);
5. Accordo di programma (Allegato 5);
6. Indicazioni per l’educazione e l’addestramento del caregiver (Allegato 6);

- di dare atto che l'assunzione delle obbligazioni giuridiche conseguenti al presente provvedimento sono subordinate alla preventiva approvazione da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del Programma regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024 presentato e, pertanto, alla variazione di bilancio finalizzata a recepire gli stanziamenti dei fondi statali così definiti:

- Fondo non autosufficienza euro 62.280.000 per l’anno 2022, euro 63.332.000 per l’anno 2023 ed euro 67.153.000 per l’anno 2024;
- progetti di Vita Indipendente euro 1.040.000 per l’anno 2022, euro 1.040.000 per l’anno 2023 ed euro 1.040.000 per l’anno 2024;
- rafforzamento Unità di personale PUA euro 1.560.000 per l’anno 2022, euro 2.880.000 per l’anno 2023 ed euro 2.880.000 per l’anno 2024, in entrata ed in uscita delle correlate spese;

- di demandare al Dirigente del Settore “Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria, standard di servizio e qualità” l’adozione di tutti gli atti necessari per l’attuazione della presente deliberazione.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell’art. 61 dello Statuto e dell’art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

## Allegato 1

# PROGRAMMA REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024

## Indice

Premessa.....	1
1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria.....	5
1.1. Il quadro di contesto.....	5
1.1.1 Definizioni.....	5
.....	8
1.2 L'integrazione socio-sanitaria (art. 1 comma 163, lettera a) legge di bilancio n. 234/2021....	8
1.2.1. I principali riferimenti normativi regionali:.....	8
1.2.2. Ambiti territoriali.....	11
1.2.3 Punti Unici di Accesso.....	13
1.2.4 Valutazione multidimensionale.....	13
1.2.5 Progetto di assistenza individuale integrata (PAI).....	15
1.2.6 Budget di salute e di comunità.....	16
2. Le modalità di individuazione dei beneficiari.....	16
2.1 Le categorie individuate.....	17
2.1 Le categorie individuate.....	17
3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati.....	21
3.1 Le aree di servizi previsti.....	22
3.2 Gli interventi per le persone anziane con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima.....	24
3.2.1 Assegno di cura per l'autonomia e i valori dei servizi erogabili.....	25
3.2.2 Altri interventi di assistenza indiretta mediante l'assegnazione di trasferimenti monetari e voucher per acquisto di servizi.....	29
3.2.3 Gli altri interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima:.....	29
4. La programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei LEPS di erogazione di cui al comma 162 e al comma 164 (Legge 234).....	30
4.1 Equilibrio tra trasferimenti monetari e erogazione di servizi diretti o indiretti.....	31
4.2 L'accordo di programma.....	32
5. Il monitoraggio e rendicontazione degli interventi.....	33
5.1 Periodo transitorio.....	33
5.2 Applicazione delle nuove disposizioni.....	34

## Premessa

Con il D.P.C.M. 3 ottobre 2022 è stato adottato il Piano Nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 corredato delle risorse stanziare per la sua realizzazione.

Questa seconda edizione del piano triennale introduce significative innovazioni rispetto alla precedente edizione; il Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021 aveva come obiettivo principale l'esigenza di rafforzare un sistema di presa in carico che favorisse la permanenza della persona non autosufficiente o con disabilità assistita al proprio domicilio, considerando l'inserimento in struttura residenziale solo come ultima alternativa; nella nuova edizione il Piano per la Non Autosufficienza ha ora il compito di dare attuazione alle importanti novità in materia introdotte dalla Legge 234 del 30 dicembre 2021, "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*", anche sotto la spinta degli effetti della pandemia di coronavirus che ha messo in evidenza la necessità di potenziare la risposta dei servizi territoriali, in particolare rispetto ad una popolazione fragile come quella degli anziani non autosufficienti o persone con disabilità.

Il percorso di innovazione normativa è ampiamente illustrato nelle premesse del Piano per la Non Autosufficienza nazionale 2022-2024 (d'ora in poi Piano Nazionale) ed evidenzia come si stia assistendo ad una profonda riforma delle politiche in favore delle persone fragili, in particolare anziane, attraverso la definizione dei **Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)** riguardanti l'offerta dei servizi a loro dedicati.

I **LEPS** "*sono costituiti dagli interventi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della Legge 8 novembre 2000, n. 328, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità*"<sup>1</sup>.

Nello schema 1 si fornisce una mappa della composita struttura del Piano Nazionale per la non autosufficienza disegnata dalla Legge 234/2021.

---

<sup>1</sup> *Comma 162, art. 1, Legge 234/2021*



La nuova impostazione pone al centro la promozione della continuità e della qualità della vita al domicilio della persona anziana non autosufficiente o disabile<sup>2</sup>, trasformando in residuale, qualora non fosse effettivamente possibile il mantenimento della persona nel proprio contesto familiare e sociale, la tradizionale risposta residenziale.

La Legge 234/2021 ribadisce la necessità che i servizi siano realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS), di cui all'articolo 8 comma 3 lettera della lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 238, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo n.147 del 15 settembre 2017.

Riassumendo il nuovo panorama normativo alla luce delle innovazioni introdotte dalla Legge 234/2021, si devono quindi considerare LEPS (di erogazione)<sup>3</sup>:

- a) servizi di assistenza domiciliare sociale e assistenza integrata con i servizi sanitari, quali:**
- a.1 l'assistenza domiciliare sociale** quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo.

<sup>2</sup> Cfr. comma 162, art. 1, Legge 234/2021

<sup>3</sup> Cfr. PNNA pag 16



**a.2 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;

**a.3 soluzioni abitative**, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni;

**a.4 adattamenti dell’abitazione** alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità' delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

**b) servizi sociali di sollievo**, quali:

**b.1 il pronto intervento per le emergenze temporanee**, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; 17

**b.2 un servizio di sostituzione temporanea** degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;

**b.3 l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto** alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore nonché' sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;

**c) servizi sociali di supporto**, quali:

**c.1 la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l’incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari**, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio.

**c.2 l’assistenza gestionale**, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

L’analisi del nuovo quadro normativo, di molto ampliato rispetto al precedente Piano Nazionale, evidenzia la necessità di reale integrazione tra comparto sociale e comparto sanitario, *«comparando le diverse fonti normative è, quindi, possibile identificare sia gli aspetti comuni organizzativi e operativi già previsti da entrambi i sistemi, sia la necessità di meglio definire, in primis, a livello istituzionale tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali, i processi che consentano una reale garanzia di percorsi di presa in carico integrata per le persone non autosufficienti»*<sup>4</sup>.

Proprio in quest’ottica, con il comma 163 della Legge 234/2021 sono stati affiancati ai Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEPS) i Livelli essenziali di processo (definiti **LEPS di processo**), *«tesi a garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e per sviluppare e consolidare il necessario Percorso assistenziale integrato»*<sup>5</sup>.

Il LEPS di processo qualificanti il Piano Nazionale e, a cascata, i piani regionali, sono due il **Punto Unico di Accesso (PUA)** e il **Progetto di assistenza individuale integrato (PAI)**. Attraverso i PUA il Servizio Sanitario Nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) garantiscano alle persone in condizione di non autosufficienza l'accesso alle prestazioni socio sanitarie; la loro sede operativa deve essere situata presso le articolazioni del servizio sanitario denominate **“Case della comunità”**, in raccordo con il Piano Nazionale di Ricostruzione e Resilienza (PNRR), riservando inoltre apposite risorse del FNA per l’assunzione di personale da assegnare a questi uffici.

---

4 PNNA, pag. 17

5 PNNA pag. 4

Molto più articolato la definizione normativa del PAI: «Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, **l'équipe integrata** procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

*Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione»<sup>6</sup>.*

Infine è da sottolineare come il Piano Nazionale è considerato un «**Piano dinamico e di transizione**»<sup>7</sup> che necessita dell'adozione di adeguati strumenti di accompagnamento e monitoraggio che non potrà non avere riflessi anche sulle singole attuazioni regionali.

La Regione, al fine di ampliare la platea di beneficiari, ha inoltre affiancato al percorso del Programma per la non autosufficienza un'iniziativa che prevede l'erogazione di «buoni domiciliarietà» in favore delle famiglie che acquisiscono servizi di assistenza domiciliare tramite la contrattualizzazione di assistenti familiari (D.G.R. n. 27-6320 del 22.12.2022) descritta al successivo punto 3.2.2.

## **1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria**

### **1.1. Il quadro di contesto**

#### **1.1.1 Definizioni**

Ai soli fini del presente provvedimento di applicano le seguenti definizioni:

**“Assistenza diretta”**: servizi di cura domiciliare erogati direttamente dall'ATS tramite proprio personale o società qualificate nell'assistenza sociale sulla base dei progetti individualizzati.

**“Assistenza indiretta”**: supporto di carattere finanziario erogato alla persona non autosufficiente o ai familiari che partecipano all'assistenza al fine della copertura della remunerazione del lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro o per l'acquisto di servizi forniti da società qualificate nell'assistenza sociale non residenziale sulla base dei progetti individualizzati.

**“Budget di salute e di comunità”**: per budget di salute e di comunità 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

---

6 Legge 234/2021, art. Comma 163

7 PNNA pag. 4

di salute e di comunità 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”:** *“Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18”<sup>8</sup>;*

*Laddove sia presente un caregiver familiare ma non sia idoneo per distanza, impegno professionale o limitazioni all'esercizio dell'attività assistenziale, può delegare, con il consenso dell'assistito, tali attività ad un «Caregiver operativo», che viene addestrato nell'esecuzione delle stesse da personale sanitario. Il caregiver operativo può non essere legato all'assistito da vincoli di parentela.*

*Con il presente atto la Regione avvia un percorso di formazione dei caregiver familiare e/o operativo al fine di fornire una formazione di base per l'assistenza del 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;

**“Integrazione socio-sanitaria”:** l'integrazione socio-sanitaria è attuata a tre livelli:

- istituzionale: collaborazione fra Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e Aziende Sanitarie Locali tramite Accordi interistituzionali, al fine di conseguire comuni obiettivi di salute. Il distretto sanitario è individuato quale struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni;
- gestionale: si colloca a livello di struttura operativa tramite le équipe integrate multiprofessionali e paritetiche, composte da figure professionali del SSR (ASL) e dei Servizi sociali (EE.GG.SSA), che operano sulla base delle rispettive competenze e

---

8 *Comma 255 dell'art. 1 della Legge 255/2017*

tenendo conto della ripartizione delle risorse a carico rispettivamente del bilancio sanitario e sociale;

- professionale: attività interprofessionale nella produzione dei servizi socio-sanitari, domiciliari, semiresidenziali e residenziali, tramite le unità valutative integrate, la gestione unitaria della relativa documentazione, la valutazione dell'impatto economico degli interventi e delle azioni, la definizione delle rispettive responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutico-assistenziale tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

**“Non autosufficienza grave”:** *“Persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e/o persone con disabilità grave, ai fini esclusivamente del presente Programma, si intendono le persone beneficiarie dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell’allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, in ogni caso coerentemente ai requisiti definiti dalle Regioni con riferimento ai criteri di valutazione delle Commissioni UVM e ai modelli di erogazione delle prestazioni regionali”*<sup>9</sup>;

**“Non autosufficienza gravissima”:** *“Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima, così come previsto dall’art. 1 comma 168 della legge n. 234/2021 (cd. legge di bilancio 2022) e dalla normativa vigente e dettagliati dal Piano per la Non Autosufficienza di cui all’articolo 21, comma 6, lettera c), dal decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 nonché dall’art. 3 del DM del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016”*<sup>10</sup>;

#### **“PAI - Progetto di Assistenza Individuale integrata”**

*“Sulla base della valutazione dell’UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell’amministratore di sostegno, l’équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l’indicazione degli interventi modulati secondo l’intensità del bisogno”*<sup>11</sup> ;

**“P.U.A. Punto Unico di Accesso”:** modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi, sanitari, sociali e sociosanitari, introdotto in Piemonte con la D.G.R. n. 55- 9323 del 28.7.2008 e precedentemente denominato “Sportello Unico Sociosanitario”. Il comma 163 dell’art. 1 della Legge 234/2021 stabilisce che i PUA *“hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate “Case della comunità”. Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS”*.

---

9 (PNA 2022-2024, cap. 4.1)

10 (PNA 2022-2024, cap. 4.1)

11 (art. 1, comma 163, legge 234/2021)

**“Tavolo di co-programmazione e co-progettazione”:** si fa riferimento a quanto previsto dai commi 2 e 3 dell’art. 55 del Decreto Legislativo n. 117 del 2017;

**“Equipe integrate”**

*“assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell’individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie”<sup>12</sup>;*

in Piemonte tali équipe, svolgono la funzione di:

- **“Unità di Valutazione Geriatrica” (U.V.G.):** è l’équipe multidisciplinare con sede nel Distretto Socio-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 25 giugno 2013 e s.m.i.;
- **“Unità Multidisciplinare di Valutazione delle Disabilità (U.M.V.D.)”:** è l’équipe multidisciplinare con sede nel Distretto Socio-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.

Il nuovo Piano Nazionale prevede la loro collocazione all’interno delle costituite “Case di Comunità”.

**“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.

---

<sup>12</sup> Comma 163, art. Legge 234/2021

## 1.2 L'integrazione socio-sanitaria (art. 1 comma 163, lettera a) legge di bilancio n. 234/2021

### 1.2.1. I principali riferimenti normativi regionali:

- 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";
- L. R. 10 del 18 febbraio 2010, "*Servizi domiciliari per persone non autosufficienti*";
- 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*";
- D.G.R. n. 3-2257 del 13 novembre 2020, "*Programmazione regionale degli interventi ed i 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"*";
- D.G.R. n. 3-3084 del 19 aprile 2021, "*Criteri e modalità di erogazione delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare, di cui al D.M. del 27 ottobre 2020 (euro 5.465.172,96), e del Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2020, di cui al D.P.C.M. del 21 dicembre 2020 (euro 5.600.000,00). Riparto a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali*";
- Deliberazione del Consiglio Regionale del Piemonte 22 febbraio 2022, n. 199 – 3824, "*Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle aziende sanitarie locali: localizzazione dei siti delle Case di Comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali*";
- D.G.R. n. 23 - 6137 del 2 dicembre 2022, "*D.G.R. n. 3-2878 del 19/2/2021. Individuazione nuovi Ambiti Territoriali e aggiornamento a far data dal 1 gennaio 2023*".

