

REGIONE PIEMONTE

“Disposizioni attuative del D.P.C.M. 21/11/2019”

Premessa

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

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

Dalla sua istituzione, nell’anno 2007, il Fondo per le Non autosufficienze (FNA) ha visto interventi governativi tesi a regolare in maniera più puntuale l’utilizzo delle risorse, l’individuazione dei beneficiari, suddivisi tra “gravi” e “gravissimi”, e il sistema di rendicontazione. Nello specifico, nel rispetto delle finalità istitutive e dei modelli organizzativi regionali il D.M. 26 settembre 2016 stabilisce che le risorse del FNA “sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell’ambito dell’offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti”.

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

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

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

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

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

d) l’individuazione precisa dei beneficiari delle prestazioni e loro suddivisione in due categorie “gravi” e “gravissimi” per i quali sono previste tipologie di tutela diversificate:

- 1) per i “gravissimi” è individuata una soglia ISEE nazionale (50.000 euro, 65.000 in caso di beneficiari minori), mentre per i gravi l’individuazione di tale soglia viene lasciata alla programmazione regionale;

2) per i “gravissimi” è individuata una quota minima nazionale di intervento (400 euro), mentre al contrario nei confronti dei “gravi” la determinazione di tale quota viene lasciata alla programmazione regionale;

e) l’individuazione di un nuovo modello di monitoraggio e rendicontazione da parte governativa sull’uso delle risorse e dei livelli di copertura dei livelli essenziali (art. 3);

f) l’erogazione delle risorse del FNA condizionata all’adozione da parte delle regioni di uno specifico Piano Regionale per la Non Autosufficienza e la puntuale rendicontazione dell’uso delle risorse pervenute tramite il FNA sulla base di modelli nazionali (art. 3).

La Regione Piemonte deve pertanto procedere all’adozione delle Disposizioni attuative (d’ora in poi “disposizioni”) dei nuovi principi e definizioni introdotte dal Piano nazionale per la non Autosufficienza.

Il contesto regionale, dall’introduzione degli interventi finanziati con le risorse del FNA a partire dall’anno 2007, si è sviluppato seguendo direttrici diversificate a seconda dei territori che evidenziano punti di forza e di debolezza.

A partire dal presente recepimento del Piano nazionale, si intende avviare un processo concertativo finalizzato a garantire la reale fruizione dei livelli assistenziali previsti a tutti i cittadini che ne hanno diritto, tenuto conto che tali livelli assistenziali godono di una tutela costituzionale.

Tale processo prenderà in considerazione la centralità della persona, le caratteristiche epidemiologiche e socio-economiche territoriali, i differenti livelli di integrazione con il comparto sanitario raggiunti localmente, con l’obiettivo di costruire un sistema di protezione unitario adeguato, sostenibile e omogeneo.

Andrà altresì affrontata la criticità delle liste d’attesa perseguendo l’equità e la trasparenza del sistema d’accesso.

La Regione Piemonte tramite le presenti Disposizioni, di seguito illustrate nel presente allegato, recepisce i principi cardine della normativa nazionale e, tramite ulteriori provvedimenti, procederà nel definire le norme di dettaglio per un efficace utilizzo delle risorse nazionali e regionali disponibili.

1) DEFINIZIONI

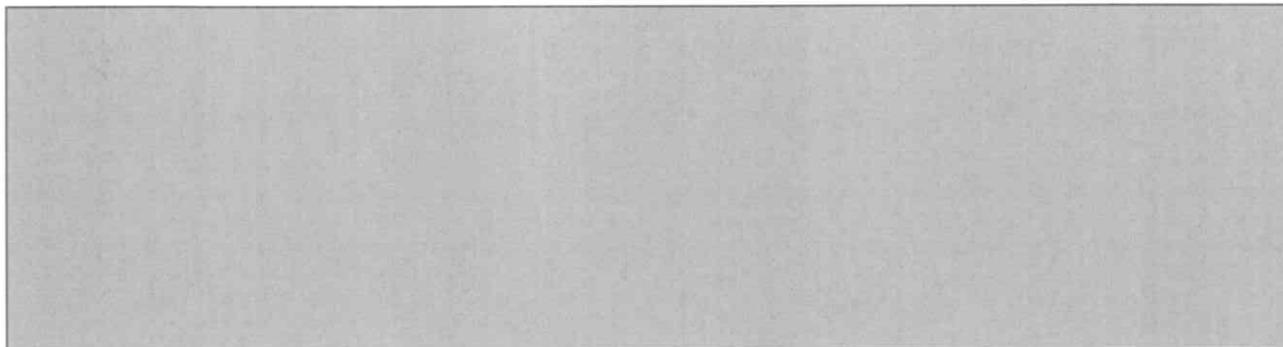
Ai soli fini del presente provvedimento di applicano le seguenti definizioni:

- **“Budget di cura”**: per budget di cura si intende l’insieme delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità. La caratteristica peculiare del Budget di Cura è di essere strutturato sui bisogni e per questo di essere flessibile e non legato ad un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore;
- **“Caregiver”**: familiare che assiste – senza un compenso – un proprio congiunto;
- **“Case Manager”**: operatore individuato tra le professionalità sociali o sanitarie in relazione alla prevalenza delle prestazioni; svolge funzioni di contatto tra utente e caregiver, coordinatore delle risorse professionali, responsabile per il monitoraggio e la valutazione del PAI;
- **“Cure Domiciliari”**: insieme di servizi sanitari, sociali e sociosanitari tesi a garantire la permanenza al proprio domicilio della persona; per quanto attiene il presente provvedimento si fa riferimento alla fase di cure domiciliari in lungoassistenza finalizzata a mantenere l’autonomia funzionale possibile ed a rallentare il

suo deterioramento, e caratterizzata da un minore impegno terapeutico e/o riabilitativo e da un maggiore intervento socio-sanitario rivolto a favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione, ed in linea generale, il miglioramento della qualità della vita. Di norma tale fase è correlata ai livelli di complessità assistenziale bassa e media, come definiti dalla D.G.R. 41/2002.

