



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 42/11 DEL 4.10.2006

PROGRAMMA SPERIMENTALE “RITORNARE A CASA” (art. 17, comma 1, L.R. 4/2006)

LINEE DI INDIRIZZO

1 - Introduzione

Il programma “Ritornare a casa” è finalizzato al rientro nella famiglia o in situazioni di vita di tipo familiare di persone attualmente inserite in strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario, superare la istituzionalizzazione e promuovere la permanenza delle persone nel proprio domicilio.

Il presente provvedimento segue altri interventi già deliberati in favore delle persone fragili, quale “l’istituzione del Punto Unico d’accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale” (delibera 7/5 del 21 febbraio 2006), le “Linee di indirizzo sulle attività sanitarie e sociosanitarie di riabilitazione” (delibera 8/16 del 28 febbraio 2006) e le “Linee di indirizzo in materia di Residenze Sanitarie Assistenziali e dei Centri Diurni integrati” (delibera 25/6 del 13 giugno 2006).

Più specificatamente il presente provvedimento si inserisce all’interno di un quadro di riferimento orientato a sviluppare la domiciliarità dei servizi alla persona in difficoltà a favore della famiglia e del contesto di vita, con il sostegno di una rete organizzata e funzionale di servizi sociali e sanitari.

Il presente provvedimento deve armonizzarsi pertanto con il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrato (ADI) che in alcune Aziende sanitarie ha raggiunto buoni livelli di efficacia, con i piani personalizzati in favore delle persone con handicap grave (Legge 162/98), con le azioni volte a incoraggiare l’emersione del lavoro precario e irregolare di coloro che offrono assistenza familiare (badanti) che saranno regolate con successivo provvedimento.

L’Assessore sottolinea inoltre che il presente provvedimento risponde agli indirizzi generali della L.R. 23/2005 che istituisce il Sistema integrato dei servizi alla persona e delle Linee Guida per l’avvio dei Piani Locali Unitari dei Servizi, che, in materia di integrazione sociosanitaria, orientano l’organizzazione degli interventi secondo un approccio guidato dalle reali esigenze dei cittadini, valorizzano le risorse professionali, di solidarietà, di auto aiuto e le potenzialità di sviluppo della comunità.

Il sistema della domiciliarità è promosso dagli Enti titolari delle funzioni sociali e sanitarie (Comuni e Aziende sanitarie) ed è realizzato e sostenuto con il concorso di tutte le risorse della comunità locale, le famiglie, le associazioni di volontariato e i soggetti sociali solidali.

Le iniziative orientate a promuovere la domiciliarità si propongono di mettere in rete le diverse opportunità esistenti attraverso un’azione di integrazione dei servizi sociali e sanitari e realizzando specifiche iniziative progettuali che implementano e completano l’offerta di servizi in risposta ai bisogni della persona.



2 - Obiettivi e destinatari del programma

Con l'art. 17, comma 1 della LR 11 maggio 2006, n. 4 (Disposizioni varie in materia di entrate, riqualificazione della spesa, politiche sociali e di sviluppo) la Regione Sardegna ha approvato un programma sperimentale a carattere regionale della durata di tre anni denominato "Ritornare a casa".

Obiettivo del programma sperimentale è quello di favorire il rientro in famiglia (o in un ambiente di vita di tipo familiare) di persone attualmente inserite in strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario, superare la istituzionalizzazione e promuovere la permanenza nel proprio domicilio.

Oltre al miglioramento della qualità della vita della persona con autosufficienza compromessa, obiettivo del presente programma è il sostegno della famiglia sulla quale grava il carico assistenziale, attraverso l'organizzazione della rete dei servizi e il sostegno (anche economico) al *caregiver*.

Il programma sperimentale è rivolto prioritariamente ad anziani non autosufficienti o a grave rischio di perdita della autosufficienza, alle persone con disabilità psichiche o fisiche, alle persone con disturbo mentale ospiti di strutture residenziali a carattere sociale e/o sanitario, che esprimono il desiderio e sono nelle condizioni, con il supporto di adeguati servizi sociosanitari, di ritornare nella propria famiglia. Sarà data particolare attenzione alle persone con demenza o persone nella fase terminale della vita.