In Piemonte attualmente, vista la realtà che comprende ben 1181 Comuni (alcuni molto piccoli e in condizione di grave dispersione territoriale), l'integrazione socio-sanitaria è gestita in sede locale tra singolo Ente Gestore delle funzioni socioassistenziali e ASL/Distretto Sanitario.

Proprio questa condizione ha indotto le tante Amministrazioni Comunali - titolari della funzione sociale – a dialogare fra di loro e ad unire le loro forze sia attraverso la forma Consortile, sia mediante la delega alle Unioni di Comuni e/o con specifiche convenzioni. Ciò ha permesso al territorio piemontese la gestione associata dei servizi sociali, producendo importanti raccordi e cooperazioni.

A livello locale tutti i 47 Enti Gestori hanno instaurato collaborazioni con le Aziende Sanitarie anche attraverso i Distretti Sanitari (comprendenti in alcuni casi più Enti Gestori) di riferimento. Tali collaborazioni sono definite, per lo più, attraverso convenzioni e/o accordi che richiedono un

lavoro integrato su specifici ambiti e un'ulteriore azione combinata fra i fondi sociali e quelli sanitari utili e necessari per affrontare e gestire i bisogni dei cittadini.

I 47 Enti Gestori sono poi raccolti in 40 ATS come stabilito con D.G.R. n. 23 - 6137 del 2 dicembre 2022, "D.G.R. n. 3-2878 del 19/2/2021. Individuazione nuovi Ambiti Territoriali e aggiornamento a far data dal 1 gennaio 2023".

In merito, si rilevano modalità non sempre omogenee determinate da differenti fattori che sono in parte da ricondursi alle reali e concrete differenze di contesto e/o socio-economiche e organizzative che, con la sottoscrizione dell'accordo di programma allegato al presente Programma, si avvierà a un graduale superamento .

In applicazione del Piano Nazionale, la Regione e i Comuni singoli e associati, ai fini della definizione del modello di intervento e delle progettualità socio-sanitarie, garantiscono la piena partecipazione della persona e/o della sua rete familiare alla costruzione delle risposte personalizzate, perseguendo il principio dell'integrazione socio-sanitaria con il coinvolgimento delle istituzioni e degli Enti del terzo settore presenti nel territorio nel rispetto dei principi dell'art 55 del Decreto Legislativo n. 117 del 2017.

Il Piano Nazionale per Non Autosufficienza fornisce anche un'importante comparazione dei "processi che consentano una reale garanzia di percorsi di presa in carico integrata per le persone non autosufficienti" :

<b>Modalità gestionali e operative</b>	<b>L. 234/21</b>	<b>DPCM 12/01/2017</b>
Pua – Punti Unici di Accesso	L'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari avviene attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità »	Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.
Valutazione Multidimensionale	Viene garantita la valutazione multidimensionale della capacità bipsico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non	Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale»

	strettamente necessari	
Equipe multiprofessionale	Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.	I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali.
PAI Progetti di Assistenza Individuale Integrata	L'equipe integrata procede alla definizione del PAI, contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.	Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico - riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

### 1.2.2. Ambiti territoriali

Con la L.R. n.1/2004, la Regione ha individuato nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni, prevedendo incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali.

La Giunta regionale con deliberazione del 2 dicembre 2022, n. 23-6137, «D.G.R. n. 3-2878 del 19/2/2021. Individuazione nuovi Ambiti Territoriali e aggiornamento a far data dal 1 gennaio 2023» ha aggiornato la definizione territoriale degli Ambiti Territoriali Sociali che quindi dal 2023 sono 40, come indicato nell'allegato 1 alla predetta D.G.R..

In tale ambito il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza



territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati nel Decreto 77/2022.

Con la Deliberazione 20 dicembre 2022, n. 257 – 25346, “Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione « Assistenza territoriale nella Regione Piemonte » ”, è stato recepito il predetto Decreto 23 maggio 2022, n. 77, con il contributo del Gruppo di lavoro a supporto degli Assessorati alla Sanità e al Welfare costituito con D.G.R. n. 6-5398 del 19.7.2022.

Come riportato nel DM 77/2022 “Il Distretto è un’articolazione organizzativo-funzionale dell’Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio”. Come previsto dalla normativa vigente, l’articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell’integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l’uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell’offerta.

L’integrazione con i servizi sociali così come definita, da ultimo, dall’articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle Case di Comunità, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie.

In tali termini, ai fini della relativa operatività, si richiamano l’intesa da sottoscrivere ai sensi dell’articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e l’accordo previsto all’articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall’altro anche con riferimento agli ATS, mediante l’impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.

Secondo il D.M. 77/2022 “la Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento”<sup>13</sup>.

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell’articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell’accordo previsto all’articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall’altro, mediante l’impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.

L’obiettivo dello sviluppo delle Case della comunità è quello di garantire in modo coordinato:

---

13 Cap. 5 D.Lgs maggio 2022, n. 76

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver.

### 1.2.3 Punti Unici di Accesso

La Legge 234/2021 fornisce per la prima volta la definizione giuridica dei Punti Unici di Accesso: *"Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità" <sup>14</sup>*

I Punti Unici di Accesso sono la porta di entrata per la richiesta di prestazioni socio-sanitarie residenziali, semi-residenziali e domiciliari per le persone anziane non autosufficienti e disabili.

Attualmente l'articolazione ed il funzionamento dello Sportello Unico Socio-Sanitario sul territorio piemontese si basa sull'attuazione della D.G.R. n. 55-9323 del 28.7.2008 che ha permesso con appositi finanziamenti la realizzazione di tali sportelli in parte presso articolazioni delle ASL e in parte presso le sedi degli Enti Gestori.

Parallelamente alla realizzazione del presente Programma per la Non Autosufficienza, la Regione procede all'attuazione delle disposizioni del PNRR in materia di **Case di Comunità**; con Deliberazione del Consiglio Regionale del Piemonte 22 febbraio 2022, n. 199 – 3824, *"Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle*

<sup>14</sup> art. 1, comma 163, Legge 234/2021.

*aziende sanitarie locali: localizzazione dei siti delle case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali”* sono state individuate le località dove le stesse verranno realizzate.

Nelle more dell'attivazione delle Case di Comunità possono essere mantenuti, se concordato tra sociale e sanità, le sedi dei Punti Unici di accesso nelle attuali ubicazioni territoriali.

#### **1.2.4 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:

- 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 / 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 / individuato

- il grado di priorità
- stato di gravità:
  - a) Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale;
  - b) Persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale;
  - c) Persone con disabilità gravissima;
  - d) Persone con disabilità grave.

Nei casi a) e c) dovrà essere riportata l'indicazione di almeno una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) dell'allegato 3 del D.M. 26 settembre 2016.

L'indicazione dello stato di gravità è elemento necessario per la validità della valutazione e, di conseguenza, per la possibilità di fornire prestazioni con costo a carico del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) o Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA).

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 multidimensionale, l'individuazione dei bisogni sanitari e assistenziali delle persone disabili e la conseguente predisposizione del progetto individuale contenente gli interventi socio-sanitari da attivare.

La predetta DGR prevede che l'UMVD è presieduta congiuntamente dal Direttore di Distretto Sanitario e dal Direttore dell'Ente Gestore della f.s.a. competente. La composizione dell'UMVD deve garantire la presenza delle figure afferenti all'ambito sanitario e socio-assistenziale competenti in relazione ai casi trattati con le specifiche che nel caso di valutazioni riguardanti soggetti in età evolutiva, deve essere garantita la presenza, quale medico specializzato nella patologia, del Responsabile della S.C. Neuropsichiatria infantile o suo delegato; nel caso di valutazioni riguardanti disabili adulti, deve essere garantita la presenza del medico specialista secondo il criterio della prevalenza clinica/funzionale nella condizione di malattia/menomazione che determina la disabilità (R.R.F., D.S.M., altre strutture specialistiche).

Con la D.G.R. n. 39-1523 del 12.6.2020 sono state approvate le nuove Cartelle Disabilità minori e Disabilità adulti, contenenti le valutazioni degli aspetti sociali e sanitari secondo la logica della multidimensionalità, elemento cardine della Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF).

Infine con D.G.R. n. 18 - 6575 del 6 marzo 2023 si provveduto all'aggiornamento delle cartelle disabilità' minori e disabilità' adulti, contenenti le valutazioni degli aspetti sociali e sanitari di cui alla D.G.R. n. 39-1523 del 12 giugno 2020.

## 1.2.5 Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)

Con la nuova definizione di PAI introdotta dal disposto legislativo l'equipe integrata deve redigere il progetto di assistenza individuale integrata individuando *«altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS»<sup>15</sup>. ()*

Il PAI domiciliare può quindi contenere un mix di prestazioni sociali e sanitarie, con una chiara individuazione anche delle competenze sanitarie dal punto di vista del budget di salute e di comunità. Si ricorda che il servizio può essere integrato con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo.

In sede di definizione del PAI la competente Commissione di valutazione dovrà valutare la capacità e le prevedibili difficoltà del caregiver nell'assolvere al suo compito di assistenza, tenuto conto che le condizioni della persona da assistere nel tempo non potranno migliorare. Indispensabile pertanto anche la valutazione in termini di prevenzione e tutela del benessere psico-fisico del caregiver.

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 dal D.P.C.M. 159 del 2013, 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".

## 1.2.6 Budget di salute e di comunità

In sede di predisposizione del PAI, le diverse figure professionali procedono alla definizione di un budget di salute e di comunità, 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 PAI, 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 salute e di comunità,.

---

<sup>15</sup> art. 1, comma 163, legge 234/2021

## **2. Le modalità di individuazione dei beneficiari**

Destinatari degli interventi di domiciliarità in lungoassistenza sono le persone anziane ultrasessantacinquenni e le persone disabili valutate «non autosufficienti» dalle competenti Unità di Valutazione (U.V.G., U.M.V.D.) che soddisfano i requisiti previsti dal capitolo 4.1 del nuovo Piano Nazionale per la Non Autosufficienza.

Sono beneficiari degli interventi anche persone in lista di attesa per un progetto residenziale fino al loro ingresso in struttura. La fruizione di interventi di cui al presente Programma, non comporta la cancellazione dalla lista di attesa residenziale nè la modifica della posizione acquisita; il beneficiario, quindi, potrà accedere alla prestazione residenziale in regime convenzionato con il SSR al regolare scorrimento della lista di attesa fino alla sua posizione. Le prestazioni di cui al presente Programma vengono interrotte in caso di inserimento in RSA o altra struttura residenziale, in regime privato o in regime di convenzione con l'ASL.

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.).

La valutazione avviene in base alle scale di valutazione sanitarie e sociali per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale. La scala di valutazione applicata, che non rientra tra quelle indicate a titolo di esame nel Piano Nazionale (SVAMA/SVAMDI, S.I.D.I., AGED, VALGRAF, ecc.) è stata oggetto di trans-codifica negli strumenti previsti dal livello nazionale concordata con il Ministero della Salute.

Si sottolinea, per le persone con alto bisogno assistenziale o disabilità gravissima, l'utilizzo dei 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/ATS di competenza nel rispetto delle convenzioni stipulate tra le parti.

Le Commissioni provvedono, inoltre, alla trasmissione all'interessato dell'esito della valutazione (anche in caso di respingimento dell'istanza) con le modalità indicate al precedente punto 1.2.4.

Il nuovo Piano Nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 contiene sostanziali modifiche nella definizione delle categorie di beneficiari che necessitano di un'attenzione da parte di tutti i soggetti chiamati alla realizzazione delle disposizioni in esso contenute.

## 2.1 Le categorie individuate

Nel precedente Programma la suddivisione era definita dalla non autosufficienza e dalla condizione di gravità: gravi e gravissimi. I Gravissimi venivano individuati appellandosi al DM del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016; per i gravi non era indicato un chiaro riferimento normativo.

Il nuovo Programma definisce la «platea dei beneficiari» come:

- ◆ *Persone anziane non autosufficienti con **alto bisogno assistenziale** e/o persone con **disabilità gravissima**, così come previsto dall'art. 1 comma 168 della legge n. 234/2021 (cd. legge di bilancio 2022) e dalla normativa vigente e dettagliati dal Piano per la Non Autosufficienza di cui all'articolo 21, comma 6, lettera c), dal decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 nonché dall'art. 3 del DM del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016.*
- ◆ *Persone anziane non autosufficienti con **basso bisogno assistenziale** e/o persone con **disabilità grave**, ai fini esclusivamente del presente Programma, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, in ogni caso coerentemente ai requisiti definiti dalle Regioni con riferimento ai criteri di valutazione delle Commissioni UVM e ai modelli di erogazione delle prestazioni regionali<sup>16</sup>.*

Nella Nota Ministeriale del 16 febbraio 2023 i destinatari vengono ridefiniti in maniera diversa :

- a) Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione e quindi con basso bisogno assistenziale, persone con disabilità gravissima e grave per gli interventi di Assistenza domiciliare sociale e Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari;
- b) Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie, persone con disabilità e loro famiglie per i Servizi sociali di sollievo;
- c) Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie, persone con disabilità e loro famiglie per i servizi sociali di supporto.

Dalla prima definizione adottata dal Programma è stata «estratta» la semplificazione in quattro categorie:

- Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale;

---

16 PNNA: Capitolo 4, «Platea dei destinatari», 4.1 «Persone con non autosufficienze»

- Persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale;
- Persone con disabilità gravissima;
- Persone con disabilità grave.

Tale definizione è contenuta nella «matrice di programmazione» presente nell'allegato B al Piano nazionale e già importata nella piattaforma SIOSS, dedicata alla rendicontazione delle risorse assegnate alle regioni e ai singoli ATS.

E' da sottolineare come quest'ultima «classificazione» sia estremamente importante dal punto di vista amministrativo-contabile al fine di una corretta rendicontazione e del conseguente flusso delle risorse collegate e la corretta rendicontazione sulla piattaforma SIOSS, organizzata secondo questa suddivisione dei beneficiari.

E' pertanto obbligatorio rilasciare da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale una certificazione che permetta il corretto inquadramento giuridico del beneficiario sulla base delle disposizioni del D.P.C.M. 3 ottobre 2022.

Il Programma, inoltre, segnala come siano in via di definizione due iter normativi specifici sulla disabilità e sulle persone anziane, che in qualche forma andranno a separare la disabilità dalla non autosufficienza, non solo a livello declaratorio. Inoltre, nella circolare esplicativa, il Ministero sottolinea come *“E' doveroso chiarire la tipologia di beneficiari ai quali è rivolto il PNNA, in considerazione del fatto che le persone con disabilità grave e gravissima, a legislazione vigente debbono essere garantiti obiettivi di servizio, mentre per gli anziani non autosufficienti a diverso livello di bisogno assistenziale, deve essere garantito il progressivo raggiungimento dei LEPS”*, differenziazione che merita anch'essa una riflessione.