- **“Non autosufficienza grave”**: non c'è una definizione a livello nazionale delle persone con non autosufficienza grave, ma tali soggetti possono essere individuati in coloro che presentano una condizione di non autosufficienza e che necessitano di assistenza, ma non rientrano nella definizione seguente di “non autosufficienza gravissima”;
- **“ Non autosufficienza gravissima”**: le persone con non autosufficienza gravissima sono individuate dai criteri previsti dall'art. 3 del Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 3 novembre 2016, ovvero titolarità dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980 n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e con presenza di una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del succitato decreto del 2016;
- **“P.A.I. Piano di Assistenza Individualizzato”**: è un programma sistemico di lavoro formulato dall'equipe multi-professionale, costruito a partire dalle indicazioni contenute nella valutazione multidimensionale che in base alla valutazione dei bisogni della persona richiedente assistenza, individua gli obiettivi raggiungibili e le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per raggiungerli, proponendo anche una valutazione in itinere ed ex post per valutare i risultati conseguiti, adeguando - se del caso - le prestazioni erogate. Il P.A.I. permette di valutare l'appropriatezza delle prestazioni pianificate e la loro efficacia, unitamente ai costi;
- **“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”;
- **“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;
- **“U.V.G. Unità di Valutazione Geriatrica”**: è l'equipe multidisciplinare con sede nel Distretto Sanitario designata alla Valutazione multidimensionale del bisogno della persona anziana tramite le modalità e scale di riferimento indicate nella D.G.R. 14-5999 del 25 giugno 2013 e s.m.i.;
- **“Unità Multidisciplinare di Valutazione delle Disabilità (U.M.V.D.)”**: è l'equipe multidisciplinare con sede nel Distretto Sanitario deputata alla Valutazione multidimensionale del bisogno della persona tramite le modalità e le scale di riferimento previste dalla D.G.R. n. 39-1523 del 12.6.2020;
- **“Valutazione multidimensionale del bisogno”**: misurazione dello stato di salute della persona, del grado di autonomia e di autosufficienza, delle risorse personali e familiari presenti e delle condizioni economiche che possono condizionare, qualora non autosufficiente, la sua permanenza nell'ambiente di vita.

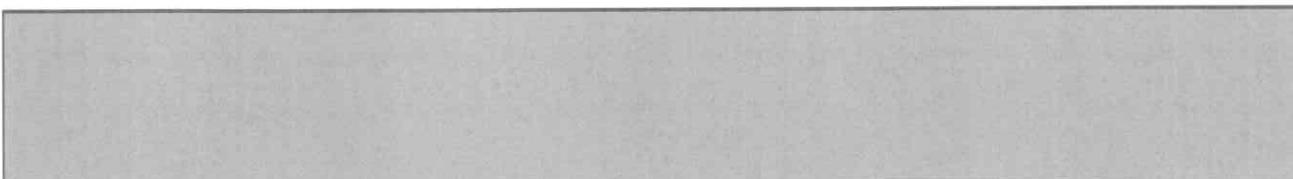
Disposizioni attuative



I principali riferimenti normativi regionali sono i seguenti:

- 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. n. 10 del 18 febbraio 2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti".
- D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 e smi "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n.17-15226/2005 *"Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti"* e della D.G.R. n. 14-26366/1998 *"Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG"*;
- D.G.R. n. 26-13680 del 29 marzo 2010 "Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità Multidisciplinari di Valutazione della disabilità (UMVD)";
- 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";
- D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, allegato 6 "Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)";
- D.G.R. n. 18-1326 del 20 aprile 2015 "Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015";
- D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica";
- 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. 51-8960 del 16 maggio 2019 "L.r. 3/2019. Approvazione di nuove linee guida per la predisposizione dei progetti di Vita indipendente. Revoca D.G.R. n. 48-9266 del 21.7.2008";
- D.G.R. n. 39-1523 del 12 giugno 2020 "Approvazione delle nuove Cartelle Disabilità Minori e Disabilità Adulti, contenenti le valutazioni degli aspetti sociali e sanitari".

Le modalità di definizione delle Disposizioni contenute nel presente atto sono state oggetto di consultazione con gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali della regione e di tutti gli altri soggetti rappresentativi in materia di non autosufficienza, in particolare le rappresentanze delle organizzazioni delle persone con disabilità.



I principali riferimenti normativi regionali sono i seguenti:

- D.G.R. n. 51 – 11389 del 23 dicembre 2003 “D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio-sanitaria”
- 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.
- 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”.

In Piemonte attualmente, vista la realtà che comprende ben 1181 Comuni (alcuni molto piccoli e in condizione di grave dispersione), l’integrazione socio-sanitaria è definita 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 a unire le loro forze attraverso la forma Consortile, 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 49 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.

In merito, si rilevano modalità a volte 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 (la disomogeneità è sicuramente importante).

Proprio in riferimento a questo delicato aspetto e alla necessità che tutti i cittadini possano ottenere in ogni parte del territorio regionale servizi omogenei, seppur a fronte di condizioni di vita differenti, la Regione intende promuovere e organizzare un percorso di lavoro dedicato finalizzato a meglio definire una cornice comune all’interno della quale gli ambiti sociale e sanitario possano instaurare modalità di lavoro e relazioni più condivise. Ciò attraverso la definizione di una convenzione quadro tra le le Aziende Sanitarie e gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, quale riferimento unico per tutta la Regione.

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 e perseguono il principio

dell'integrazione socio-sanitaria con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio e degli Enti del terzo settore nel rispetto dei principi dell'art 55 del Decreto Legislativo n. 117 del 2017.

Am
org
ad
san
pre
l'in
ric
Re

In base alla 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.

Rimane, invece, ancora inattuato l'articolo 23 comma 2 del D. Lgs. 15 febbraio 2017, n. 147, richiamato dalla schema di Piano, con la quale si richiede "ambiti di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro, prevedendo che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le attività di programmazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego".

Nella passata legislatura il tema "Ambiti" è stato oggetto di ampie ed approfondite discussioni che non hanno portato ad una sintesi condivisa. Ad oggi rimangono ancora attivi 49 Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali di cui alla L.R n. 1/2004 già citata.