Sono altresì destinatari del programma le persone a grave rischio di compromissione dell'autosufficienza ovvero in condizioni di dipendenza assistenziale in quanto affette da patologie croniche invalidanti o in condizioni di disabilità, la cui permanenza al proprio domicilio (o in famiglia) è gravemente condizionata dalla presenza di una rete di servizi, compreso la disponibilità di un *caregiver*.

3 - Le caratteristiche del programma

Il programma sperimentale "Ritornare a casa" presenta alcuni punti caratterizzanti:

- l'integrazione sociosanitaria
- la personalizzazione dell'intervento
- la condivisione del progetto
- la presa in carico globale e unitaria
- la valutazione multidimensionale

L'*integrazione sociosanitaria* è la condizione sulla quale poggia la realizzazione dell'intero progetto. Tale condizione è rimarcata con decisione all'art. 32 della L.R. 23/2005 dove dispone che i Comuni e l'Azienda sanitaria predispongano, tra l'altro, soluzioni organizzative e protocolli operativi per la valutazione multiprofessionale dei bisogni, attraverso il coinvolgimento attivo dei destinatari dei



servizi e delle loro famiglie, procedure comuni di elaborazione dei programmi personalizzati di intervento, criteri e strumenti di gestione integrata dei sistemi informativi sanitario e sociale.

Il *piano personalizzato* è lo strumento finalizzato a rendere meno problematica - sia per chi riceve sia per chi eroga l'assistenza - la permanenza in famiglia della persona non autosufficiente. Esso fa necessariamente riferimento all'area dei bisogni sociali e all'area dei bisogni sanitari e per ciascuna di queste aree è valutata la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento e sono specificate le responsabilità attuative, le professionalità coinvolte e il volume di attività necessario.

La *condivisione del progetto* da parte della famiglia è condizione per garantire la centralità della persona e l'umanizzazione dell'intervento. La partecipazione consapevole e informata della famiglia, e in particolare del familiare di riferimento, alla definizione del processo d'aiuto è elemento essenziale per la riuscita del progetto, per dare continuità al percorso assistenziale ed elevare la soddisfazione dell'utenza.

La *presa in carico*, che origina il piano personalizzato e l'accesso alle diverse prestazioni sociali e sanitarie, richiede l'unitarietà della valutazione, la partecipazione a tutte le fasi della progettazione, la condivisione della responsabilità nell'assistenza. La presa in carico comporta pertanto interventi di valutazione, di consulenza, orientamento e raccordo con le risorse non istituzionali del territorio, l'indicazione per l'accesso ad altre risorse. È effettuata congiuntamente dal responsabile dell'ufficio di servizio sociale del Comune, dal responsabile del distretto dell'Azienda sanitaria e dal familiare di riferimento, attraverso un protocollo operativo che avvia il procedimento.

4 – Modalità di presentazione del progetto

La persona non autosufficiente o a grave rischio di perdita della autosufficienza che desidera ed è in condizioni, con il supporto di adeguati servizi sociosanitari, di ritornare/permanere nella propria famiglia o in un ambiente di vita di tipo familiare, può inoltrare, direttamente o attraverso un familiare di riferimento, domanda di predisposizione di un progetto personalizzato. La domanda è inoltrata al Comune di residenza; l'ente ne dà comunicazione all'Azienda sanitaria locale di appartenenza e alla Regione (Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna, Direzione generale delle Politiche Sociali).

Entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta, il Comune attiva la procedura per la predisposizione di un progetto personalizzato, coinvolgendo tutti i soggetti (istituzionali e non) che possono collaborare alla riuscita del progetto stesso. Entro 30 giorni dall'avvio della procedura, il progetto è predisposto e inoltrato all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Sardegna, Direzione generale delle Politiche Sociali, per la successiva valutazione.

In assenza di un progetto personalizzato, allo scadere dei 60 giorni dalla presentazione della domanda, la persona che ha inoltrato richiesta può rivolgersi all'Assessorato dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, Direzione delle Politiche Sociali, per la valutazione delle criticità,



l'accelerazione della procedura e per la predisposizione degli atti necessari a garantire una risposta adeguata e tempestiva.