## **2.2 Riferimenti normativi nazionali.**

Il Programma, per definire le categorie di beneficiari, richiama 5 testi normativi:

- la Legge 18/1980;
- l'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013 (Allegato);
- l'art. 3 del DM del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 26 settembre 2016 (DM2016);
- l'art. 1 comma 168 della Legge 234/2021 (L234);
- il Programma per non autosufficienza medesimo (Programma).



La L.18/1980 introduce nel nostro ordinamento l'assegno di accompagnamento a favore *“dei mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche...”*

L'Allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013 definisce tre categorie di condizione ai fini ISEE:

- Disabilità Media,
- Disabilità Grave,
- Non autosufficienza,

che si differenziano per l'accrescersi delle condizioni “invalidanti”. La Non Autosufficienza si caratterizza, inoltre, per comprendere essenzialmente chi percepisce l'indennità di accompagnamento o assegno simile.

Le tre categorie sono alternative, non possono cioè aversi casi di sovrapposizione; il comma 1, lettera l) dell'art. 1, infatti, definisce le categorie “Persone con disabilità media, grave o non autosufficiente”; l'uso della congiunzione “o” esclude letteralmente la sovrapposizione.

L'ISEE, è importante ricordarlo anche ai fini del nostro Programma, è *“l'indicatore ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate... [e] costituisce livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m)”*<sup>17</sup>

Il DM del 26 settembre 2016 definisce i requisiti per definire *“le disabilità gravissime”*, tra questi definisce le *“persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18”*, requisito collegato alla presenza di specifiche patologie.

La L. 234/2021, per la disabilità gravissima richiama la “normativa vigente” e il Piano: *“dettagliati dal Piano per la non autosufficienza”*<sup>18</sup>.

Il Piano per la non autosufficienza, infine, come detto, introduce una nuova suddivisione di categorie:

- a) Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale;
- b) Persone anziane non autosufficienti con basso bisogno assistenziale;
- c) Persone con disabilità gravissima;
- d) Persone con disabilità grave.

Come coniugare queste quattro categorie con le precedenti definizioni?

---

<sup>17</sup> art. 2, DPCM n. 159 del 2013.

<sup>18</sup> Comma 168, art. 1, Legge 234/2021.

Per i punti a) e c) il Piano fa esplicito riferimento all'art 3 del DM2016, per cui non ci sono particolari dubbi che queste due categorie sono “gravissimi” che devono possedere i requisiti del citato articolo.

Per i punti b) e d) il Piano richiede il possesso dell'indennità di accompagnamento “*o comunque definite non autosufficienti o disabili ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, in ogni caso coerentemente ai requisiti definiti dalle Regioni con riferimento ai criteri di valutazione delle Commissioni UVM e ai modelli di erogazione delle prestazioni regionali*”.

Da quanto sopra si può evincere che:

- le categorie “Disabilità Media” e “Disabilità Grave” dell'Allegato, rientrano nella disabilità grave (per cui in base all'età sono ascrivibili alle categorie b) o d)), anche in assenza dell'indennità di accompagnamento;

- i casi in cui, all'indennità di accompagnamento non viene affiancata una delle patologie previste dal DM o non siano presenti i requisiti del punto i) “*ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche*”, la persona è considerata “Grave”.

Quanto sopra definito sarà importante venga rapidamente recepito nella pratica ordinaria dalle Unità di Valutazione, anche con il determinante aiuto della Direzione Regionale alla Sanità, perché sono gli organismi preposti all'individuazione delle categoria di appartenenza della persona e, l'assegnazione ad una delle categorie previste, deve essere esplicitamente riportata nell'esito della valutazione a fianco al tradizionale punteggio, grado di priorità (purtroppo spesso mancante) e alla tipologia di progetto individuale.

La corretta classificazione evita inoltre il rischio di richiami in sede di controllo di rendicontazione delle ATS per carenza di indicazione di questo elemento, che sicuramente verrà sempre maggiormente scandagliato nei prossimi anni.

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

### 3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

Il nuovo Piano Nazionale riorganizza l'offerta dei servizi sulla base del nuovo dettato normativo introdotto dalla Legge 234/2021:

*«Fermo restando quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, sono erogati dagli ATS, nelle seguenti aree:*

**a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari**, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

**b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie**, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;

**c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie**, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti».

A livello regionale l'obiettivo prioritario degli interventi domiciliari in lungoassistenza rimane quanto indicato nel precedente Programma Regionale: il raggiungimento di quell'area di non autosufficienza con alto bisogno assistenziale, 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.

La Regione intende rafforzare un modello di servizi alla persona incentrati su due elementi essenziali: il PAI e il Budget di salute e di comunità.

### 3.1 Le aree di servizi previsti

Gli interventi previsti nel PAI si declinano quindi in base al budget di salute e di comunità nelle seguenti aree di servizi:

**a) Interventi di assistenza domiciliare sociale e assistenza integrata con i servizi sanitari (art. 1, comma 162, punto a), Legge 234/2021)**

a.1) 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;
- servizio di teleassistenza;
- servizio di telesoccorso;
- 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;
- monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti dal piano di cura;
- animazione, socializzazione;
- formazione e sostegno al caregiver del beneficiario dell'intervento;
- Servizio "Vengo a domicilio" di cui all'Allegato 3<sup>19</sup>;
- Servizio «Agricoltura sociale» di cui Allegato 4<sup>20</sup>;
- adattamenti dell'abitazione per soluzioni domotiche e anche per la realizzazione di servizi di telesoccorso e tele assistenza;
- coabitazione solidale.

---

19 Prestazione erogabile esclusivamente in forma di prestazione « diretta »

20 Prestazione erogabile esclusivamente in forma di prestazione« diretta »

a.2) interventi con trasferimenti monetari o voucher per acquisto di servizi

Gli interventi sono erogati in **forma indiretta** da parte dell'ATS e si riferiscono al trasferimento di contributi economici al beneficiario per sostenere gli oneri di assistenza.

Tali interventi possono declinarsi in:

1. assegno di cura per l'assunzione di un assistente familiare;
2. assegno di cura per l'acquisto di prestazioni fornite da OSS;
4. voucher socio-sanitari, cioè titoli economici non in denaro, utilizzabili per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare da enti erogatori accreditati e secondo quanto definito nel PAI, così come indicato dall'art. 17 della Legge 328/2000.

L'intervento può essere modulato sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato

(ad esempio, la frequenza di centri diurni);

- essere ancorato ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;
- in assenza di altri servizi, prevedere un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità;
- nel corso del triennio, le erogazioni debbono essere progressivamente, sottoposte a rendicontazione.

**b) Servizi sociali di sollievo per le persone anziane e le loro famiglie (art. 1, comma 162, punto b), Legge 234/2021)**

Gli interventi possono essere erogati in forma diretta e in forma indiretta da parte dell'EG/ATS, mirano ad integrare l'assistenza domiciliare in particolare momenti della vita del beneficiario e della sua famiglia. Sono stati sommariamente elencati dalla Legge 234/2021:

- pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;
- servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;
- attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;

- frequenza centri diurni e semiresidenziali;
- affidamento diurno, vigilanza notturna.

**c) Servizi sociali di supporto per le persone anziane e le loro famiglie (art. 1, comma 162, punto c), Legge 234/2021)**

Con la Legge 234/2021 sono stati introdotti tra i LEPS i «servizi sociali di supporto» per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie<sup>21</sup>, rappresentati da servizi quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti collegati; tipologie sostanzialmente non sono ancora attive nel nostro territorio e gli ATS dovranno gradualmente attivare nel periodo di vigenza del Programma Regionale.

**3.2 Gli interventi per le persone anziane con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima**

Il PNA 2022/2024 ha introdotto una nuova definizione delle persone precedentemente identificate unicamente con l'espressione «*persone con disabilità gravissima*»; al punto 4.1. «Platea dei destinatari» tale espressione è stata sostituita da «**Persone anziane con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima**», intendendo le prime come «*persone che hanno superato il 65° anno di età*»<sup>22</sup>.

In merito il comma 6 dell'art. 2 del D.P.C.M. 3 ottobre 2022 precisa: «*Le regioni utilizzano le risorse di cui al presente decreto, secondo quanto previsto dal citato art. 1, comma 168, della legge n. 234/2021, al fine di garantire anche gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima e comunque fino al soddisfacimento della platea individuata all'articolo 3, del D.M. 26 settembre 2016*<sup>23</sup>, ivi inclusi gli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale

21 E' da notare come l'articolo normativo specifici «anziani non autosufficienti» e non citi le persone con disabilità.

22 «*Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima, così come previsto dall'art. 1 comma 168 della legge n. 234/2021 (cd. legge di bilancio 2022) e dalla normativa vigente e dettagliati dal Piano per la Non Autosufficienza di cui all'articolo 21, comma 6, lettera c), dal decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 nonché dall'art. 3 del DM del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016.*» (PNA 2022/2024 pag. 39)

*E' da notare che l'allegato B al Piano al punto 3.2 viene mantenuta la vecchia definizione «Persone con disabilità gravissima», ma si ritiene in questa sede che sia un refuso terminologico e non cambi quanto introdotto dal testo del Piano vero e proprio.*

23 Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definiti non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

*amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione ».*

Concetto ribadito e enfatizzato con la Circolare del 16 febbraio 2023, n 2435, il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali ha specificato che *«al fine di garantire gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima e comunque fino al soddisfacimento della platea individuata all'art. 3, del D.M. 26 settembre 2016, si ricorda che la somma assegnata ad ogni Regione, al netto delle risorse dedicate alla implementazione delle assunzioni delle figure professionali e di quelle afferenti alla Vita indipendente, dovrà garantire quanto disposto dall'art. 1, comma 168 della legge di bilancio 234-/21», dove il concetto di «disabilità gravissima» non può non essere inteso quale carattere generale sia per persone disabili che anziane non autosufficienti.*

*Inoltre, per quanto attiene alle risorse da attribuire il Piano delimita alcune soglie di accesso: «gli interventi previsti per le persone con disabilità gravissima sono condizionati all'ISEE, le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50.000 euro, accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello delle prestazioni agevolate di natura sanitaria»<sup>24</sup>.*

Le successive tabelle regionali terranno conto dei limiti definiti a livello nazionale.

### **3.2.1 Assegno di cura per l'autonomia e i valori dei servizi erogabili**

L'intervento più diffuso nel territorio piemontese sia verso le persone con disabilità gravissima che grave è stato fino ad ora l'assegno di cura per l'autonomia. Questo strumento finanziario mira a fornire un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso un trasferimento monetario teso all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari sulla base del progetto individualizzato o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

Con la nuova Legge 234/2021 il legislatore intende spostare la prevalenza dell'intervento pubblico da erogazione finanziaria a fornitura diretta di servizi. Nonostante ciò bisogna tenere conto degli assegni già attivati e in corso di fruizione così come della reale fattibilità da parte degli ATS di ribaltare le modalità di erogazione dei servizi stante l'attuale congiuntura finanziaria e le limitazioni poste alle assunzioni di personale da parte degli enti locale.

---

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;

f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/ Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico fisiche.

24 PNA 2022-2024 – Allegato B – punto 3.2

L'assegno di cura rimane, al momento, quindi uno degli strumenti che più incidono nell'uso delle risorse FNA. L'assegno di cura per l'autonomia, *«si inserisce in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta;*

- *può essere modulato sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato (ad esempio, la frequenza di centri diurni);*
- *essere ancorato ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;*
- *in assenza di altri servizi, prevedere un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità;*
- *nel corso del triennio, le erogazioni debbono essere progressivamente, sottoposte a rendicontazione o possono essere previsti trasferimenti nella forma di voucher o buoni per l'acquisto di servizi»<sup>25</sup>;*
- *utilizzabile «esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'art. 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o per l'acquisto di servizi fornite da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale»<sup>26</sup>.*

---

25 PNNA, allegato B, paragrafo 3.2.1.

26 Legge 234/2021, art. 1, comma 164.



### **3.2.1.a L'Assegno di cura e per l'autonomia per non autosufficienti gravissimi - valori**

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

<b>Beneficiari maggiorenni</b>	
<b>ISEE (prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria)</b>	<b>Valore</b>
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

<b>Beneficiari minorenni</b>	
<b>ISEE (prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria)</b>	<b>Valore</b>
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

### **3.2.1.b L'Assegno di cura e per l'autonomia per non autosufficienti gravi - valori**

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

<b>Beneficiari maggiorenni</b>	
<b>ISEE (prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria)</b>	<b>Valore</b>
Fino a 10.000,00 euro	400,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 e 30.000,00	350,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 30.000,01 e 50.000,00	300,00 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 50.000,00	0,00 euro

<b>Beneficiari minorenni</b>	
<b>ISEE (prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria)</b>	<b>Valore</b>
Fino a 10.000,00 euro	400,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 10.000,01 e 30.000,00	350,00 euro mensili per 12 mensilità
Fra 30.000,01 e 65.000,00	300,00 euro mensili per 12 mensilità
Oltre 65.000,00	0,00 euro

### **3.2.1.c Valori delle prestazioni dirette**

Le tabelle dell'assegno di cura rappresentano anche i valori delle soglie ISEE e i valori indicativi delle prestazioni erogate in forma diretta, sulla base delle indicazioni contenute nel Programma individualizzate e sulle necessità organizzative dei servizi dell'ATS.

### **3.2.1.d Priorità di accesso**

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:

- suddivisione tra persone con **non autosufficienza grave** e persone con **non autosufficienza gravissima**;
- punteggio di valutazione socio-sanitaria risultante dalla valutazione della commissione competente, in ordine decrescente;
- 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.

La graduatoria deve essere aggiornata dal soggetto titolato con cadenza mensile.

La Regione monitora con cadenza almeno semestrale l'andamento delle graduatorie e pubblica sul proprio sito internet istituzionale i dati raccolti nel rispetto della normativa sulla privacy.

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 PAI.