Per gestire alcune particolari problematiche, quali il reddito di cittadinanza, il progetto We.Ca.Re (Welfare Cantiere Regionale) finanziato dal POR FSE, il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, i 49 Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali si sono comunque costituiti in 30 ambiti che risultano dall'aggregazione temporanea e finalizzata di più Enti Gestori.

L'elenco dei 49 Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali è contenuto nell'allegato B.

L'utente e/o la persona che se ne prende cura (caregiver), quando è necessario attivare interventi sociali in ambito sanitario e viceversa, si deve rivolgere agli Sportelli Unici SocioSanitari (SUSS) presenti nelle suddivisioni territoriali di ogni Azienda Sanitaria (ASL Città di Torino, ASL TO3-4-5, ASL CN 1 e 2, ASL Asti, ASL Alessandria, ASL Biella, ASL Vercelli, ASL Novara, ASL Verbano, Cusio Ossola) e/o di ogni Ente Gestore della funzione Socio Assistenziale.

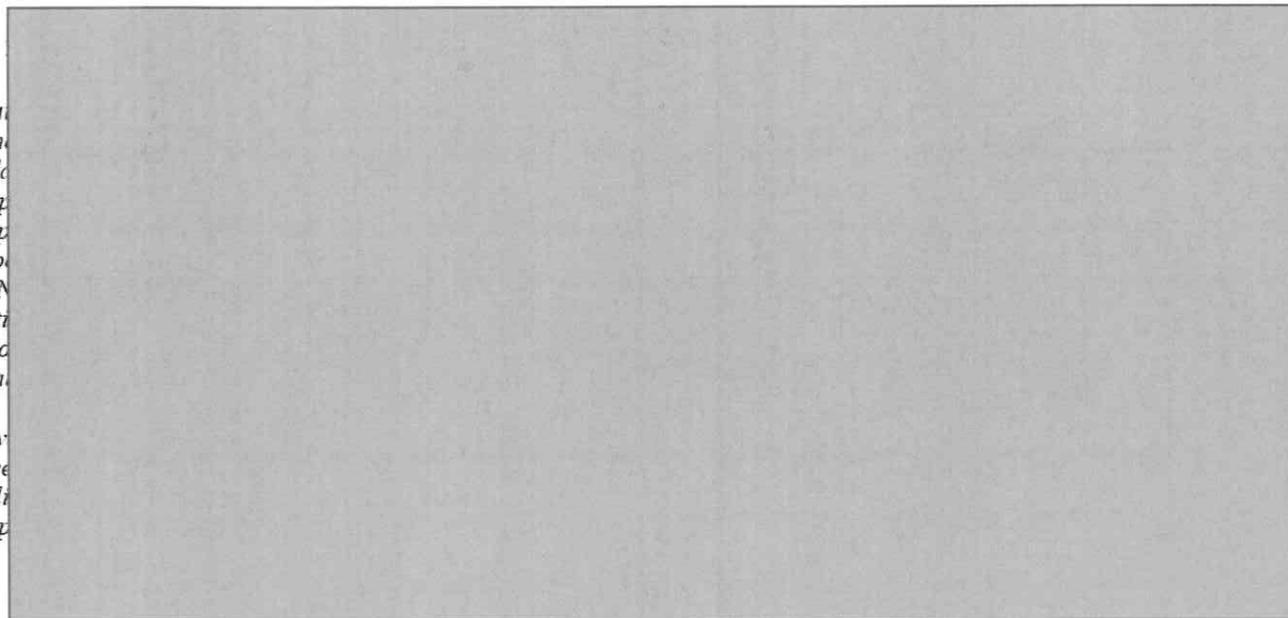
Con la D.G.R. n. 55-9323 del 28.7.2008 "Definizione delle modalità e dei criteri dell'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L) e dei Soggetti Gestori delle funzioni socio assistenziali (EE.GG), delle risorse assegnate a livello nazionale, al Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2007 ed attribuite alla Regione Piemonte", è stata destinata la somma di euro 7.797.985,90 per l'attivazione o per il rafforzamento e l'ulteriore messa a punto sotto il profilo organizzativo e gestionale, in ogni Distretto sanitario dello Sportello Unico Socio-Sanitario, configurabile come porta unitaria di accesso del cittadino alle informazioni relative agli ambiti sociale, assistenziale e sanitario e come primo momento di restituzione degli interventi.

L'attivazione sul territorio di Sportelli Unici Socio-Sanitari è stata prevista allo scopo di porre particolare attenzione a migliorare e facilitare l'accesso ai servizi soprattutto da parte di anziani in condizioni di non autosufficienza, nonché persone, minori e adulte, affette da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia e persone colpite da minorazione fisica.

I Punti Unici di Accesso sono anche la porta di entrata per la richiesta di prestazioni socio-sanitarie residenziali, semi-residenziali e domiciliari per anziani non autosufficienti (DGR 14-5999 del 25 giugno 2012).

Valu
Pian
mod
comp
bio-p
supp
Il PN
mult
psico
Disa

La v
prece
quali
terap



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:

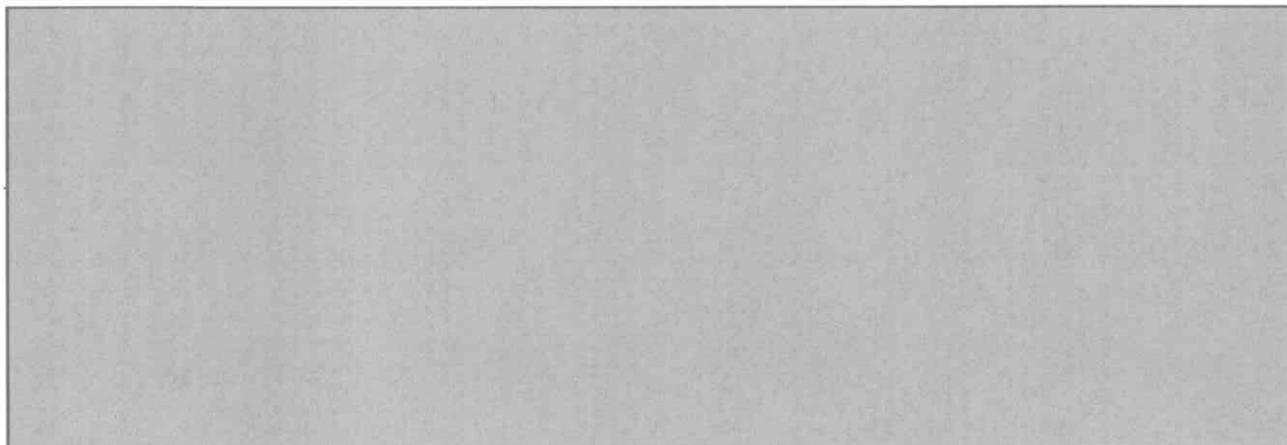
- il punteggio sanitario
- il punteggio sociale
- il tipo di progetto assegnato / individuato

- il grado di priorità.