Il progetto personalizzato è predisposto congiuntamente dal Comune di residenza, dall'Azienda sanitaria locale di riferimento, dal diretto interessato (quando possibile) e dal familiare di riferimento. Nel progetto ciascun soggetto dichiara l'impegno operativo, il volume di attività e il livello di responsabilità assunto in ordine all'attuazione e alla verifica del percorso assistenziale.

Il progetto personalizzato deve assicurare il miglioramento del grado di autonomia e/o della qualità della vita della persona e fornire garanzie rispetto alle seguenti dimensioni:

- l'igiene della persona e degli ambienti di vita;
- lo svolgimento delle attività di vita quotidiana;
- la conservazione delle condizioni di salute e benessere;
- la promozione delle attività culturali e della vita di relazione.

Il progetto deve prevedere la trasmissione di competenze alla famiglia e in particolare al familiare di riferimento e adeguato sostegno, soprattutto nelle fasi più critiche.

Il progetto personalizzato deve esplicitare le modalità di verifica dell'assistenza garantita e/o degli obiettivi predefiniti.

Il progetto personalizzato si configura pertanto quale "contratto assistenziale" che sancisce l'intesa assistenziale-terapeutico tra la persona interessata, la famiglia e gli operatori sociali e sanitari, ed eventualmente definisce la collaborazione operativa di organismi di solidarietà e del volontariato.

Chi beneficia del programma "Ritornare a casa" non accede alla graduatoria per i piani personalizzati in favore delle persone con handicap grave (Legge 162/98).

5 - La valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale costituisce requisito fondamentale per garantire, al momento dell'avvio del progetto personalizzato, il rispetto del principio di equità nell'accesso ai servizi e una risposta appropriata ai bisogni manifestati, garantendo l'integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie e assicurando un percorso assistenziale nella rete dei servizi che tenga conto soprattutto delle esigenze dell'interessato e delle condizioni familiari.

Il piano personalizzato è strettamente correlato alla complessità dei bisogni che vanno analizzati in tutte le loro componenti e presuppone la valutazione multidimensionale effettuata dall'Unità di Valutazione Territoriale (UVT), come definita nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 7/5 del 21 febbraio 2006, ove operante. Le UVT devono sempre operare congiuntamente alla persona e/o alla sua famiglia.

La valutazione multidimensionale è effettuata attraverso schede di valutazione validate a livello nazionale in riferimento almeno alle seguenti dimensioni:

- situazione sanitaria complessiva,



- autonomia nelle attività di base della vita quotidiana (*Activities of Daily Living - ADL*),
- situazione cognitiva,
- situazione familiare,
- relazioni sociali e integrazione nel contesto di vita.

La valutazione di base può essere integrata, ove ritenuto opportuno, con una valutazione più approfondita di specifiche dimensioni quali:

- autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (*Instrumental Activities of Daily Living - iADL*);
- disturbi comportamentali e stress dei *caregivers* nel caso di persone con demenza;
- livello di ansia (dell'utente e della famiglia) e di dolore nel caso di soggetti in cure palliative.

Al fine di evitare che impedimenti di natura organizzativa limitino il godimento dei diritti, nei casi in cui l'UVT non sia in grado di dare risposta ai cittadini nei tempi prefissati dal presente provvedimento, i Comuni del distretto sanitario possono provvisoriamente concordare con l'Azienda sanitaria di riferimento modalità di valutazione e presa in carico delle persone che beneficiano del programma sperimentale.

I criteri tecnici per la valutazione dei livelli di intensità assistenziali saranno specificati con un successivo provvedimento da emanarsi entro 30 giorni dall'approvazione del presente atto.

6 – I livelli di intensità assistenziale

Il progetto personalizzato deve assicurare servizi e prestazioni in relazione all'intensità del bisogno assistenziale ed assicurare una qualità della vita soddisfacente.

I servizi e gli interventi sono assicurati in relazione al grado di autonomia, alla necessità di assistenza continua, alla capacità di socializzazione, alla necessità di assistenza medica e infermieristica di base erogabile a domicilio e alle potenzialità di carico assistenziale della famiglia.