### **3.2.2 Altri interventi di assistenza indiretta mediante l'assegnazione di trasferimenti monetari e voucher per acquisto di servizi**

Parallelamente al quadro sopra delineato circa l'utilizzo degli assegni di cura, la Regione Piemonte ha avviato un intervento inserito nel Programma Regionale FSE+ 21-27 che prevede l'erogazione di « buoni domiciliarità » in favore delle famiglie che acquisiscono servizi di assistenza domiciliare tramite la contrattualizzazione di assistenti familiari (D.G.R. n. 27-6320 del 22.12.2022). L'intervento prevede l'erogazione di un importo mensile di € 600,00 euro per 24 mensilità nel caso in cui vengano attivati, da parte delle famiglie, contratti di assistenza per almeno 16 ore settimanali in favore di persone non autosufficienti con livelli di bassa, media e grave intensità assistenziale. I requisiti di accesso prevedono, oltre al valore dell'I.S.E.E. non superiore a € 50.000,00 euro, il possesso di un punteggio sociale almeno pari a 7.

La misura è gestita su base regionale mediante l'acquisizione delle domande tramite una piattaforma telematica appositamente dedicata. Il coinvolgimento degli EG, al fine di garantire la

compatibilità dei « buoni » con altre misure già attivate, è garantito tramite l'accesso alla piattaforma con scambio di informazioni e dati.

### **3.2.3 Gli altri interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima: assistenza domiciliare e interventi complementari (ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali)**

Il PAI può prevedere anche forme di servizi di tregua quali l'inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale per un periodo complessivo di 60 giorni annuali.

Il ricovero deve avvenire presso strutture autorizzate e accreditate con il Servizio Sanitario Regionale con l'applicazione delle tariffe previste dal Piano Tariffario regionale in vigore.

L'assegno di cura e autonomia può coprire i costi alberghieri del ricovero fino al raggiungimento dell'importo mensile dell'assegno, la quota sanitaria è a carico dell'ASL di riferimento.

## 4. La programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei LEPS di erogazione di cui al comma 162 e al comma 164 (Legge 234)

Il D.P.C.M 3 ottobre 2022 definisce il Piano Nazionale come *«l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze e individua, nel limite di tali risorse, lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale, come stabilito all'articolo 1, commi da 159 a 171 della legge 30 dicembre 2021, n. 234»*.

Il capitolo 3 del Piano nazionale ribadisce inoltre che *«I LEPS di erogazione e di processo sono realizzati nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147»*.

Le risorse del FNA assegnate alla Regione sono le seguenti :

	2022	2023	2024
FNA	59.680.000	59.412.000	63.233.000
Vita indipendente	1.040.000	1.040.000	1.040.000
Implementazione personale	1.560.000	2.880.000	2.880.000
<b>Totale</b>	<b>62.280.000</b>	<b>63.332.000</b>	<b>67.153.000</b>

Si ricorda come il comma 6 dell'art. 2 del D.P.C.M. 3 ottobre 2022: *«Le regioni utilizzano le risorse di cui al presente decreto, secondo quanto previsto dal citato art. 1, comma 168, della legge n. 234/2021, al fine di garantire anche gli interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima e comunque fino al soddisfacimento della platea individuata all'articolo 3, del D.M. 26 settembre 2016<sup>27</sup>, ivi inclusi gli interventi a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale*

<sup>27</sup> Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$ ;
- persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;
- persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- persone con privazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di

*amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer in tale condizione ».*

Le risorse regionali, di cui alla successiva tabella 5, non sono soggette al vincolo di utilizzo tra gravi e gravissimi e non incide sulla quota di spesa diretta richiesta dal Piano Nazionale ma si invitano gli ATS a utilizzare prioritariamente tali risorse per esaurire le graduatorie inerenti le persone con stato di priorità «gravissima».

Per quanto attiene l'assegnazione delle risorse per gli "Interventi domiciliari a sostegno delle persone affette da Sclerosi Laterale amiotrofica (SLA)" le presenti disposizioni non intervengono sui criteri e sulle modalità di erogazione attualmente vigenti.

Il Piano Nazionale, infine, «*si sviluppa nel rapporto tra tre programmi operativi e due gruppi di beneficiari*» prevede la predisposizione di una «*matrice di programmazione*»<sup>28</sup> che illustri, già a livello di previsione, l'utilizzo delle risorse.

In considerazione della data di adozione del D.P.C.M. di approvazione del Piano Nazionale, 3 ottobre 2022, e conseguente registrazione in Corte dei Conti, 28 novembre 2022, per l'anno 2022 la Giunta Regionale con deliberazione D.G.R. n. 45-6391 del 28.12.2022, "Fondo per le non autosufficienze, annualità 2022. Conferma dei criteri di riparto approvati con D.G.R. n. 3-2257 del 13 novembre 2020" ha ritenuto di confermare i criteri di ripartizione delle risorse già adottati nel precedente triennio.

#### **4.1 Equilibrio tra trasferimenti monetari e erogazione di servizi diretti o indiretti**

La legge 234/2021 e il Piano nazionale si pongono come obiettivo anche «*il «passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti»*<sup>29</sup>, specificando che «*In sede di programmazione ogni regione dovrà, partendo dalla propria realtà territoriale individuare la quota percentuale di risorse da destinare alla realizzazione dei servizi, per l'anno 2022, tenendo presente che per gli anni successivi tale quota dovrà essere implementata del 10% per ogni servizio per il 2023 e del 20% per il 2024*»<sup>30</sup>.

---

media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/ Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico fisiche.

28 Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024, cap. 3

29 PNNA pag. 3

30 PNNA pag. 48

Tabella 1

LEPS di Erogazione		Livello di implementazione del LEPS di erogazione in termini di investimento percentuale base, per ogni servizio, del complessivo FNA riferito alla specifica annualità		
		2022	2023	2024
Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L 234/2021 Comma 162 Lettera a)	50%	55,00%	60,00%
Servizi sociali di sollievo	L 234/2021 Comma 162 Lettera b)	5%	5,50%	6,00%
Servizi sociali di supporto	L 234/2021 Comma 162 Lettera c)	0%	2,00%	3,00%
Contributi	L 234/2021 Comma 166	45%	37,50%	31,00%

La definizione della matrice di programmazione regionale dei LEPS di Erogazione, per il triennio 2022-2024, è riportata nella Tabella 1<sup>31</sup>.

## 4.2 L'accordo di programma

Il Piano Nazionale prevede tra le iniziative di supporto alla sua realizzazione l'adozione di un **accordo di programma** che *«riguarda la realizzazione nell'ambito territoriale del **LEPS di processo** 'Percorso assistenziale integrato', ed esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo insieme agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa che ne garantiscono la piena attuazione. In ciascun ambito territoriale, l'Accordo può dare luogo a successivi protocolli operativi che approfondiscono e specificano aspetti organizzativi, professionali, amministrativi, contabili. [...]*

*L'accordo è stipulato al livello dei singoli ambiti territoriali sociali dal Presidente del Comitato/Conferenza di ambito e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale »<sup>32</sup>.*

A tal fine è stato predisposto lo schema di accordo, di cui all'allegato 5, parte integrante e sostanziale del presente Programma regionale. Gli ATS e le ASL dovranno sottoscrivere tale accordo entro 90 giorni dall'emanazione del provvedimento di adozione del presente Programma regionale.

31 La tabella utilizzata è quella riportata nella circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 2435 del 16/02/2023.

32 PNNA pag. 37

In assenza della sottoscrizione di tale accordo non potranno essere trasferite le risorse afferenti al Programma regionale alle ATS e alle ASL, in quest'ultimo caso solo per gli interventi di Vita indipendente.

Il Settore regionale «Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari », in coordinamento con il Settore regionale «Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità» è delegato alla supervisione dell'adozione degli accordi di programma a livello territoriale.

Il testo dell'Accordo di Programma Locale sottoscritto deve essere trasmesso al Settore regionale «Programmazione socio-assistenziale e socio-sanitaria; standard di servizio e qualità» secondo le modalità che verranno comunicate dal Settore agli Ambiti territoriali.

## **5. Il monitoraggio e rendicontazione degli interventi**

Il monitoraggio e la rendicontazione degli interventi avverrà prioritariamente attraverso la piattaforma web SIOSS del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Le indicazioni tecniche per l'utilizzo della piattaforma verranno fornite dal Ministero.

*Il Piano Nazionale prevede che «l'erogazione di ciascuna annualità è condizionata alla rendicontazione da parte della regione sugli utilizzi delle risorse ripartite nel secondo anno precedente secondo le modalità di cui all'Allegato D (DPCM) «Rendicontazione sull'uso delle risorse». L'erogazione è condizionata alla rendicontazione dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse. Eventuali somme non rendicontate devono comunque essere esposte entro la successiva erogazione».*

Trattandosi di rendicontazione valutata complessivamente come «regionale» è importante l'assunzione di responsabilità da parte di ogni ATS al fine di garantire la corretta fruizione delle risorse da parte di tutti gli Ambiti.

La Regione potrà procedere alla richiesta di elementi integrativi o riguardanti le risorse regionali, necessari ai fini della programmazione regionale nell'ottica di garantire un livello uniforme di servizi su tutto il territorio piemontese.

Le unità di rilevazione sono gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) individuati dalla Giunta regionale con deliberazione n. 23-6137 del 2/12/2022.



## 5.1 Periodo transitorio

La Regione entro 180 giorni dall'approvazione del presente Programma regionale da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, come previsto dal comma 5 dell'art. 1 del D.P.C.M. 3 ottobre 2022, procede all'emanazione di ulteriori provvedimenti al fine di regolare:

- a) i criteri di riparto e il riparto delle risorse disponibili per i progetti di Vita indipendente e per l'assegnazione agli ATS delle risorse destinate al personale per i PUA;
- b) le modalità di monitoraggio della Regione dell'andamento delle prestazioni erogate e delle graduatorie di accesso;
- c) i criteri di omogeneità nella formazione delle graduatorie di accesso (c.d. liste di attesa);
- d) definizione del disposto del comma 5 dell'art. 21 del D.Lgs. 147/2021<sup>33</sup>;
- e) ulteriori interventi che si ritenessero necessari a seguito di indicazioni normative nazionali o dal monitoraggio dell'andamento del presente Programma regionale.

## 5.2 Applicazione delle nuove disposizioni

Le Disposizioni contenute nel presente atto saranno applicate a partire dai nuovi casi che inizieranno a usufruire delle prestazioni dalla data di approvazione da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali dall'approvazione del Programma Regionale.

I beneficiari che, sulla base della precedente normativa regionale usufruiscono di prestazioni più favorevoli, mantengono la prestazione con una riduzione del 25% della maggiore quota percepita.

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

---

<sup>33</sup> Comma 5 dell'art. 21 del D. Lgs. 147/2017 «*Nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, la Rete si articola in tavoli regionali e a livello di ambito territoriale. Ciascuna regione e provincia autonoma definisce le modalità di costituzione e funzionamento dei tavoli, nonché la partecipazione e consultazione dei soggetti di cui al comma 4, avendo cura di evitare conflitti di interesse e ispirandosi a principi di partecipazione e condivisione delle scelte programmatiche e di indirizzo, nonché del monitoraggio e della valutazione territoriale in materia di politiche sociali. Gli atti che disciplinano la costituzione e il funzionamento della Rete a livello territoriale sono comunicati al Ministero del lavoro e delle politiche sociali*».

## Allegato 2

### SERVIZI DI WELFARE DI PROSSIMITA'

La realtà piemontese, come altre in Italia, si caratterizza per ampie zone alpine e rurali nelle quali si assiste da più decenni ad un graduale ma costante diminuzione della popolazione e della contestuale riduzione dei servizi pubblici e privati.

L'impegno per contrastare questo fenomeno vede uno sforzo corale dal livello nazionale (per es. la Legge 158/2017 ; «Strategia nazionale per le aree interne ») ad interventi regionali (Legge regionale 14/2019) e degli enti locali (« Compra in Valle », «Luoghi della Comunità ») nonché singole sperimentazioni di fondazioni o associazioni.

Non è da sottovalutare l'impatto che queste mutazioni demografiche comportano anche per le famiglie che decidono di rimanere in questi territori. La popolazione montana non soffre solo di un processo di diminuzione numerica ma anche di un conseguente invecchiamento, condiviso con il resto del territorio regionale, ma che qui assume un'accentuazione dovuta alla ricerca di migliori opportunità lavorative da parte dei giovani.

Il numero dei soggetti anziani è in costante aumento e la condizione di non autosufficienza si manifesta con diversi gradi di intensità, diverse esigenze di assistenza e, in particolare, sono sempre in maggior numero le famiglie nel cui nucleo vi è la presenza di un anziano non autosufficiente bisognoso di assistenza continuativa.

Per fornire una descrizione del fenomeno, rapportando la situazione demografica del Piemonte nel 2010 e quella del 2021, in quest'arco di tempo si registra una diminuzione complessiva della popolazione del 4,60% (da 4.457.335 nel 2010 a 4.252.279 nel 2021), con un salto dell'incidenza della popolazione anziana dal 22,87% al 26,24% (e una crescita netta della popolazione anziana di 96.324 persone).

Contestualmente nella fascia di popolazione 25-49 anni, la più importante dal punto di vista della produttività e della creazione di reddito, si assiste a un tracollo dal 35,39% al 29,25% con una perdita assoluta di 333.502 persone.

Appare quindi più che significativo lo sforzo regionale di offrire una maggiore risposta "sociale" alla fascia di popolazione anziana in un contesto di crescita della domanda potenziale e, seppur in un limitato contesto di ripresa dopo la crisi del 2019/2020 causata dal Covid, in un panorama economico che assiste alla perdita di una parte consistente della popolazione produttiva.

Questa fascia di popolazione anziana soffre in maniera più accentuata della riduzione dei servizi, non ultimi quelli sanitari quali la riduzione dei centri ospedalieri, la carenza di medici di base, le difficoltà operative dei servizi sanitari territoriali, accentuati in maniera drammatica dalla pandemia di Covid-19.

Questo fenomeno è stato sottolineato anche dall'Unione Europea « ... *la diffusione delle disabilità aumenta con l'età, le persone anziane che vivono nelle zone rurali incontrano problematiche specifiche legate alla mancata disponibilità di un'assistenza sanitaria adeguata e alla persistente*

*carezza di personale. Le persone con disabilità invisibili (come dolori cronici o disabilità intellettuali), affette da malattie rare o tumori che spesso causano menomazioni, così come le donne o i rifugiati con disabilità non sempre ricevono il sostegno specifico di cui necessitano.»<sup>1</sup>*

Non bisogna quindi sottovalutare l'impatto di queste difficoltà sulle persone anziane non autosufficienti e sulle loro famiglie costrette, spesso loro malgrado, a ricercare quale unica soluzione praticabile, l'inserimento in struttura residenziale del congiunto che ha perduto la propria autonomia.

