



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 55/12 DEL 13.12.2017

Oggetto: Fondo regionale per la non autosufficienza. Piani personalizzati persone con disabilità e non autosufficienti. Indirizzi programmatici anno 2018. Legge n. 162 /1998.

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ricorda che il sistema di valutazione e finanziamento degli interventi per il sostegno delle persone non autosufficienti è stato interessato da un processo di revisione normativa che ha visto coinvolti, tra gli altri, anche il programma di sostegno alle persone con disabilità grave (legge n. 62/1998). In particolare per tale intervento è stato attuato un periodo di sperimentazione delle nuove schede di valutazione multidimensionale, approvate con la Delib.G.R. n. 33/12 del 2015, con riferimento ad un campione di n. 276 persone rispetto all'universo di coloro che hanno beneficiato di un piano personalizzato.

Al fine di governare tale processo è stato costituito un gruppo tecnico, coordinato nell'ambito della Direzione generale delle Politiche Sociali, formato dai referenti delle UVT, dai rappresentanti di alcuni Comuni, dell'ANCI Sardegna e dei Servizi dell'amministrazione regionale coinvolti.

Nell'ambito dei lavori del gruppo è emersa la necessità di adottare, nel nuovo sistema di valutazione, le classificazioni internazionali sviluppate dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), quale modello di codifica delle informazioni relative alla salute e linguaggio comune standardizzato di comunicazione in materia di salute e di assistenza sanitaria.

Tali classificazioni internazionali rappresentano un valido strumento per descrivere e mettere a confronto la salute della popolazione all'interno di un territorio e in un contesto internazionale. In merito l'Assessore riferisce che in tali sistemi le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni, ecc.) sono classificate principalmente mediante l'ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems) che fornisce un modello di riferimento eziologico, mentre, con l'ICF (International classification of functioning disability and health) vengono classificati il funzionamento e disabilità associati alla condizione di salute.

L'ICF in particolare rappresenta una classificazione della salute e degli stati ad essa correlati, descrive la natura e la gravità delle limitazioni del funzionamento della persona e i fattori ambientali che influiscono su tale funzionamento facilitandolo od ostacolando.

La scheda approvata con la Delib.G.R. n. 33/12 del 2015, su cui si è basata la sperimentazione, ricorda l'Assessore, non è altresì costruita secondo i principi della valutazione bio-psicosociale in



coerenza con il sistema di classificazione ICF (Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute).

L'Assessore rappresenta che si è comunque dato corso alla sperimentazione del sistema di valutazione, come approvato con la Delib.G.R. n. 33/12 del 2015, al fine di valutarne la sostenibilità sul territorio regionale in attesa di definire il processo di introduzione dei suddetti sistemi di classificazione funzionale stante la non immediata adottabilità se non previa formazione e accompagnamento dei professionisti coinvolti.

Da parte sua la sperimentazione ha consentito di studiare gli esiti dell'implementazione del nuovo sistema di valutazione mettendone in evidenza i punti di forza e debolezza sia rispetto al processo che alle schede di valutazione.

Relativamente al processo di valutazione, continua l'Assessore, il nuovo sistema dà garanzia di una migliore appropriatezza nella valutazione delle persone in quanto permette una reale integrazione della presa in carico sanitaria e sociale. L'interconnessione tra le professionalità dell'equipe di valutazione multidimensionale (UVT/ASL), cui viene rimessa la valutazione e la progettazione di massima degli interventi, e la professionalità degli assistenti sociali (Comuni), cui viene rimessa la fase del primo contatto e della progettazione personalizzata degli interventi, è stato considerato un elemento di maggior appropriatezza rispetto al vigente modello. Tuttavia tale indubbio punto di forza trova il suo limite sia rispetto all'aumento del carico di lavoro, già particolarmente gravoso per le Unità di valutazione territoriale, sia per il contingente momento riorganizzativo della rete dei servizi territoriali. La carenza di risorse umane, sia nell'ambito sanitario, a livello di Azienda tutela salute, che nell'ambito sociale, a livello di enti locali, non consente l'attivazione di tale processo di presa in carico per l'intera popolazione delle persone con riconoscimento di disabilità grave rilasciato dall'INPS ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992.

La sostenibilità del sistema di valutazione risente del carico lavorativo richiesto ai professionisti sociali e sanitari. La sperimentazione ha consentito di stimare la tempistica in termini di misurazione dei tempi per la somministrazione della scheda sanitaria e socio ambientale. Per la raccolta della documentazione sanitaria, il data entry, i tempi della valutazione in UVT, ecc. emerge che la gestione della valutazione per singola persona richiede un impegno professionale medio di circa 10 ore dalla fase di primo contatto alla comunicazione dell'esito valutativo.

Rispetto all'analisi fatta, fa notare l'Assessore, tale presa in carico socio sanitaria risulta appropriata rispetto alle situazioni per le quali si possono attivare progetti di vita autonoma e indipendente. Le



situazioni riferite invece a persone per le quali il bisogno assistenziale si traduce in progetti di sola assistenza domiciliare la presa in carico necessiterebbe di percorsi più semplici.

Relativamente alla scheda di valutazione la stessa è risultata appropriata per valutare la non autosufficienza delle persone con disabilità fisica mentre non permette una corretta profilazione nel caso di persona con disabilità intellettiva e/o patologia psichiatrica.

In particolare si è rilevato che la scheda di valutazione sanitaria è molto specifica per i pazienti anziani ma non appropriata per la valutazione dei pazienti non vedenti, con disabilità intellettiva (es. ritardo mentale, sindrome di Down, X fragile, ecc.) e/o patologia psichiatrica, in quanto non permette la rilevazione delle difficoltà nella vita quotidiana.