L'Unità di Valutazione Territoriale attraverso la valutazione multidimensionale individua il livello di intensità assistenziale più adeguato:

Livello di intensità assistenziale medio

È riferibile a persone con parziale perdita di autonomia che necessitano di assistenza per compiere una parte delle attività quotidiane e delle attività di socializzazione. Non necessitano di particolari interventi sanitari. Implicano un carico assistenziale di livello medio.

Livello di intensità assistenziale elevato

È riferibile a persone con significativa perdita di autonomia che necessitano di assistenza per compiere una considerevole parte delle attività quotidiane e delle attività di socializzazione. Necessitano di interventi medici e infermieristici di medio impegno. Implicano un carico assistenziale di livello elevato.

Livello di intensità assistenziale molto elevato



È riferibile a persone con grave perdita di autonomia che necessitano di assistenza per compiere quasi tutte le attività quotidiane e le attività di socializzazione. Necessitano di interventi medici e infermieristici impegnativi e frequenti, effettuabili a domicilio. Implicano un notevole carico assistenziale nell'arco delle 24 ore.

Qualora, nel corso dello svolgimento del progetto personalizzato, si rendessero necessari livelli di assistenza sanitaria diversi da quelli iniziali, il familiare di riferimento, il Comune o l'ASL possono richiedere la rimodulazione del progetto.

L'Azienda sanitaria è tenuta a predisporre ogni possibile azione per consentire la permanenza della persona beneficiaria del presente Programma nel proprio domicilio, limitando il ricovero ospedaliero ad interventi non differibili e non altrimenti erogabili.

7 – La presentazione dei progetti e il finanziamento

Il progetto è finanziato dalla Regione Autonoma della Sardegna, Assessorato Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale secondo le disposizioni dell'art. 17 della L.R. 11 maggio 2006, n° 4.

Il progetto, sottoscritto da tutti gli attori coinvolti (Azienda Sanitaria, Comune, famiglia ecc.), è presentato alla Regione dal Comune di residenza del destinatario, in qualsiasi periodo dell'anno e deve indicare il livello di intensità assistenziale e l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente.

La Regione si impegna a valutare il progetto rispetto ai requisiti d'accesso e ai contenuti assistenziali e ad esprimere parere sull'ammissibilità al finanziamento, o diniego motivato, entro 30 giorni dal ricevimento dello stesso.

Il finanziamento del progetto personalizzato è correlato al livello di assistenza necessario e viene determinato nell'importo massimo di:

- € 8.000 annuo per il livello di intensità assistenziale *medio*;
- € 12.000 annuo per il livello di intensità assistenziale *elevato*;
- € 20.000 annuo per il livello di intensità assistenziale *molto elevato*.

Per il livello di intensità assistenziale *medio*, possono essere finanziati solo progetti riguardanti persone ospiti da almeno 12 mesi in strutture residenziali sociali e/o sanitarie. Per il livello di intensità assistenziale *elevato* e *molto elevato* possono essere finanziati anche progetti riguardanti persone non istituzionalizzate.

Il finanziamento erogato è correlato alla situazione economica del beneficiario, individuata in base all'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) calcolato con riguardo al nucleo familiare al cui interno è compresa la persona non autosufficiente. In fase di prima applicazione, l'ammontare complessivo annuo del finanziamento è definito come segue:



- ISEE fino a 12.000 €: finanziamento pari al 100% dell'importo previsto in base al livello di intensità assistenziale;
- ISEE compreso fra 12.001 € e 22.000 €: finanziamento massimo decurtato di € 240, € 360 o € 600, (rispettivamente per il livello assistenziale medio, elevato e molto elevato), per ogni incremento di ISEE pari a 1000 € (o quota parte) oltre i 12.000 €;
- ISEE compreso fra 22.001 € e 32.000 €: finanziamento decurtato di € 320, € 480 o € 800, (rispettivamente per il livello assistenziale medio, elevato e molto elevato), per ogni incremento di ISEE pari a 1000 € (o quota parte) oltre i 22.000 €;
- ISEE superiore a 32.000 €: nessun finanziamento.