Appare quindi opportuno incrementare l'offerta dei servizi aprendo a nuove forme di welfare che abbiano maggiore flessibilità e capacità di risposta in situazioni oggettivamente più complesse.

Per fare questo attingendo alle esperienze sperimentali portate avanti non solo dalla Regione, nell'ambito del progetto interfrontaliero We-Pro (Programma Alcotra) ma anche mettendo a frutto esperienze portate avanti in sperimentazioni finanziate dalla Fondazione Compagnia di San Paolo, in collaborazione con l'Associazione «la Bottega del possibile», si ritiene opportuno ampliare le forme di presa in carico delle persone non autosufficienti attraverso forme di domiciliarità meno indirizzate alla sanitarizzazione del servizio e alla valorizzazione delle risorse del territorio.

Si guarda quindi ai presidi socio-sanitari, in particolare a quelli presenti in comunità più piccole, che possono legittimamente aspirare al ruolo di centro di aggregazione e servizio a favore della comunità e ai soggetti agricoli e alle cooperative sociali previste dalla legge 18 agosto 2015, n. 141, quali ulteriori punti della «rete territoriale» capaci non solo di offrire servizi ma di mantenere e ravvivare i legami di solidarietà della comunità locale.

In quest'ottica vengono proposti due nuove forme di erogazione di servizi domiciliari : «Vengo a domicilio» e «Agricoltura sociale» secondo le modalità di seguito illustrate.

### **a) Servizi di domiciliarità per persone non autosufficienti erogati in regime di «Vengo a domicilio»**

I servizi di domiciliarità, erogati in regime di « Vengo a domicilio », sono un insieme di prestazioni fornite in forma singola o raggruppate in un «pacchetto», esplicitato dal PAI del beneficiario, ed erogate dai presidi socio-sanitari accreditati con il SSR.

#### **a.1) Destinatari**

Persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti e le persone con disabilità con valutazione delle competenti Unità di valutazione multidisciplinari, in base alle scale di valutazione sanitarie e sociali per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale.

Le prestazioni di «Vengo a domicilio » potranno essere erogate alle persone con PAI domiciliare o persone con PAI « residenziale » inserite in lista di attesa e con grado di priorità « differibile »<sup>2</sup>.

---

1 « *Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni - Un'Unione dell'uguaglianza: strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030* », pag. 18.

2 Il grado di priorità « differibile » è una dei tre gradi di priorità individuati dalla D.G.R. 14-5999/2013.

La fruizione di interventi di Vengo a domicilio, per le persone in lista di attesa « residenziale », non comporta la cancellazione dalla medesima nè la modifica della posizione acquisita; il beneficiario, quindi, potrà quindi accedere alla prestazione residenziale in regime convenzionato con il SSR al regolare scorrimento della lista di attesa fino alla sua posizione. Le prestazioni domiciliari in regime di «Vengo a domicilio» vengono interrotte in caso di inserimento in RSA o altra struttura residenziale, in regime privato o in regime di convenzione con l'ASL.

### **a.2) Tipologia degli interventi**

(ogni presidio può erogare una o più tipologie di interventi secondo le proprie capacità professionali e organizzative)

- *servizio di teleassistenza (tra cui monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti sul piano di cura/SUT);*
- *servizio di telesoccorso;*
- *servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;*
- *fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici;*
- *affidamento diurno, vigilanza notturna (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di affiancamento e sollievo alla famiglia per mezzo di prestazioni domiciliari (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di trasporto per visite mediche o terapie programmate (se le condizioni di salute permettono l'utilizzo di normali mezzi di trasporto);*
- *servizio di accompagnamento per visite mediche o terapie programmate (per trasporti effettuati su mezzi per il trasporto di persone disabili/ambulanza);*
- *formazione e sostegno (privilegiando l'e-learning) al caregiver del soggetto beneficiario del/degli interventi;*
- *monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti dal piano di cura.*

Il beneficiario delle prestazioni potrà usufruire anche di prestazioni sanitarie, fornite da personale professionista (medico specialista, infermiere, fisioterapista...), nell'ambito di un PAI socio-sanitario che le preveda esplicitamente con spesa a carico del SSN secondo le modalità previste dal DPCM 12 gennaio 2017.

### **a.3) Modalità degli interventi**

Gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali/ATS forniscono le prestazioni descritte al punto a.2) attraverso convenzione con i presidi del territorio, singoli o associati, che procederanno all'erogazione del servizio.

Le prestazioni, sulla base delle necessità individuate dal PAI o emerse in fase di fruizione, potranno essere erogate sia a domicilio sia presso il presidio e non dovranno influire sul corretto svolgimento delle attività del presidio né sulla corretta copertura del fabbisogno professionale dell'attività ordinaria del presidio.

Sulla base delle graduatorie di attesa l'Ente Gestore/ATS procede, di concerto con l'Unità di valutazione multidimensionale, all'individuazione degli interventi attivabili nel presidio convenzionato sulla base di un budget di progetto analogo agli altri interventi previsti dal Programma Regionale per la non autosufficienza.

### **b) Servizi di domiciliarità per persone non autosufficienti erogati in regime di « Agricoltura sociale »**

I servizi di domiciliarità, erogati in regime di « Agricoltura Sociale », sono un insieme di prestazioni fornite in forma singola o raggruppate in un « pacchetto », esplicitato dal PAI del beneficiario, ed erogate dalle aziende agricole di cui alla Legge 18 agosto 2015, n. 141, in possesso dei requisiti di cui al Decreto Ministeriale 21 dicembre 2018 n. 12550 «*Definizione dei requisiti minimi e delle modalità relative alle attività di agricoltura sociale*».

#### **b.1) Destinatari**

Persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti e le persone con disabilità con valutazione delle competenti Unità di valutazione multidisciplinari, in base alle scale di valutazione sanitarie e sociali per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale.

Le prestazioni di « Agricoltura sociale » potranno essere erogate alle persone con PAI domiciliare o persone con PAI « residenziale » inserite in lista di attesa e con grado di priorità « differibile »<sup>3</sup>.

La fruizione di interventi di Agricoltura sociale, per le persone in lista di attesa « residenziale », non comporta la cancellazione dalla medesima né la modifica della posizione acquisita; il beneficiario, quindi, potrà accedere alla prestazione residenziale in regime convenzionato con il SSR al regolare scorrimento della lista di attesa fino alla sua posizione. Le prestazioni in regime di « Agricoltura sociale » vengono interrotte in caso di inserimento in RSA o altra struttura residenziale, in regime privato o in regime di convenzione con l'ASL.

#### **b.2) Tipologia degli interventi**

(ogni azienda può erogare una o più tipologie di interventi secondo le proprie capacità professionali e organizzative)

---

<sup>3</sup> Il grado di priorità « differibile » è una dei tre gradi di priorità individuati dalla D.G.R. 14-5999/2013.

- *servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;*
- *fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici;*
- *affidamento diurno, vigilanza notturna (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di affiancamento e sollievo alla famiglia per mezzo di prestazioni domiciliari (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di trasporto per visite mediche o terapie programmate (se le condizioni di salute permettono l'utilizzo di normali mezzi di trasporto);*
- *servizio di accompagnamento per visite mediche o terapie programmate (per trasporti effettuati su mezzi per il trasporto di persone disabili/ambulanza);*
- *monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti dal piano di cura.*

Il beneficiario delle prestazioni potrà usufruire anche di prestazioni sanitarie, fornite da personale professionista (medico specialista, infermiere, fisioterapista...), così come di prestazioni e servizi che affiancano e supportano le terapie mediche, psicologiche e riabilitative previste dall'art. 2, comma 1, punto c) della legge 18 agosto 2015, n. 141 e secondo i requisiti previsti dal D.M. 12550/2018, nell'ambito di un PAI socio-sanitario che le preveda esplicitamente con spesa a carico del SSN con le modalità previste dal decreto DPCM 12 gennaio 2017.

### **b.3) Modalità degli interventi**

Gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali forniscono le prestazioni descritte al punto b.2) attraverso convenzione e le altre forme previste dall'art. 1, comma 4 del D.M. 12550/2018, con i soggetti singoli o associati previsti dall'art. 2, comma 1 della Legge 18/08/2015 del territorio, che procederanno all'erogazione del servizio.

Le prestazioni, sulla base delle necessità individuate dal PAI o emerse in fase di fruizione, potranno essere erogate sia a domicilio sia presso l'azienda agricola erogatrice.

Sulla base delle graduatorie di attesa l'Ente Gestore procede, di concerto con l'Unità di valutazione multidimensionale, all'individuazione degli interventi attivabili nelle aziende agricole convenzionate sulla base di un budget di progetto analogo agli altri interventi previsti dal Programma Regionale per la non autosufficienza.

### **c) Valori del budget di cura assegnato ai beneficiari**

Per i servizi di domiciliarità per persone non autosufficienti erogati in regime di «Vengo a domicilio» o «Agricoltura sociale», il PAI prevede l'utilizzo di un budget di cura analogo agli altri servizi previsti dal Programma Regionale per la non autosufficienza 2022-2024 applicando i medesimi criteri di individuazione delle risorse da assegnare al beneficiario.

#### **d) Classificazione delle prestazioni di «Vengo a domicilio» e «Agricoltura sociale»**

Le prestazioni erogate dagli Enti Gestori tramite la forma di « Vengo a domicilio » o « Agricoltura sociale » rientrano tra le prestazioni afferenti alla programmazione del Programma Regionale per la non autosufficienza e finanziabili attraverso le risorse del Fondo Non Autosufficienze. L'utilizzo di queste risorse dovrà essere rendicontato dagli Enti Gestori, secondo la ripartizione per Ambiti Territoriali Sociali (ATS) nella piattaforma SIOSS, quale spesa diretta.

## Allegato 3

### SCHEMA TIPO DI CONVENZIONE PER LA REALIZZAZIONE DEI SERVIZI DI “VENGO A DOMICILIO”

L'anno \_\_\_\_\_, il giorno \_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ presso la \_\_\_\_\_ sede del  
[RSA] \_\_\_\_\_

TRA

il [Ente Gestore] \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_, via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, c.f. e p. IVA \_\_\_\_\_, rappresentato dal  
legale rappresentante \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, domiciliato  
ai fini del presente atto presso il (Ente Gestore delle f.s.a) medesimo,

E

il \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_, via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, c.f. e p. IVA \_\_\_\_\_, rappresentato dal  
legale rappresentante \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, domiciliato  
ai fini del presente atto presso \_\_\_\_\_,

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

#### ART. 1 - PREMESSA

La Regione Piemonte con DGR \_\_\_\_\_ 2023 “Programma Regionale per la Non autosufficienza 2022-2023” ha definito la programmazione relativa agli interventi di carattere domiciliare per le persone non autosufficienti.

Tra i servizi attivabili a livello locale, il punto 3.1 “Le aree di servizi previsti” dell’allegato 1 alla D.G.R. \_\_\_\_\_ “Programma Regionale per la non autosufficienza”, prevede il servizio di “Vengo a domicilio”. Il successivo allegato 2 alla predetta D.G.R. \_\_\_\_\_, “Servizi di welfare di prossimità”, illustra le nuove tipologia di servizio attivabili, tra cui la “Vengo a domicilio”, e le tipologia di interventi previsti:

#### **“Tipologia degli interventi**

- *servizio di teleassistenza (tra cui monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti sul piano di cura/SUT);*
- *servizio di telesoccorso;*
- *servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;*
- *fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici;*



- *affidamento diurno, vigilanza notturna (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di affiancamento e sollievo alla famiglia per mezzo di prestazioni domiciliari (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di trasporto per visite mediche o terapie programmate (se le condizioni di salute permettono l'utilizzo di normali mezzi di trasporto);*
- *servizio di accompagnamento per visite mediche o terapie programmate (per trasporti effettuati su mezzi per il trasporto di persone disabili/ambulanza);*
- *formazione e sostegno (privilegiando l'e-learning) al caregiver del soggetto beneficiario del/degli interventi;*
- *monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti dal piano di cura.*

Il [Ente gestore] intende attivare sul proprio territorio questa nuova modalità di servizio domiciliare, al fine di ampliare l'offerta di servizi domiciliari e rispondere con maggiore efficacia alle necessità espresse dalla popolazione anziana e disabile non autosufficiente.

Per questo motivo ha richiesto la disponibilità ai presidi socio-sanitari accreditati con il SSR del territorio ed ha riscontrato da parte del presidio .....(in possesso di autorizzazione al funzionamento [estremi del provvedimento] \_\_\_\_\_ ) la positiva risposta per quanto attiene le tipologie di intervento specificate all'art. 3 della presente convenzione.

## ART. 2 - DESTINATARI DEL SERVIZIO

Persone anziane ultrasessantacinquenni e persone con disabilità con valutazione di non autosufficienza da parte delle competenti Unità di valutazione.

Le prestazioni di «Vengo a domicilio», indicate al successivo art. 3, potranno essere erogate alle sulla base delle indicazioni del PAI domiciliare o «residenziale» inserite in lista di attesa e con grado di priorità «differibile»<sup>1</sup>; .

La fruizione di interventi di “Vengo a domicilio”, per le persone in lista di attesa « residenziale », non comporta la cancellazione dalla medesima nè la modifica della posizione acquisita; il beneficiario, quindi, potrà quindi accedere alla prestazione residenziale in regime convenzionato con il SSR al regolare scorrimento della lista di attesa fino alla su posizione. Le prestazioni domiciliari in regime di «Vengo a domicilio» vengono interrotte in caso di inserimento in RSA o altra struttura residenziale, in regime privato o in regime di convenzione con l'ASL.

I cittadini che si rivolgono al servizio devono essere residenti in uno dei comuni consorziati nel [Ente gestore].

1 Il grado di priorità « differibile » è una dei tre gradi di priorità individuati dalla D.G.R. 14-5999/2013.

### ART. 3 - TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI E ORARIO DI SERVIZIO

Il servizio di “Vengo a domicilio” comprende:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Il servizio, di norma, si realizza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, ma in casi particolari segnalati dal PAI, si garantisce anche nei giorni festivi e in orari precedenti o successivi a quelli indicati. *[specificare tempi e anche eventuali interventi erogati singolarmente a prestazione].*

Le prestazioni, sulla base delle necessità individuate dal PAI o emerse in fase di fruizione, potranno essere erogate sia a domicilio sia presso la RSA e non dovranno influire sul corretto svolgimento delle attività della struttura né sulla corretta copertura del fabbisogno professionale della struttura di ricovero previsto dai requisiti gestionali di cui all'allegato 1 della D.G.R. 30 luglio 2012 n. 45-4248 s.m.i..