Con la D.G.R. n. 26-13680 del 29.3.2010 “*Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)*” sono state individuate la composizione e le modalità di funzionamento dell’apposita Unità di Valutazione Multidimensionale, minori e adulti, nonché la scheda contenente la relazione sociale e sanitaria con il progetto individuale, già basata sul sistema di valutazione ICF.

Alla suddetta unità di valutazione, composta da figure professionali sanitarie e sociali, compete, attraverso la valutazione multidisciplinare, l’individuazione dei bisogni sanitari e assistenziali delle persone disabili e la conseguente predisposizione del progetto individuale contenente gli interventi socio-sanitari da attivare.

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).

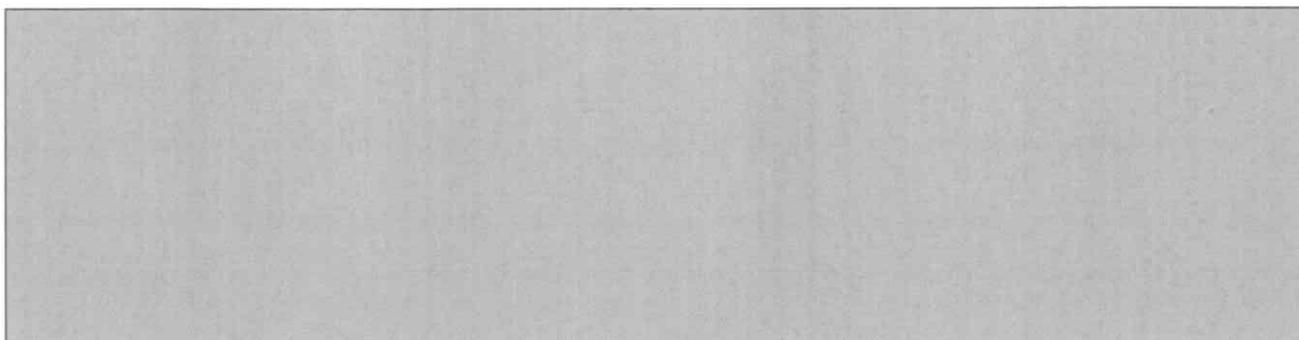


Per l’erogazione delle prestazioni a sostegno delle persone non autosufficienti è sempre prevista la definizione di un Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) quale trasposizione operativa del Progetto individuale definito in sede di valutazione delle Unità valutative competenti.

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

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

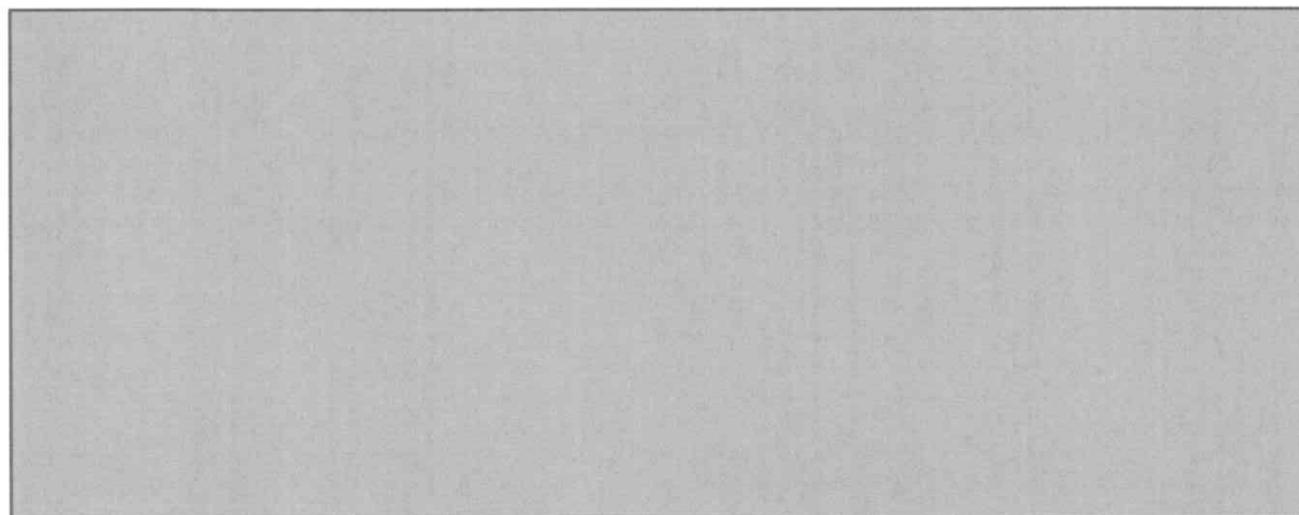
In particolare, relativamente alle persone con disabilità, la valutazione multidimensionale da parte dell’UMVD, ai sensi della DGR n. 26-13680 del 29 marzo 2010, è finalizzata alla definizione di un progetto personalizzato che individui gli specifici sostegni di cui la persona con disabilità ha bisogno,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



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

In sede di predisposizione del PAI, le diverse figure professionali procedono alla definizione di un budget di cura, cioè l'insieme delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per attivare un processo volto a garantire la miglior qualità della vita possibile e una corretta allocazione delle risorse disponibili.

Il P.A.I., inoltre, deve garantire la piena partecipazione della persona e/o della sua rete familiare alla costruzione delle risposte personalizzate e persegue il principio dell'integrazione socio-sanitaria con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, attraverso la definizione del suddetto budget di cura.