Al termine del primo anno di applicazione, la Regione rivede le soglie degli scaglioni ISEE, tenuto conto dei risultati della prima fase sperimentale.

L'importo annuale del finanziamento è trasferito dalla Regione al Comune in un'unica soluzione all'atto dell'approvazione del progetto.

Tutta la documentazione relativa alle spese effettuate per la gestione del progetto deve essere tenuta agli atti del Comune. A conclusione del progetto il Comune trasmette alla Regione una relazione sulle spese sostenute e una sintetica valutazione degli obiettivi raggiunti.

Trattandosi di un programma in fase sperimentale, volto a introdurre soluzioni innovative per affrontare problemi diffusi e rilevanti, per il primo anno di attuazione del programma i progetti personalizzati saranno finanziati, se ritenuti ammissibili, secondo l'ordine di arrivo e fino all'esaurimento delle risorse disponibili in bilancio.

Il programma "Ritornare a casa", oltre a garantire una migliore qualità di vita alle persone non autosufficienti, si propone di favorire un più efficace uso delle risorse, attraverso il superamento di forme di istituzionalizzazione spesso molto costose e poco rispondenti alle esigenze degli assistiti e dei loro familiari. L'obiettivo è ri-orientare gli interventi a favore di forme di assistenza che privilegino, ovunque possibile, la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio (o in un ambiente familiare). Al fine di favorire tale ri-orientamento, il presente programma è interamente finanziato a carico della Regione per il primo anno di attività. Per gli anni successivi il programma sarà parzialmente cofinanziato dai Comuni che, nel frattempo, avranno consolidato economie con la diminuzione del numero delle rette di ricovero delle persone dimesse dalle strutture.

8 - Il sistema di monitoraggio e di valutazione

Il progetto personalizzato è sottoposto a valutazione almeno semestrale da parte del Comune e dell'Azienda sanitaria congiuntamente alla famiglia. Della attività di valutazione sarà redatto un verbale sintetico che sarà trasmesso alla Regione per il monitoraggio e la verifica del programma sperimentale nel suo complesso.

La valutazione deve prendere in considerazione almeno le seguenti dimensioni:



- l'adeguatezza degli obiettivi e delle azioni individuate nel progetto in relazione all'intensità del bisogno individuale;
- l'adeguatezza in termini quantitativi e qualitativi delle risorse umane e professionali impegnate;
- la realizzazione delle azioni previste nel progetto;
- il coinvolgimento, la partecipazione attiva e la condivisione del progetto da parte della persona interessata e della sua famiglia.

La Regione, sulla scorta della valutazione periodica dei singoli progetti, predispone un rapporto annuale sullo stato di attuazione del programma sperimentale e, al termine del triennio, valuta l'efficacia del programma rispetto agli obiettivi prefissati e l'eventuale revisione/potenziamento del programma.

In considerazione degli elementi di novità che il programma sperimentale introduce nelle modalità di progettazione e gestione dei servizi rivolti alle persone non autosufficienti ed alla necessità di assicurare un costante raccordo con gli altri programmi regionali volti a promuovere la domiciliarità, si intende sostenere l'azione di cambiamento supportando i Comuni e le Aziende sanitarie nella elaborazione dei programmi personalizzati e la Regione nell'attività di monitoraggio e verifica. Per il perseguimento di tali obiettivi la Regione attiva rapporti convenzionali con operatori di comprovata esperienza in materia, inseriti in apposita *short list* costituita a seguito di avviso pubblico.

Al fine di garantire un adeguato supporto alla Direzione generale delle Politiche Sociali nell'attuazione e nel monitoraggio del Programma, con decreto assessorile è istituita la Commissione tecnica per il programma "Ritornare a casa", composta da non più di 8 persone con pluriennale esperienza nel settore dei servizi alla persona, tra i quali anche rappresentanti delle associazioni degli utenti. Alla Commissione è, fra l'altro, assegnato il compito di proporre criteri di valutazione dei progetti, anche tenuto conto dell'esperienza dell'applicazione della legge 162/98.