### ART. 4 - TITOLARITA' DELL'INTERVENTO E RIPARTIZIONE DEGLI ONERI

Il servizio si colloca, nell'ambito degli interventi previsti dal Programma Regionale per la Non autosufficienza 2022-2023, comporta la presa in carico della persona da parte dell' *[Ente gestore]* ed è finanziato attingendo alle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza a questi assegnate.

Gli interventi attivati non comportano oneri a carico del beneficiario o della sua famiglia. Il valore dell'importo dell'importo dell'intervento ascrivibile al FNA è determinato sulla base delle disposizioni contenute al punto 3.2.1. della D.G.R. \_\_\_\_\_ .

Qualora in sede di valutazione dell'intervento l'equipe di valutazione riscontrasse che le risorse erogabili a carico del FNA, non fossero sufficienti a coprire l'intero fabbisogno assistenziale della persona non autosufficiente, potrà essere richiesto un contributo al beneficiario sulla base del suo valore ISEE socio-sanitario. Il beneficiario ha la facoltà di non accettare tale integrazione e in tal caso rinuncia alle ulteriori prestazioni previste oltre quelle a carico del FNA.

Il beneficiario può chiedere alla RSA ulteriori o maggiori interventi rispetto a quelli previsti dal PAI con oneri finanziari a suo carico e modalità di erogazione analoghe a quelle previste dal servizio convenzionato con *[Ente Gestore]*.

L' *[Ente gestore]* può disporre l'integrazione delle risorse FNA dedicate a tali interventi con risorse proprie.

## ART. 5 - ACCESSO AL SERVIZIO E PROCEDURA,

L'accesso al servizio avviene tramite il Punto Unico di Accesso territoriale a seguito di richiesta della valutazione multidimensionale da parte dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) o Unità di Valutazione Multidimensionale per la Disabilità (UMVD) e conseguente predisposizione del Progetto di Assistenza Individuale integrata (PAI) nella quale vengono individuati gli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

L'attivazione del servizio dovrà essere formalmente accettata dal beneficiario o dal suo tutore.

## ART. 6 - DIMISSIONI DAL SERVIZIO

Le dimissioni dal servizio del beneficiario possono avvenire per:

- Decesso dell'utente, che sarà immediatamente comunicato dalla struttura agli operatori del *[Ente Gestore]*;
- Cambio di progetto, che può avvenire per segnalazione dell'operatore del *[Ente Gestore]* al presidio o per richiesta del cittadino, qualora sia necessario intervenire con servizi maggiormente tutelanti e in regime residenziale;
- Rinuncia da parte dell'utente, che deve essere comunicata immediatamente dalla Struttura al *[Ente Gestore]*, che provvederà a dimettere l'utente con apposita procedura e formalizzazione dell'interruzione al presidio e all'ASL competente;
- Cambio di residenza del cittadino, che potrebbe contemplare il trasferimento delle ore di servizio da un presidio all'altro.

## ART. 7 - DOCUMENTAZIONE E ARCHIVIAZIONE

Tutta la documentazione riferita al rapporto cittadino/servizio del *[Ente Gestore]* è archiviata e custodita, secondo la normativa in materia di tutela della privacy, nelle diverse sedi distrettuali del *[Ente Gestore]*, che mantengono in essere la responsabilità dei documenti e delle archiviazioni informatizzate sugli appositi sistemi.

L'attivazione del servizio tra *[Ente Gestore]* e Struttura e le eventuali successive comunicazioni inviate dal presidio al *[Ente Gestore]* sono da formalizzarsi con modulistica appositamente elaborata dal *[Ente Gestore]*.

## ART. 8 - RAPPORTI CON L'UTENTE

Il *[Ente Gestore]* mantiene i rapporti con i cittadini in carico al servizio per le seguenti competenze:

- Accoglienza della domanda e segnalazione a cura degli operatori del PUA;
- Analisi dei bisogni, valutazione del problema, ipotesi di intervento, istruzione delle procedure, valutazione della soddisfazione del servizio da parte dell'Assistente Sociale o

altro operatore incaricato dal [Ente Gestore], attraverso visite periodiche e congiuntamente al presidio;

- Rapporti amministrativi riferiti alla compartecipazione al costo dei servizi a cura degli Uffici Amministrativi del [Ente Gestore];

La Struttura mantiene i rapporti con i cittadini in carico al servizio per le seguenti competenze:

- Realizzazione dell'intervento descritto nel PAI;
- Osservazione e monitoraggio di elementi di rischio per la persona assistita;
- Gestione per eventuali cambi di giorno o di orario dell'intervento per motivi imprevisi;
- Comunicazioni riferite alla quotidianità (ricovero, sospensione servizio, ecc).

Tutti gli aspetti connessi alla salute e alle terapie farmacologiche sono gestiti dai singoli medici di base e dalla competente ASL.

#### ART. 9 - OPERATORI DEI PRESIDII

Gli operatori impegnati nella realizzazione degli interventi a domicilio degli utenti sono operatori qualificati OSS e, solo ed esclusivamente per gli interventi a bassa soglia, operatori ausiliari in forza al presidio.

Il personale deve essere adeguatamente formato e aggiornato, deve garantire il rispetto dell'autodeterminazione e della dignità della persona assistita, la riservatezza e tutela dei dati sensibili e l'osservanza del mandato istituzionale della professione, così come descritto ampiamente nel sopraccitato profilo professionale. Deve inoltre utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione individuale, al fine di prevenire i rischi dell'attività professionale.

Il personale deve garantire l'immediatezza e l'appropriatezza del trasferimento delle informazioni professionali e organizzative.

Qualsiasi informazione relativa alla sussistenza di situazioni a rischio o pregiudizievoli per la salute dell'utente o di altri, deve essere immediatamente riferita ai parenti più prossimi, se noti, e al [Ente Gestore], tramite segnalazione documentale (lettera, fax, mail), al fine di mettere gli operatori del [Ente Gestore] in grado di adottare le congrue misure di protezione.

#### ART. 10 – ONERI

Il [Ente Gestore] si impegna a riconoscere alla Struttura il costo degli interventi attivati ed effettivamente realizzati nei confronti delle persone secondo il PAI e in base alla tabella di cui all'art.11.

L'onere derivante dalle attività del servizio sociale professionale, finalizzato all'accoglienza della domanda e all'analisi dei bisogni, nonché alla partecipazione ai tavoli interistituzionali e l'onere derivante dall'impiego di un operatore deputato a garantire l'iter di presa in carico e di rapporto con la Struttura, sono a carico del [Ente Gestore].

La Struttura si impegna a garantire la copertura del servizio con il numero di operatori a tal fine necessario, secondo la propria organizzazione di lavoro, ma nel rispetto delle prescrizioni dei singoli PAI.

Le prestazioni, sulla base delle necessità individuate dal PAI o emerse in fase di fruizione, potranno essere erogate sia a domicilio sia presso la Struttura e non dovranno influire sul corretto svolgimento delle attività della Struttura né sulla corretta copertura del fabbisogno professionale della medesima.

La Struttura si impegna inoltre:

- a fornire i presidi di protezione individuale e il materiale per la realizzazione degli interventi;
- a garantire il rispetto di tutta la normativa in merito alla gestione delle attività socio-sanitarie e igienico-sanitarie, nonché di tutte le norme connesse allo svolgimento del servizio;
- a garantire la professionalità di ciascun operatore e la qualità degli interventi domiciliari.

#### ART. 11 - COSTI DEGLI INTERVENTI

Gli importi massimi riconosciuti dal [Ente gestore] per le prestazioni domiciliari erogate è dettagliatamente specificato nella seguente tabella: [Elenco non esaustivo]

<b>Intervento (Compresi spostamenti)</b>	<b>Costo</b>	<b>Annotazioni</b>
A) Igiene personale alta intensità sanitaria - Interventi socio- assistenziali e socio-sanitari complessi: igiene personale totale o parziale, alzata e vestizione con sostegno nella deambulazione, assistenza e vigilanza a persone parzialmente autosufficienti per attività di particolare impegno, monitoraggio e controllo contestuale alle attività sopra descritte		
B) Igiene personale media/bassa intensità - Interventi socio- assistenziali e socio-sanitari semplici: interventi di aiuto per l'igiene personale semplice, semplici medicazioni		
C) Igiene ambientale: pulizia reale degli ambienti della casa		
D) Cambio/Lavaggio biancheria personale		
E) Lavaggio biancheria piana al Kg. (lenzuola, asciugamani e tovaglie)		
F) Spesa settimanale: approvvigionamento beni di consumo necessari per la soddisfazione dei bisogni della persona fragile		
G) Preparazione pasto al domicilio e assistenza al consumo		
H) Somministrazione pasto		
I) Pasto consumato in presidio		

L) Monitoraggio		
M) Controllo/aiuto assunzione farmaco		
N) Controllo giornaliero terapia in presidio (passaggio per controllo glicemico, assunzione terapia ecc.)		

Sarà concordato tra [Ente Gestore] e Struttura qualsiasi ulteriore intervento si dovesse rendere necessario per il benessere della persona.

Gli interventi sono omnicomprensivi e includono tutte le azioni correlate per la gestione della casistica, quali indicativamente:

- stesura diario giornaliero e relazioni periodiche;
- incontri con i servizi sociali per la verifica dei PAI;
- lavoro d'équipe;
- documentazione periodica del servizio reso;
- registrazione e comunicazione dei processi e degli esiti degli interventi;
- attività di aggiornamento e formazione per gli operatori;
- spese relative agli spostamenti degli operatori;
- attività di rendicontazione mensile al fine della fatturazione.

Nessun intervento deve avere una durata inferiore ai 30 minuti, tenendo conto che anche per le attività di breve durata si rileva l'importanza di socializzare e di relazionarsi con la persona, al di là della singola prestazione. Per gli interventi più complessi e per gli interventi di igiene ambientale, si precede una durata maggiore (minimo 45 minuti), necessari al reale espletamento delle attività nel rispetto dei tempi e dei bisogni della persona fragile.

Al fine di erogare un servizio di qualità, qualora il PAI preveda degli interventi che per diversi motivi non si potessero realizzare, l'operatore è tenuto a proporre alla persona eventuali alternative finalizzate alla soddisfazione dei bisogni più complessivi (igiene leggera in sostituzione del bagno/doccia, igiene ambiente in sostituzione del controllo farmaco, socializzazione in sostituzione di accompagnamenti ecc.), individuando tutte le possibili forme di aiuto da destinare alla persona, compresa l'erogazione di momenti di socializzazione e di compagnia in casi di particolare isolamento sociale.

La rilevazione della durata effettiva della prestazione svolta presso l'utenza avverrà tramite [indicare]\_\_\_\_\_.

#### ART. 12 - MODALITA' DI RENDICONTAZIONE E FATTURAZIONE DEL SERVIZIO

La Struttura, entro \_\_\_\_\_ del mese successivo a quello di erogazione degli interventi, deve far pervenire all'[Ente Gestore] la rendicontazione degli interventi, suddivisi per le seguenti tipologie:

[Indicare]\_\_\_\_\_ .

La Struttura si impegna a rendicontare solo ed esclusivamente le prestazioni realmente effettuate e, in caso di assenza non programmata del beneficiario, soltanto il primo giorno di intervento anche se non realmente effettuato.

Si precisa che la Struttura fatturerà mensilmente al [Ente Gestore] l'importo complessivo del costo degli interventi, comprensivi della quota sanitaria, il cui rimborso sarà richiesto dal [Ente Gestore] all'ASL competente.

#### ART. 13 – MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento delle fatture avverrà entro il termine di 60 gg. dalla data di ricevimento delle medesime.

I termini di cui sopra sono interrotti qualora sopraggiungano richieste di chiarimenti da parte del [Ente Gestore], e i ritardi nei pagamenti, in tal caso, non costituiscono motivo per recedere dalla convenzione.

#### ART. 14 – DURATA

La presente convenzione é stipulata per il periodo che decorre dalla data della sottoscrizione per la durata di \_\_\_\_\_ anni.

#### ART. 15 - NORME DI RINVIO

Per ogni controversia legale che dovesse insorgere si elegge come foro competente a dirimerle quello di \_\_\_\_\_.

Per tutto quanto non previsto nella presente convenzione, valgono le norme del codice civile.

#### ART . 16 – COMPOSIZIONE E MODALITA' DI SOTTOSCRIZIONE

Le parti danno atto che la presente convenzione, composta di n. 16 articoli,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Il Legale Rappresentante del [Ente Gestore] \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante della Struttura \_\_\_\_\_

## Allegato 4

### SCHEMA TIPO DI CONVENZIONE PER LA REALIZZAZIONE DEI SERVIZI DI “AGRICOLTURA SOCIALE”

L'anno \_\_\_\_\_, il giorno \_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ presso la \_\_\_\_\_ sede del  
[Ente Gestore] \_\_\_\_\_

TRA

il \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_, via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, c.f. e p. IVA \_\_\_\_\_, rappresentato dal  
legale rappresentante \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, domiciliato  
ai fini del presente atto presso il (Ente Gestore delle f.s.a) \_\_\_\_\_ medesimo,

E

la \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, c.f. e p. IVA \_\_\_\_\_,

società agricola/cooperativa agricola sociale ai sensi dell'art. 2 della Legge 18 agosto 2015, n. 141,  
rappresentata dal legale rappresentante \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, domiciliato ai fini del presente atto presso  
\_\_\_\_\_.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

#### ART. 1 - PREMESSA

La Regione Piemonte con DGR \_\_\_\_\_ 2023 “Programma Regionale per la Non autosufficienza 2022-2023” ha definito la programmazione relativi agli interventi di carattere domiciliare per le persone non autosufficienti.

Tra i servizi attivabili a livello locale, il punto 3.1 “Le aree di servizi previsti” dell'allegato 1 alla D.G.R. \_\_\_\_\_ “Programma Regionale per la non autosufficienza”, prevede il servizio di “Agricoltura Sociale”. Il successivo allegato 2 alla predetta D.G.R. \_\_\_\_\_, “*Servizi di welfare di prossimità*”, illustra le nuove tipologia di servizio attivabili, tra cui la “Agricoltura Sociale”, e le tipologia di interventi previsti:

#### **“Tipologia degli interventi**

- *servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;*
- *fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia e igiene degli ambienti domestici;*



- *affidamento diurno, vigilanza notturna (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di affiancamento e sollievo alla famiglia per mezzo di prestazioni domiciliari (in abbinamento a queste prestazioni è offerta la possibilità di avere il pasto);*
- *servizio di trasporto per visite mediche o terapie programmate (se le condizioni di salute permettono l'utilizzo di normali mezzi di trasporto);*
- *servizio di accompagnamento per visite mediche o terapie programmate (per trasporti effettuati su mezzi per il trasporto di persone disabili/ambulanza);*
- *monitoraggio della corretta assunzione dei farmaci previsti dal piano di cura.*

Il [Ente gestore] intende attivare sul proprio territorio questa nuova modalità di servizio domiciliare, al fine di ampliare l'offerta di servizi domiciliari e rispondere con maggiore efficacia alle necessità espresse dalla popolazione anziana e disabile non autosufficiente.