Destinatari degli interventi di domiciliarità in lungo-assistenza sono le persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti e le persone con disabilità.

Le persone non autosufficienti, gravissime e gravi, sono valutate dalle competenti Unità di valutazione in base alle scale di valutazione sanitarie e sociali per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale.

Hanno accesso alle prestazioni le persone anziane con valutazione multidimensionale dalla quale risulti lo stato di non autosufficienza come definito dalla D.G.R. 14-5999 del 25 giugno 2013 e s.m.i. (valutazione sanitaria \geq a 5 punti) e le persone con disabilità residenti nei territori di competenza ritenute

idonee ad un progetto di assistenza domiciliare da parte delle competenti Unità di Valutazione (UVG, U.M.V.D.).

Le scale di valutazione fino ad ora adottate sono state oggetto di trans-codifica negli strumenti previsti dal livello nazionale.

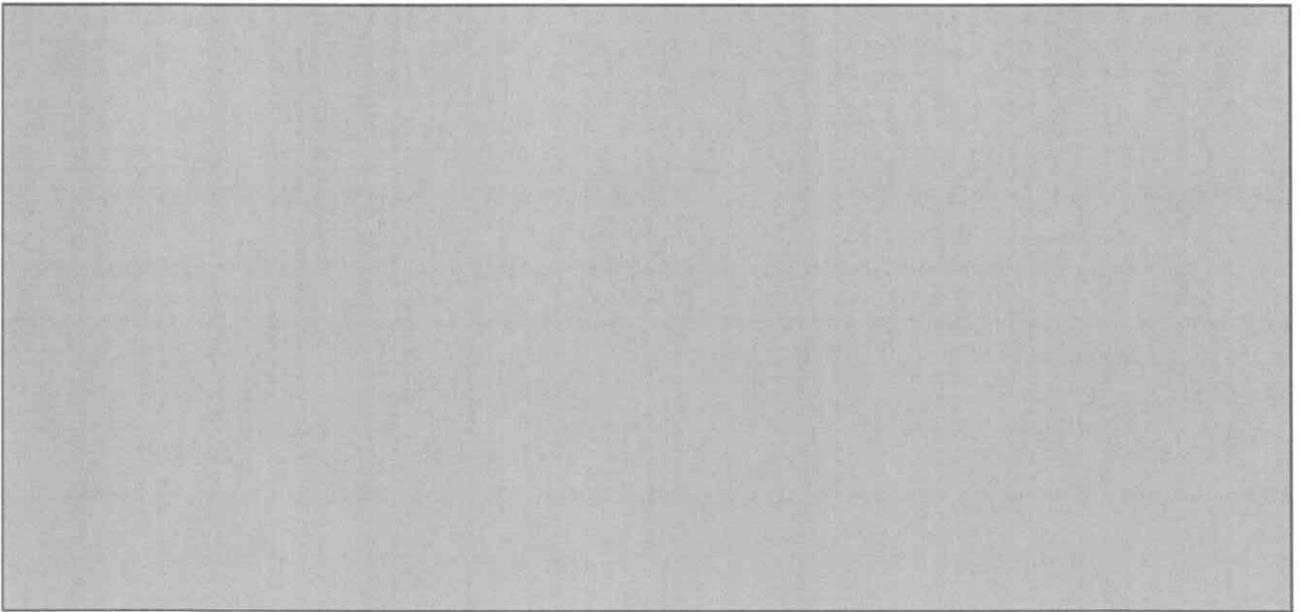
In particolare, per quanto riguarda i non autosufficienti gravissimi si utilizzano i criteri previsti dall'art. 3 del DM 26 settembre 2016, richiamati dal decreto del 21 novembre 2019, ovvero titolarità dell'indennità di accompagnamento e presenza di una delle condizioni declinate nelle lettere da a)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

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

Le Commissioni provvedono alla trasmissione all'interessato dell'esito della valutazione (anche in caso di respingimento dell'istanza); nei casi di progetti di carattere "domiciliare", nella comunicazione devono essere riportate:

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

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



3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati.

➤ L'articolo 2 del DM 26 settembre 2016, richiamato nell'Allegato 2 del Piano, individua le seguenti aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni:

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'articolo 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'articolo 4, comma 1, lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

Descrivere gli interventi previsti distinguendo quelli per le persone in condizione di disabilità gravissima e quelli per le persone in condizione di disabilità grave.

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

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

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

- a) INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE
- b) INTERVENTI CON TRASFERIMENTI MONETARI
- c) INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE
- d) MIX DI INTERVENTI

a) INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Gli 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:

1. prestazioni professionali;
2. prestazioni di assistenza familiare;

b) INTERVENTI CON TRASFERIMENTI MONETARI o VOUCHER PER ACQUISTO DI SERVIZI

Gli interventi si riferiscono al trasferimento di contributi economici al beneficiario per sostenere gli oneri di cura sotto forma di:

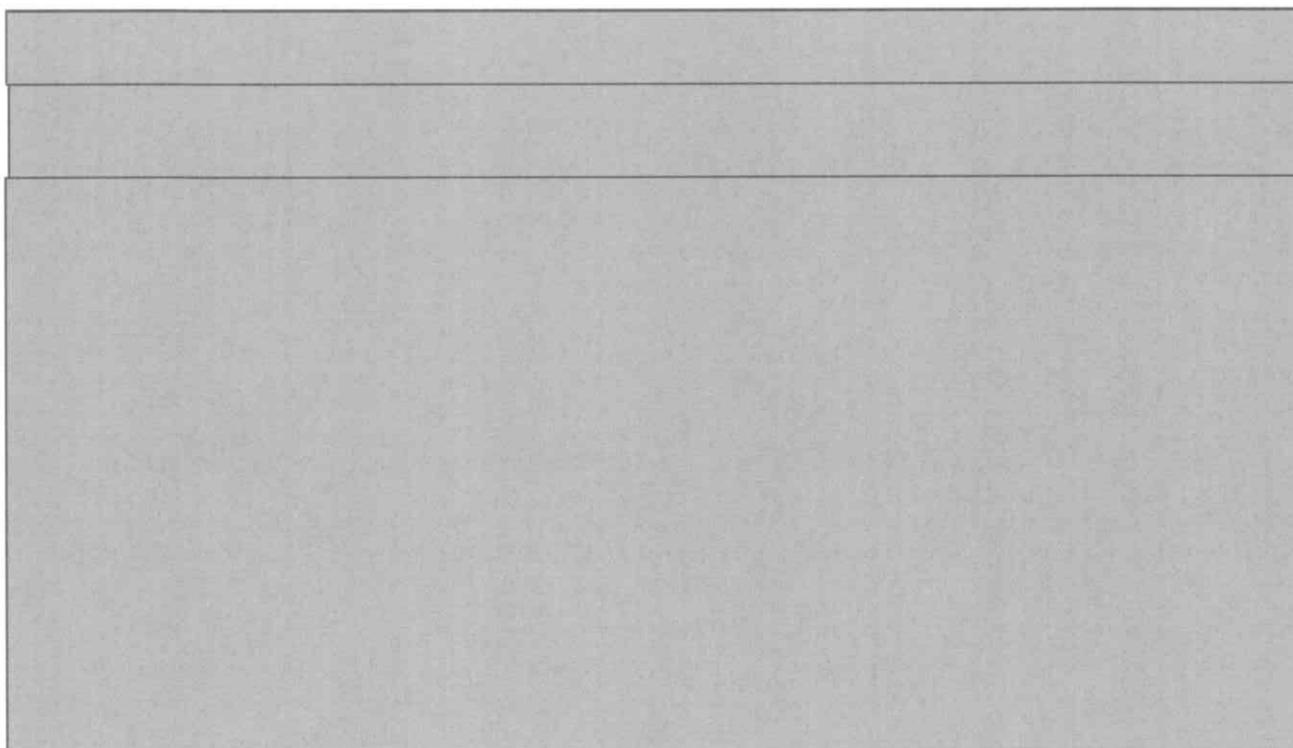
1. assegno di cura per l'assunzione di un assistente familiare;
2. assegno di cura per le prestazioni fornite da familiari;
3. assegno di cura per l'acquisto di prestazioni fornite da OSS;
4. voucher socio-sanitari, cioè titoli economici non in denaro, utilizzabili per l'acquisto di prestazioni di assistenza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

c) INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE

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

d) MIX DI INTERVENTI

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



3.1.1.a L'Assegno di cura e per l'autonomia (per disabili gravissimi).

3.1.1.a L'Assegno di cura e per l'autonomia per non autosufficienti gravissimi.

Si definisce "Assegno di cura e per l'autonomia" l'insieme delle prestazioni di cui al paragrafo 3. "La descrizione degli interventi e dei servizi programmati" previsti dal PAI.

I beneficiari individuati al precedente punto 2, quali persone con non autosufficienza gravissima, possono ricevere un assegno di cura e per l'autonomia con le seguenti modalità:

Beneficiari maggiorenni	
--------------------------------	--

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

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

3.1.1.b Risorse disponibili

L'uso delle risorse del FNA e le ulteriori risorse disponibili individuate dalla Regione vengono ripartite agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali i quali le usano nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) all'interno del riparto di cui al punto precedente, le risorse devono essere destinate, prioritariamente, e comunque in maniera esclusiva, per una quota non inferiore al 50%, per gli interventi a favore di persone in condizione di non autosufficienza gravissima, di cui all'art. 3 del decreto ministeriale 26 settembre 2016, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e delle persone con stato di demenza molto grave, tra cui quelle affette dal morbo di Alzheimer;
- b) nel caso di esaurimento della graduatoria afferente una delle categorie sopraelencate, l'Ente Gestore utilizza le risorse disponibili per le altre categorie di beneficiari.

3.1.1.c 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:

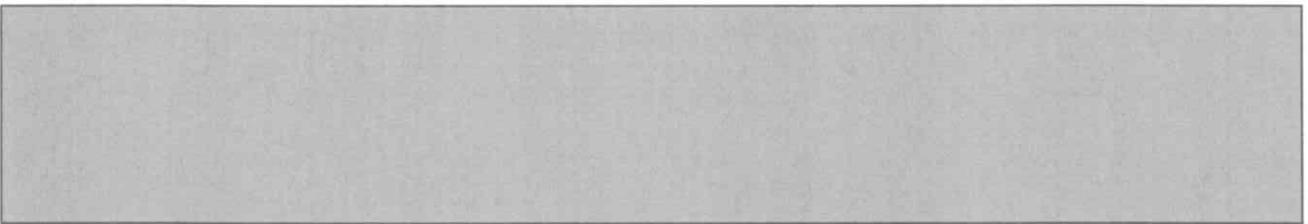
- suddivisione tra persone con non autosufficienza grave e persone con non autosufficienza gravissima;
- punteggio di valutazione socio-sanitaria risultante dalla valutazione della commissione competente, in ordine decrescente;
- in caso di parità di punteggio si terrà conto dell'ordine cronologico di 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 P.A.I..



Il P.A.I. 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.

3.2. Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave

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

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

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

Per quanto attiene la priorità di accesso si rimanda al precedente punto 3.1.1.b.

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

Le prestazioni previste dalle presenti Disposizioni sono finanziate da:

- risorse provenienti dal Fondo Nazionale per la non Autosufficienza;

Le prestazioni previste dalle presenti Disposizioni sono finanziate da:

- risorse provenienti dal Fondo Nazionale per la non Autosufficienza;
- risorse regionali di parte sociale già destinate ai servizi di domiciliarità in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti;
- eventuali altre risorse statali trasferite per finalità coerenti con gli obiettivi del presente atto;
- eventuali risorse provenienti da enti pubblici e privati.

La previsione di spesa per l'anno 2020 tiene conto delle risorse assegnate dal DPCM del 21 novembre 2019, pari ad euro 45.680.000,00, dal Decreto Direttoriale del 23 marzo 2020, pari ad euro 4.000.000,00, e dalla proposta di DPCM di agosto 2020, pari ad euro 7.040.000,00.