Per questo motivo ha richiesto la disponibilità alle Aziende Agricole Sociali di cui alla del territorio ed ha riscontrato la disponibilità della società agricola/cooperativa agricola sociale che ha manifestato per le tipologie di intervento specificate all'art. 3 della presente convenzione.

Per questo motivo ha richiesto la disponibilità Aziende Agricole Sociali del territorio ed ha riscontrato da parte della società agricola/cooperativa agricola sociale..... la positiva risposta per quanto attiene le tipologie di intervento specificate all'art. 3 della presente convenzione.

## ART. 2 - DESTINATARI DEL SERVIZIO

Persone anziane ultrasessantacinquenni e persone con disabilità con valutazione di non autosufficienza da parte delle competenti Unità di valutazione.

Le prestazioni di «Agricoltura Sociale», indicate al successivo art. 3, potranno essere erogate alle sulla base delle indicazioni del PAI domiciliare o «residenziale» inserite in lista di attesa e con grado di priorità «differibile»<sup>1</sup>; in quest'ultimo caso, l'equipe multiprofessionale integrerà il PAI individuando gli interventi più opportuni erogabili con la modalità di "RSA domiciliare".

La fruizione di interventi di RSA a domicilio, per le persone in lista di attesa « residenziale », non comporta la cancellazione dalla medesima nè la modifica della posizione acquisita; il beneficiario, quindi, potrà quindi accedere alla prestazione residenziale in regime convenzionato con il SSR al regolare scorrimento della lista di attesa fino alla sua posizione. Le prestazioni domiciliari in regime di « Agricoltura Sociale » vengono interrotte in caso di inserimento in RSA o altra struttura residenziale, in regime privato o in regime di convenzione con l'ASL.

I cittadini che si rivolgono al servizio devono essere residenti in uno dei comuni consorziati nel [Ente gestore].

<sup>1</sup> Il grado di priorità « differibile » è una dei tre gradi di priorità individuati dalla D.G.R. 14-5999/2013.

### ART. 3 - TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI E ORARIO DI SERVIZIO

Il servizio di Agricoltura Sociale comprende:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Il servizio, di norma, si realizza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, dalle ore \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, ma in casi particolari segnalati dal PAI, si garantisce anche nei giorni festivi e in orari precedenti o successivi a quelli indicati. *[specificare tempi e anche eventuali interventi erogati singolarmente a prestazione]*

### ART. 4 - TITOLARITA' DELL'INTERVENTO E RIPARTIZIONE DEGLI ONERI

Il servizio si colloca, nell'ambito degli interventi previsti dal Programma Regionale per la Non autosufficienza 2022-2023, comporta la presa in carico della persona da parte dell' *[Ente gestore]* ed è finanziato attingendo alle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza a questi assegnate.

Gli interventi attivati non comportano oneri a carico del beneficiario o della sua famiglia. Il valore dell'importo dell'importo dell'intervento ascrivibile al FNA è determinato sulla base delle disposizioni contenute al punto 3.2.1. della D.G.R. \_\_\_\_\_ .

Qualora in sede di valutazione dell'intervento l'equipe di valutazione riscontrasse che le risorse erogabili a carico del FNA, non fossero sufficienti a coprire l'intero fabbisogno assistenziale della persona non autosufficiente, potrà essere richiesto un contributo al beneficiario sulla base del suo valore ISEE socio-sanitario. Il beneficiario ha la facoltà di non accettare tale integrazione e in tal caso rinuncia alle ulteriori prestazioni previste oltre quelle a carico del FNA.

Il beneficiario può chiedere alla *[Azienda agricola]* \_\_\_\_\_ ulteriori o maggiori interventi rispetto a quelli previsti dal PAI con oneri finanziari a suo carico e modalità di erogazione analoghe a quelle previste dal servizio convenzionato con *[Ente Gestore]*.

L' *[Ente gestore]* può disporre l'integrazione delle risorse FNA dedicate a tali interventi con risorse proprie.

### ART. 5 - ACCESSO AL SERVIZIO E PROCEDURA,

L'accesso al servizio avviene tramite il Punto Unico di Accesso territoriale a seguito di richiesta della valutazione multidimensionale da parte dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) o Unità di Valutazione Multidimensionale per la Disabilità (UMVD) e conseguente predisposizione del

Progetto di Assistenza Individuale integrata (PAI) nella quale vengono individuati gli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

L'attivazione del servizio dovrà essere formalmente accettata dal beneficiario o dal suo tutore.

#### ART. 6 - DIMISSIONI DAL SERVIZIO

Le dimissioni dal servizio del beneficiario possono avvenire per:

- Decesso dell'utente, che sarà immediatamente comunicato dalla struttura agli operatori del *[Ente Gestore]*;
- Cambio di progetto, che può avvenire per segnalazione dell'operatore del *[Ente Gestore]* al presidio o per richiesta del cittadino, qualora sia necessario intervenire con servizi maggiormente tutelanti e in regime residenziale;
- Rinuncia da parte dell'utente, che deve essere comunicata immediatamente dalla Struttura al *[Ente Gestore]*, che provvederà a dimettere l'utente con apposita procedura e formalizzazione dell'interruzione al presidio e all'ASL competente;
- Cambio di residenza del cittadino, che potrebbe contemplare il trasferimento delle ore di servizio da un presidio all'altro.

#### ART. 7 - DOCUMENTAZIONE E ARCHIVIAZIONE

Tutta la documentazione riferita al rapporto cittadino/servizio del *[Ente Gestore]* è archiviata e custodita, secondo la normativa in materia di tutela della privacy, nelle diverse sedi distrettuali del *[Ente Gestore]*, che mantengono in essere la responsabilità dei documenti e delle archiviazioni informatizzate sugli appositi sistemi.

L'attivazione del servizio tra *[Ente Gestore]* e *[Azienda agricola]* e le eventuali successive comunicazioni inviate dal presidio al *[Ente Gestore]* sono da formalizzarsi con modulistica appositamente elaborata dal *[Ente Gestore]*.

#### ART. 8 - RAPPORTI CON L'UTENTE

Il *[Ente Gestore]* mantiene i rapporti con i cittadini in carico al servizio per le seguenti competenze:

- Accoglienza della domanda e segnalazione a cura degli operatori del PUA;
- Analisi dei bisogni, valutazione del problema, ipotesi di intervento, istruzione delle procedure, valutazione della soddisfazione del servizio da parte dell'Assistente Sociale o altro operatore incaricato dal *[Ente Gestore]*, attraverso visite periodiche e congiuntamente all' *[Azienda agricola]*;
- Rapporti amministrativi riferiti alla compartecipazione al costo dei servizi a cura degli Uffici Amministrativi del *[Ente Gestore]*;

L'[Azienda agricola] mantiene i rapporti con i cittadini in carico al servizio per le seguenti competenze:

- Realizzazione dell'intervento descritto nel PAI;
- Osservazione e monitoraggio di elementi di rischio per la persona assistita;
- Gestione per eventuali cambi di giorno o di orario dell'intervento per motivi imprevisti;
- Comunicazioni riferite alla quotidianità (ricovero, sospensione servizio, ecc).

Tutti gli aspetti connessi alla salute e alle terapie farmacologiche sono gestiti dai singoli medici di base e dalla competente ASL.

#### ART. 9 - OPERATORI DEI PRESIDII

Gli operatori impegnati nella realizzazione degli interventi a domicilio degli utenti sono operatori qualificati OSS e, solo ed esclusivamente per gli interventi a bassa soglia, operatori ausiliari in forza al presidio.

Il personale deve essere adeguatamente formato e aggiornato, e deve garantire il rispetto dell'autodeterminazione e della dignità della persona assistita, di riservatezza e tutela dei dati sensibili e l'osservanza del mandato istituzionale della professione, così come descritto ampiamente nel sopraccitato profilo professionale. Deve inoltre utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione individuale, al fine di prevenire i rischi dell'attività professionale.

Il personale deve garantire l'immediatezza e l'appropriatezza del trasferimento delle informazioni professionali e organizzative.

Qualsiasi informazione relativa alla sussistenza di situazioni a rischio o pregiudizievoli per la salute dell'utente o di altri, deve essere immediatamente riferita ai parenti più prossimi, se noti, e al [Ente Gestore], tramite segnalazione documentale (lettera, fax, mail), al fine di mettere gli operatori del [Ente Gestore] in grado di adottare le congrue misure di protezione.

#### ART. 10 – ONERI

Il [Ente Gestore] si impegna a riconoscere alla [Azienda agricola] il costo degli interventi attivati ed effettivamente realizzati nei confronti delle persone secondo il PAI e in base alla tabella di cui all'art.11.

L'onere derivante dalle attività del servizio sociale professionale, finalizzato all'accoglienza della domanda e all'analisi dei bisogni, nonché alla partecipazione ai tavoli interistituzionali e l'onere derivante dall'impiego di un operatore deputato a garantire l'iter di presa in carico e di rapporto con la [Azienda agricola], sono a carico del [Ente Gestore].

La [Azienda agricola] si impegna a garantire la copertura del servizio con il numero di operatori a tal fine necessario, secondo la propria organizzazione di lavoro, ma nel rispetto delle prescrizioni dei singoli PAI.

Le prestazioni, sulla base delle necessità individuate dal PAI o emerse in fase di fruizione, potranno essere erogate sia a domicilio sia presso la [Azienda agricola] e non dovranno influire sul corretto svolgimento delle attività della [Azienda agricola] né sulla corretta copertura del fabbisogno professionale della medesima.

La [Azienda agricola] si impegna inoltre:

- a fornire i presidi di protezione individuale e il materiale per la realizzazione degli interventi;
- a garantire il rispetto di tutta la normativa in merito alla gestione delle attività socio-sanitarie e igienico-sanitarie, nonché di tutte le norme connesse allo svolgimento del servizio;
- a garantire la professionalità di ciascun operatore e la qualità degli interventi domiciliari.

#### ART. 11 - COSTI DEGLI INTERVENTI

Gli importi massimi riconosciuti dal [Ente gestore] per le prestazioni domiciliari erogate è dettagliatamente specificato nella seguente tabella: [Elenco non esaustivo]

<b>Intervento (Compresi spostamenti)</b>	<b>Costo</b>	<b>Annotazioni</b>
A) Igiene personale media/bassa intensità - Interventi socio- assistenziali e socio-sanitari semplici: interventi di aiuto per l'igiene personale semplice, semplici medicazioni		
B) Igiene ambientale: pulizia reale degli ambienti della casa		
C) Cambio/Lavaggio biancheria personale		
D) Lavaggio biancheria piana al Kg. (lenzuola, asciugamani e tovaglie)		
E) Spesa settimanale: approvvigionamento beni di consumo necessari per la soddisfazione dei bisogni della persona fragile		
F) Preparazione pasto al domicilio e assistenza al consumo		
G) Somministrazione pasto		
H) Pasto consumato in presidio		
I) Monitoraggio		
L) Controllo/aiuto assunzione farmaco		

Sarà concordato tra [Ente Gestore] e [Azienda agricola] qualsiasi ulteriore intervento si dovesse rendere necessario per il benessere della persona.

Gli interventi sono omnicomprensivi e includono tutte le azioni correlate per la gestione della casistica, quali indicativamente:

- stesura diario giornaliero e relazioni periodiche;
- incontri con i servizi sociali per la verifica dei PAI;
- lavoro d'équipe;
- documentazione periodica del servizio reso;
- registrazione e comunicazione dei processi e degli esiti degli interventi;
- attività di aggiornamento e formazione per gli operatori;
- spese relative agli spostamenti degli operatori;
- attività di rendicontazione mensile al fine della fatturazione.

Nessun intervento deve avere una durata inferiore ai 30 minuti, tenendo conto che anche per le attività di breve durata si rileva l'importanza di socializzare e di relazionarsi con la persona, al di là della singola prestazione. Per gli interventi più complessi e per gli interventi di igiene ambientale, si precede una durata maggiore (minimo 45 minuti), necessari al reale espletamento delle attività nel rispetto dei tempi e dei bisogni della persona fragile.

Al fine di erogare un servizio di qualità, qualora il PAI preveda degli interventi che per diversi motivi non si potessero realizzare, l'operatore è tenuto a proporre alla persona eventuali alternative finalizzate alla soddisfazione dei bisogni più complessivi (igiene leggera in sostituzione del bagno/doccia, igiene ambiente in sostituzione del controllo farmaco, socializzazione in sostituzione di accompagnamenti ecc.), individuando tutte le possibili forme di aiuto da destinare alla persona, compresa l'erogazione di momenti di socializzazione e di compagnia in casi di particolare isolamento sociale.

La rilevazione della durata effettiva della prestazione svolta presso l'utenza avverrà tramite [indicare] \_\_\_\_\_ .

#### ART. 12 - MODALITA' DI RENDICONTAZIONE E FATTURAZIONE DEL SERVIZIO

La [Azienda agricola], entro \_\_\_\_\_ del mese successivo a quello di erogazione degli interventi, deve far pervenire all'[Ente Gestore] la rendicontazione degli interventi, suddivisi per le seguenti tipologie:

[Indicare] \_\_\_\_\_ .

La [Azienda agricola] si impegna a rendicontare solo ed esclusivamente le prestazioni realmente effettuate e, in caso di assenza non programmata del beneficiario, soltanto il primo giorno di intervento anche se non realmente effettuato.

Si precisa che la [Azienda agricola] fatturerà mensilmente al [Ente Gestore] l'importo complessivo del costo degli interventi, comprensivi della quota sanitaria, il cui rimborso sarà richiesto dal [Ente gestore] all'ASL competente.

### ART. 13 – MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento delle fatture avverrà entro il termine di 60 gg. dalla data di ricevimento delle medesime.

I termini di cui sopra sono interrotti qualora sopraggiungano richieste di chiarimenti da parte del [Ente Gestore], e i ritardi nei pagamenti, in tal caso, non costituiscono motivo per recedere dalla convenzione.

### ART. 14 – DURATA

La presente convenzione é stipulata per il periodo che decorre dalla data della sottoscrizione per la durata di \_\_\_\_\_ anni.

### ART. 15 - NORME DI RINVIO

Per ogni controversia legale che dovesse insorgere si elegge come foro competente a dirimerle quello di \_\_\_\_\_.

Per tutto quanto non previsto nella presente convenzione, valgono le norme del codice civile.

### ART . 16 – COMPOSIZIONE E MODALITA' DI SOTTOSCRIZIONE

Le parti danno atto che la presente convenzione, composta di n. 16 articoli,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto

Il Legale Rappresentante del [Ente Gestore] \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante della [Azienda agricola] \_\_\_\_\_

## Allegato 5

### Accordo di Programma

**Il Comitato/Conferenza di Ambito Sociale**.....,

rappresentato dal Presidente..... nato/a ..... il ..... ecc.

**L'Azienda sanitaria locale** ....., rappresentata dal Direttore Generale .....,  
nato/a il ..... ecc.

**Il Direttore dell'ente gestore dell'ATS** ....., ..... nato/a il ..... ecc.

**Il Direttore del Distretto Sanitario** ....., ..... nato/a il ..... ecc.

Considerate la Legge 33/2017, il D.lgs. 147/2017 e la Legge 234/2021;  
Richiamati il D.P.C.M. 29 novembre 2001 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza' e il D.P.C.M 12 gennaio 2017 'Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza'.  
Tenuto conto della programmazione regionale di cui al Programma Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024, D.G.R....

Allo scopo di disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione socio-sanitaria e, nello specifico del presente Atto, per le persone con non autosufficienza o disabilità;

#### CONVENGONO

#### **Titolo I – Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione**

##### Art 1 – Finalità

Il presente Accordo di Programma, ai sensi della normativa richiamata in premessa intende avviare un processo di integrazione dei servizi e tra servizi che, attraverso l'identificazione degli ambiti sui quali intervenire prioritariamente, consenta di definire e attuare:

- a) il sistema locale degli interventi e dei servizi socio-sanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti;
- b) le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- c) i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato;
- d) progetti innovativi che permettano il diffondersi del metodo del budget di salute, sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

##### Art. 2 – Oggetto

Per l'ambito territoriale ....., il presente Accordo di Programma definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessari per l'attuazione del **Livello Essenziale delle Prestazioni** relativo al Processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità, che necessitano di interventi di tipo sia sociale che sanitario, secondo le disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021.



### Art. 3 - Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o con disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale individualizzato, monitoraggio degli esiti di salute, come definite all'allegato A del presente Accordo.

### Art. 4 - Cooperazione interprofessionale

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato A del presente accordo, la cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. L'equipe integrata assicura la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato, e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi.

### Art. 5 - Cooperazione organizzativa

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato B del presente accordo, il percorso assistenziale integrato è garantito all'interno dell'ambito territoriale sociale (ATS), attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità. Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS, che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata; allo stesso tempo definiscono la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.

Alla data di sottoscrizione del presente accordo i PUA attivi sono i seguenti:

Nr.	Località	Indirizzo	Ente titolare PUA
1			
2			

Nel corso della validità del Programma Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 sono previste le aperture dei seguenti PUA:

Nr.	Località	Indirizzo	Ente titolare PUA
1			
2			

### Art. 6 - Modalità di integrazione degli interventi

In riferimento alle disposizioni del Comma 160 della L. 243/2021, e come definito all'allegato C del presente accordo, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi. L'erogazione di interventi, servizi o attività, secondo modalità dirette o indirette, è necessariamente definita dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) elaborato nell'ambito del percorso assistenziale. Lo stesso PAI definisce anche l'indispensabile integrazione puntuale tra interventi, servizi o attività riferiti a LEP sociali e corrispondenti interventi, servizi o attività definiti dai LEA sanitari quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute accertati e valutati. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario pongono in essere tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale e programmatorio, che a livello organizzativo e professionale.

## **Titolo II – Organizzazione e strumenti**

### **Art. 7 - Programmazione integrata**

Il primo passo per l'integrazione sociosanitaria è la programmazione congiunta, funzione strategica che definisce, sulla base di priorità e obiettivi comuni, gli interventi sinergici da mettere in campo, le risorse a disposizione e condivise, i processi e le procedure di attuazione. Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare interventi e risposte assistenziali adeguate. L'approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, permette di rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari, presenti all'interno del Piano sociale di Zona e del Programma delle Attività Territoriali.

### **Art. 8 - Percorso assistenziale integrato**

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali. La programmazione condivisa tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso assistenziale.

### **Art. 9 - Sistema unitario di accesso e PUA**

La funzione di accesso costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle missioni 5 e 6 del PNRR. Il Punto Unico di Accesso rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari rivolta, in particolare, a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e interventi sociali. In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo integrato e capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale, sanitaria e sociosanitaria. Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi.

### **Art. 10 - Equipe integrata di ambito e Unità di valutazione multidimensionale**

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di

tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Le amministrazioni locali e l'azienda sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona.

#### Art. 11 - Piano assistenziale individualizzato

Il Piano assistenziale individualizzato costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, un unico PAI che ricomprende tutti gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare. L'equipe integrata definisce gli obiettivi di salute dei servizi e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita. L'equipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI.

#### Art. 12 - Budget di salute e di comunità

Ai fini di prevenire l'istituzionalizzazione garantendo i diritti fondamentali, civili, sociali, alla salute riconoscendo il protagonismo e la libertà di scelta delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti e delle loro reti relazionali, si rende necessario dare attuazione a quanto previsto dalla L 328/2000, dai LEA socio sanitari (DPCM 12/1/2017), dalla L 162/98 superando modelli socio-sanitari di welfare prestazionale che producono frammentazione di spesa pubblica e di interventi. In esito al processo valutativo, i Progetti Personalizzati e Partecipati cogestiti con gli interessati in forma flessibile e dinamica, sono sostenuti dal Budget di Salute e di Comunità in attuazione della Legge 17 luglio 2020, n. 77, art. 1 comma 4 bis a valere sulle risorse sociali di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze e sulle risorse sanitarie destinate all'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Capo IV del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 nel limite dei massimali regolamentati dalle singole Regioni, delle quote, delle tipologie di costo e delle percentuali di compartecipazione previsti per i servizi diurni e residenziali. La riconversione di spesa pubblica la conseguente sostenibilità dell'articolazione individualizzata del piano progettuale consente il perseguimento di obiettivi di autonomia, abilitazione e inclusione.

#### Art. 13 - Ufficio sociosanitario integrato di ambito

Lo strumento di integrazione gestionale e professionale tra ATS e Distretto Sanitario è l'Ufficio sociosanitario integrato di ambito, che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività disciplinate dal presente accordo. L'Ufficio sociosanitario integrato è coordinato dal Direttore del Distretto sanitario e dal Responsabile dell'Ambito territoriale sociale, comprende il Responsabile dell'Ufficio di Piano e le ulteriori responsabilità gestionali che si rendessero necessarie per l'organizzazione delle funzioni professionali e tecnico-amministrative richieste dal pieno svolgimento del processo assistenziale integrato. L'Ufficio sociosanitario integrato rappresenta altresì lo strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività sanitarie distrettuali. Per le funzioni di cui all'art. 8 del presente Accordo, l'Ufficio sociosanitario integrato si riunisce con cadenza almeno mensile.

## Art. 14 - Gestione delle informazioni

Gli Enti firmatari Accordo si impegnano a perseguire tutte le soluzioni operative utili alla condivisione delle informazioni necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale integrato. Nell'ambito dei servizi sociosanitari integrati, e al fine di favorire la presa in carico integrata della persona nella sua globalità, gli Enti Firmatari si impegnano a favorire e sviluppare l'interoperabilità tra i loro sistemi informativi nel rispetto della normativa nazionale ed europea su privacy e trattamento dati.

## **Titolo III - Impegni degli Enti aderenti**

### Art. 15 – Impegni delle Amministrazioni Locali

Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze. Le Amministrazioni Locali provvedono alla piena funzionalità dell'Ambito territoriale sociale, di cui il Comitato/Conferenza dei Sindaci costituisce l'organo di governance istituzionale, e pongono in essere le azioni necessarie a garantire:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'Accordo;
- La dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- La piena cooperazione tra le strutture organizzative delle singole amministrazioni con l'Equipe integrata di ambito, costituita anche dalle risorse messe a disposizione a questo stesso scopo dall'Azienda sanitaria locale tramite il Distretto sanitario.

Le Amministrazioni Locali si impegnano altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema locale dei servizi sociali con la costruzione del sistema territoriale sanitario, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

Art. 16 – Impegni dell'Azienda sanitaria locale Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze. L'Azienda sanitaria locale provvede alla piena funzionalità del Distretto sanitario e pone in essere le azioni necessarie a garantire:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'Accordo;
- La dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- La piena cooperazione tra le strutture organizzative interne all'Azienda sanitaria, o afferenti ai Dipartimenti, con l'Equipe integrata di ambito, costituita anche dalle risorse messe a disposizione a questo stesso scopo dalle Amministrazioni Locali tramite l'Ambito territoriale sociale.

L'Azienda sanitaria locale si impegna altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema territoriale sanitario con la costruzione del sistema locale dei servizi sociali, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

### Art. 17 – Organismo di condotta dell'Accordo

Il Comitato/Conferenza dei sindaci di ambito e l'Azienda sanitaria locale costituiscono un gruppo tecnico che provvede a monitorare l'andamento del presente accordo, informando periodicamente i rispettivi enti di appartenenza dei risultati raggiunti. Il gruppo tecnico è costituito da .... componenti espressi dal

Comitato/Conferenza dei Sindaci e da ... componenti espressi dall'Azienda sanitaria locale, insieme al Responsabile dell'Ambito territoriale sociale e al Direttore del Distretto sanitario.

#### Art. 18 - Allegati

Il presente Accordo è completato da tre allegati che ne fanno parte integrante:

- A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.
- B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.
- C. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

## Allegato 6

### INDICAZIONI PER L'EDUCAZIONE E L'ADDESTRAMENTO DEL CAREGIVER

#### RAZIONALE

La DRG del 07/05/2002 – n° 41 – 5952 - Linee Guida per l'attivazione del Servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte ha definito una serie di obiettivi specifici tra i quali il trasferimento di competenze al *caregiver* per favorire una piena autonomia di intervento nei confronti dell'assistito. Tra i presupposti essenziali per l'attivazione di un progetto di Cure Domiciliari vi sono **“la verifica della presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale”**.

Nello stesso documento il *caregiver* viene così definito: “colui che si prende cura direttamente della persona che necessita delle Cure Domiciliari. È un ruolo centrale assunto per lo più da un parente (convivente o non) oppure da un conoscente, amico, vicino di casa, o da un volontario di associazioni specifiche o di gruppi parrocchiali e di quartiere (*informal caregiver*).” I famigliari “provvedono nella maggior parte dei casi alla cura e sono comunemente detti *family caregiver*”.

**La legge 205 del 27 dicembre 2017 disciplina il caregiver familiare rispetto al vincolo del grado di parentela.** Laddove sia presente un caregiver familiare ma non sia idoneo per distanza, impegno professionale o limitazioni all'esercizio dell'attività assistenziale può delegare, con il consenso dell'assistito, tali attività ad un «**Caregiver operativo**», **che viene addestrato nell'esecuzione delle stesse da personale sanitario. Il caregiver operativo può non essere legato all'assistito da vincoli di parentela.**

L'assenza di un volenteroso e capace *caregiver* è l'ostacolo principale all'erogazione di servizi a domicilio; pertanto a volte è necessario il ricorso ad un *caregiver* di tipo « formale »

#### FINALITÀ

L'educazione ai *caregiver* è finalizzata al raggiungimento della massima capacità possibile nell'ambito della gestione della persona assistita per mezzo delle competenze attribuite attraverso interventi di formazione e certificazione delle competenze acquisite nel corso dell'esperienza sviluppata mediante l'intervento e la supervisione del personale sanitario.

Sulla base di quanto individuato dalla Commissione LEA nel 2006, si riportano le prestazioni relative all'area educativo/ relazionale/ambientale:

- Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
- Educazione del care giver alla attività di nursing di base (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
- Educazione/addestramento del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
- Educazione/addestramento del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
- Educazione/addestramento del care giver alla gestione ordinaria di enterostomie
- Educazione del care giver alla corretta mobilitazione / corretta postura del paziente
- Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee

## DESTINATARI

- pazienti e famiglie in carico al servizio di cure domiciliari
- *caregiver* ai quali somministrare una formazione specifica nell'ambito degli interventi assistenziali definiti all'interno del PAI ( Piano di Assistenza Individuale )

## MODALITÀ OPERATIVE

**Identificazione del caregiver :** coincide con l'identificazione di una persona di riferimento ( *caregiver* operativo )

**Idoneità del caregiver :** nel corso della prima visita domiciliare si valutano 1) il paziente dal punto di vista clinico e assistenziale 2) la situazione familiare 3) la presenza del *caregiver* operativo. Viene redatto il PAI, condiviso e firmato.

L'idoneità del *caregiver* operativo si fonda su diversi elementi ed il loro peso può essere più o meno gravoso sul raggiungimento degli obiettivi di salute dell'assistito a seconda della complessità assistenziale dello stesso

L'infermiere illustra le attività e le tecniche assistenziali di cui il *caregiver* dovrà farsi carico, ne raccoglie il consenso e spiega che l'addestramento non termina finché non viene raggiunta la completa e condivisa autonomia in un tempo stabilito. L'infermiere verifica l'avvenuto apprendimento e lo documenta.

La valutazione del *caregiver*, tuttavia, prosegue durante la prima visita, il training e con le rivalutazioni in itinere (alla scadenza del progetto, al variare delle condizioni cliniche della persona assistita, alle variazioni del contesto o di tutte le condizioni che possano influire sul carico assistenziale ed altro).

### **Certificazione dell'idoneità del *caregiver* operativo**

La scheda di idoneità è il documento necessario all'accertamento delle caratteristiche utili a svolgere il ruolo di *caregiver* operativo, in quanto identifica il paziente, il *caregiver* operativo e l'attività da attribuire.

La scheda di idoneità del *caregiver* operativo va conservata in cartella, al domicilio dell'assistito.

### **Piano Assistenziale Individuale**

Il PAI (Piano Assistenziale Individuale ) prevede il coinvolgimento del *caregiver* operativo, appositamente addestrato, alle attività specifiche ivi contenute. Le risorse per le attività del *caregiver* sono individuate in coerenza con la normativa vigente, demandando la definizione a successivi atti regionali di riferimento.