Il totale delle risorse statali per l'anno 2020 risulta quindi di euro 56.720.000,00.

Aree di intervento	Annualità 2019		Annualità 2020		Annualità 2021	
	Non autosufficienza gravissima 50%	Non autosufficienza grave 50%	Non autosufficienza gravissima 50%	Non autosufficienza grave 50%	Non autosufficienza gravissima 50%	Non autosufficienza grave 50%
a) Assistenza domiciliare	2.368.000,00	2.368.000,00	2.428.000,00	2.428.000,00	2.219.600,00	2.219.600,00
b) Assistenza indiretta	17.632.000,00	17.632.000,00	19.424.000,00	19.424.000,00	17.756.800,00	17.756.800,00
c) Interventi complementari all'assistenza domiciliare	2.368.000,00	2.368.000,00	2.428.000,00	2.428.000,00	2.219.600,00	2.219.600,00
d) Contributo straordinario COVID 19	0,00	0,00	2.800.000,00	2.800.000,00	0,00	0,00
Totale (a)* (esclusa Vita indipendente)	22.368.000,00	22.368.000,00	27.080.000,00	27.080.000,00	22.196.000,00	22.196.000,00
Progetti Vita indipendente (b)**	1.120.000,00		2.560.000,00		1.120.000,00	
Totale (c)*	45.856.000,00		56.720.000,00		45.512.000,00	

La ripartizione delle risorse fra non autosufficienza gravissima e non autosufficienza grave risponde all'indicazione del Ministero di prevedere due quote distinte.

Vista, però, l'attuale situazione della Regione Piemonte, con la presenza di una considerevole lista di attesa di persone valutate idonee alla prestazione, ma ancora in graduatoria per mancanza di fondi, si stabilisce di procedere all'utilizzo delle risorse principalmente per le persone valutate gravissime anche oltre eventualmente la percentuale definita in tabella per tale categoria.

Successivamente all'esaurimento della graduatoria delle persone con non autosufficienza gravissima, si potrà estendere la prestazione alla graduatoria delle persone con autosufficienza grave.

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.



Si prevede di implementare il Sistema Informativo regionale, allo scopo di armonizzarlo con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e con il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS).

In particolare, il sistema informativo regionale verrà implementato con i dati relativi all'utilizzo delle risorse ripartite alla regione dal Fondo per le non autosufficienze ministeriale in base alle disposizioni di cui all'art.3 del Decreto ministeriale del 21 novembre 2019.

In base a quanto disposto dal Decreto del 22 agosto 2019, le unità di rilevazione saranno gli ambiti territoriali di cui al precedente punto 1.2.1 che renderanno al 31 dicembre di ciascun anno, oltre ai dati economici, il numero e le caratteristiche delle persone assistite nel proprio territorio, al fine di poterle rendere disponibili agli uffici ministeriali entro il 3 maggio dell'anno successivo.

Il provvedimento di cui al successivo punto 5.1 conterrà ulteriori norme di dettaglio per la regolare rendicontazione.

5.1 Periodo transitorio

La Regione entro 180 giorni dall'approvazione delle presenti Disposizioni attuative da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, come previsto dal comma 5 dell'art. 1 del D.P.C.M. 21 novembre 2019, procede all'emanazione di ulteriori provvedimenti al fine di regolare:

- a) le modalità di rendicontazione da parte degli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali;
- b) le modalità di monitoraggio della Regione dell'andamento delle prestazioni erogate e delle graduatorie di accesso;
- c) i criteri di omogeneità nell'erogazione delle prestazioni previste dalle presenti Disposizioni attuative;
- d) ulteriori interventi che si ritenessero necessari a seguito di indicazioni normative nazionali o dal monitoraggio dell'andamento delle presenti "Disposizioni attuative".

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 delle Disposizioni stesse.

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

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

Con la deliberazione n. 5-1780 del 31.7.2020 la Giunta regionale ha individuato gli ambiti territoriali da coinvolgere nella progettualità in materia di vita indipendente per il triennio 2019-2021 ed ha stabilito di ampliare il numero degli ambiti territoriali previsto nell'allegato F del D.P.C.M. 21.11.2019, inserendo nella progettualità triennale i 18 ambiti territoriali ammessi al finanziamento ministeriale nelle ultime tre annualità sperimentali, garantendo così la continuità dei progetti ed una maggiore stabilità di finanziamento per il triennio.

Il cofinanziamento, pari al 20% del costo totale delle singole progettualità, viene garantito dagli ambiti territoriali individuati.

Parallelamente alla progettualità finanziata con le risorse ministeriali, nella regione Piemonte sono attivi, già dal 2008, progetti di vita indipendente finanziati con risorse regionali.

Sulla base delle linee guida ministeriali con la DGR n. 51-8960 del 16.5.2019 sono state approvate le "Nuove Linee guida per la predisposizione dei progetti di Vita indipendente".

RISORSE FNA	CO-FINANZIAMENTO	TOTALE
1.120.000	280.000	1.400.000

Indicazione n. Ambiti aderenti

n. 18

Denominazione Ambiti Territoriali aderenti

6. Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali C.I.S.S. - PINEROLO
7. Consorzio Intercomunale dei Servizi S.A. del Biellese Orientale - CISSABO COSSATO (CAPOFILA) con Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Ass.li I.R.I.S. - BIELLA
8. Consorzio Monviso Solidale - FOSSANO
9. Consorzio Intercomunale dei Servizi alla Persona C.I.S.A.P - GRUGLIASCO (in cui è confluito il Consorzio C.I.S.A. di RIVOLI inserito nelle precedenti sperimentazioni ministeriali)
10. Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero - ALBA
11. Consorzio Servizi Sociali - OVADA
12. Unione dei Comuni Nord Est Torino - SETTIMO TORINESE
13. Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese - CUNEO

14. Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Assistenziali dei Comuni dell'Alessandrino C.I.S.S.A.C.A.- ALESSANDRIA
15. Consorzio Intercomunale del Novese dei Servizi alla Persona - NOVI LIGURE
16. COMUNE DI TORINO
17. Convenzione per la gestione associata dei Servizi Socio Assistenziali Ambito di BRA
18. C.I.S.A.S. Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali - CASTELLETTO SOPRA TICINO
19. Consorzio Intercomunale Socio – Assistenziale “Valle di Susa” CON ISA – SUSÀ
20. Consorzio per i Servizi Socio-Assistenziali del Monregalese - MONDOVI
21. Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale C.I.S.A. 31 - CARMAGNOLA
22. Consorzio Intercomunale di Servizi CI. di S. - ORBASSANO
23. Unione Montana Suol d'Aleramo - PONTI

ENTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO ASSISTENZIALI			
	Denominazione	Prov.	Sede
1	Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero - ALBA	CN	ALBA
2	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Ass.li dei Comuni dell'Alessandrino - C.I.S.S.A.C.A ALESSANDRIA	AL	ALESSANDRIA
3	Comuni convenzionati di Arona - c/o ARONA	NO	ARONA
4	Comune di ASTI	AT	ASTI
5	Consorzio per la Gestione dei Servizi Socio-Assistenziali - CO.GE.SA. ASTI	AT	ASTI
6	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Ass.li - I.R.I.S. BIELLA	BI	BIELLA
7	Consorzio Intercomunale per la Gestione dei Servizi Socio-Assistenziali - C.I.S.S. BORGOMANERO	NO	BORGOMANERO
8	Convenzione per la gestione associata dei Servizi Socio Assistenziali Ambito di Bra - c/o BRA	CN	BRA
9	Consorzio Intercomunale Servizi Socio-Assistenziali - C.I.S.S-A.C. CALUSO	TO	CALUSO
10	Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale - C.I.S.A. 31 CARMAGNOLA	TO	CARMAGNOLA
11	ASL AL - Servizio Socio Assistenziale - Distretto di CASALE MONFERRATO	AL	CASALE M.TO
12	Consorzio Intercomunale Servizi Socio Assistenziali - C.I.S.A.S.	NO	CASTELLETTO SOPRA TICINO
13	Unione Montana delle Valli Mongia e Cevetta, Langa Cebana - Alta Valle Bormida - CEVA	CN	CEVA
14	Consorzio Servizi Socio-Assistenziali del Chierese - C.S.S-A.C. CHIERI	TO	CHIERI
15	Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali - C.I.S.S. CHIVASSO	TO	CHIVASSO
16	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Ass.li - C.I.S. CIRIE'	TO	CIRIE'

ENTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO ASSISTENZIALI			
	Denominazione	Prov.	Sede
17	Consorzio Intercomunale dei Servizi S.A. del Biellese Orientale - CISSABO COSSATO	BI	COSSATO
18	Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese - CUNEO	CN	CUNEO
19	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Ass.li - C.I.S.S.38 CUORGNE'	TO	CUORGNE'
20	Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali - C.I.S.S. OSSOLA DOMODOSSOLA	VB	DOMODOSSOLA
21	Consorzio Monviso Solidale - FOSSANO	CN	FOSSANO
22	Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale - C.I.S.A GASSINO TORINESE	TO	GASSINO T.SE
23	Consorzio per l'Attività Socio - Assistenziale - C.A.S.A. GATTINARA	VC	GATTINARA
24	Unione dei Comuni montani della Valsangone Servizio Socio Assistenziale - GIAVENO	TO	GIAVENO
25	Consorzio Servizi Sociali (Interventi e Relazioni Territoriali) - IN.RE.TE. IVREA	TO	IVREA
26	Unione dei Comuni di Moncalieri Trofarello La Loggia - MONCALIERI	TO	MONCALIERI
27	Consorzio per i Servizi Socio-Assistenziali del Monregalese - C.S.S.M. MONDOVI'	CN	MONDOVI'
28	Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale - C.I.S.A. NICHELINO	TO	NICHELINO
29	Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale Asti Sud - C.I.S.A Asti Sud NIZZA MONFERRATO	AT	NIZZA M.TO
30	Comune di NOVARA	NO	NOVARA
31	Consorzio Intercomunale del Novese dei Servizi alla Persona - C.S.P. del Novese NOVI LIGURE	AL	NOVI LIGURE
32	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Assistenziali - C.I.S.S. CUSIO OMEGNA	VB	OMEGNA
33	Consorzio Intercomunale di Servizi - C.I. di S. ORBASSANO	TO	ORBASSANO

ENTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO ASSISTENZIALI			
	Denominazione	Prov.	Sede
34	Consorzio Servizi Sociali Ovadese - C.S.S. Ovadese OVADA	AL	OVADA
35	Unione montana dei Comuni delle Valli Chisone e Germanasca - PEROSA ARGENTINA	TO	PEROSA ARGENTINA
36	Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Ass.li - C.I.S.S.A. PIANEZZA	TO	PIANEZZA
37	Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali - C.I.S.S. PINEROLO	TO	PINEROLO
38	Unione Montana Suol D'Aleramo convenzionata con comuni dell'Acquese (ASCA) - PONTI	AL	PONTI
39	Consorzio Intercomunale dei Servizi alla Persona - C.I.S.A.P RIVOLI	TO	RIVOLI
40	Consorzio Intercom.le per la Gestione dei Servizi Socio Ass.li dell'Ovest-Ticino - C.I.S.A. Ovest Ticino ROMENTINO	NO	ROMENTINO
41	Consorzio Intercomunale per la Gestione dei Servizi di Assistenza Sociale - C.I.S.A.S. SANTHIA'	VC	SANTHIA'
42	Unione dei Comuni Nord Est Torino - SETTIMO TORINESE	TO	SETTIMO T. SE
43	Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale "Valle di Susa" - CON.I.S.A. SUSAS	TO	SUSA
44	Comune di TORINO	TO	TORINO
45	Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale - C.I.S.A. TORTONA	AL	TORTONA
46	ASL AL - Servizio Socio Assistenziale -VALENZA	AL	VALENZA
47	Unione Montana dei Comuni della Valsesia - VARALLO	VC	VARALLO
48	Consorzio dei Servizi Sociali del Verbanio - C.S.S.V. VERBANIA	VB	VERBANIA
49	Comuni convenzionati c/o VERCELLI	VC	VERCELLI