Emerge inoltre che le condizioni sanitarie hanno un peso più alto rispetto alle condizioni socio ambientali. Questa incongruenza circa il bisogno reale di supporto può creare iniquità soprattutto a carico di famiglie che con molta fatica assicurano comunque l'assistenza ai propri cari.

Relativamente alle schede utilizzate per la valutazione della situazione sociale, continua l'Assessore, le stesse rilevano il supporto della rete sociale, ma non consentono di rilevare i "pesi" dei servizi eventualmente già attivati. Inoltre non evidenziano lo stress del caregiver e la condizione di fragilità del nucleo familiare.

Anche per l'aspetto della valutazione sociale la presa in carico dell'utente necessita di tempi elevati che in assenza di ulteriori risorse umane dedicate costituirebbe una forte criticità per gli enti locali.

Tenuto conto di quanto sopra riportato risulta pertanto che i tempi necessari per ciascuna valutazione e la relativa progettazione personalizzata si sono rilevati superiori alla vigente modalità di valutazione. Il coinvolgimento di più professionalità in un'azione congiunta, socio sanitaria, comporta un miglioramento della qualità "della presa in carico" dell'utente, cui corrisponde però un aumento dei tempi necessari alla gestione dell'intero processo legati alla maggior complessità dell'iter valutativo. Tale aspetto, considerata la numerosità delle persone in condizione di non autosufficienza che accedono annualmente all'intervento di sostegno assistenziale, necessita la ricerca di soluzioni innovative rispetto alle vigenti modalità operative così da rendere sostenibile il nuovo sistema di valutazione rispetto alle risorse disponibili.

Complessivamente il sistema di valutazione ridisegnato dalla Delib.G.R. n. 33/12 del 2015 consente di attuare una reale integrazione socio sanitaria ma la rilevanza delle criticità emerse nella sperimentazione inducono a ritenere il sistema regionale non ancora pronto per sostenere il forte impatto organizzativo.



L'Assessore ritiene invece importante implementare le modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso le unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, nella prospettiva della valutazione bio-psico-sociale e in coerenza la classificazione ICF. A tal fine propone di dare continuità ai lavori del gruppo di lavoro, eventualmente integrato, per l'introduzione del sistema di classificazione e modello ICF attraverso l'attivazione di un processo formativo che veda coinvolte tutte le professionalità sanitarie e sociali.

L'Assessore sottolinea inoltre che l'analisi dei dati evidenzia che 23.838 piani su 38.574 riguardano persone con età superiore ai 65 anni, con un importo medio annuo di contributo pari a € 2.370 circa (per un valore totale di € 56.468.584), e che 18.814 piani riguardano persone con età superiore ai 75 anni, pari al 48,77% del totale dei piani (2014 pari a 38.574 piani) e pari al 32,84% del valore complessivo dei piani 2014. La condizione di non autosufficienza di queste persone è, nella gran parte dei casi, riconducibile all'avanzamento dell'età; il bisogno assistenziale espresso è di conseguenza maggiormente standardizzabile, infatti nella quasi totalità dei casi i servizi erogati con le risorse regionali sono riconducibili ad attività di cura della persona e della sua abitazione.

Nel corso del 2018, per queste tipologie di piani verranno concordate con gli enti locali, facendo salva la personalizzazione degli interventi, forme di gestione diretta dei servizi medesimi, soprattutto per il tramite dei PLUS, allo scopo di sviluppare la rete territoriale dei servizi assistenziali, di cui occorre garantire standard di qualità, e di semplificare amministrativamente le procedure di erogazione delle prestazioni.

Alla luce di queste valutazioni, l'Assessore ritiene sia opportuno dare continuità ai piani in essere al 31.12.2017 prevedendo la loro rivalutazione e l'avvio dei nuovi piani secondo i criteri vigenti riportati nell'allegato A della Delib.G.R. n. 9/15 del 12.2.2013.

La copertura finanziaria dell'intervento sarà garantita dalla ripartizione delle risorse previste nel bilancio regionale di previsione 2018-2020 in base al fabbisogno comunicato dagli Enti locali e nei limiti dello stanziamento approvato.

La Giunta regionale, udita la proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, visto il parere favorevole di legittimità espresso dal Direttore generale delle Politiche Sociali

DELIBERA

- di dare continuità dal 1.1.2018, per le ragioni espresse in premessa, ai piani personalizzati in



- essere al 31.12.2017 e di stabilire che i piani personalizzati di nuova attivazione nel 2018 avranno decorrenza dal 1.5.2018 per le persone con disabilità grave di cui all'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992 certificata al 31.12.2017;
- di stabilire, relativamente ai piani in essere al 31.12.2017, che gli stessi siano rivalutati entro i primi tre mesi dell'anno 2018 secondo i criteri riportati nell'allegato A della deliberazione n. 9/15 del 12.2.2013, con l'aggiornamento della scheda sociale tenuto conto della capacità economica della persona (ISEE 2018) e ove necessario della scheda di valutazione sanitaria. I valori dei piani così rivalutati avranno decorrenza dal 1.5.2018 nei limiti delle risorse assegnate a ciascun ente locale;
 - di stabilire, rispetto ai piani personalizzati di nuova attivazione, che gli stessi siano avviati dal 1.5.2018 secondo i criteri riportati nell'allegato A della deliberazione n. 9/15 del 12.2.2013 nei limiti delle risorse assegnate a ciascun ente locale;
 - di assegnare a ciascun ente locale, al fine di garantire continuità all'intervento, un importo pari al 50% delle somme impegnate nel 2017 da congruare a seguito della rilevazione del fabbisogno 2018 e delle economie 2017;
 - di individuare la data del 9.4.2018 entro la quale gli Enti Locali devono far pervenire alla Direzione generale delle Politiche Sociali il fabbisogno 2018 determinato per mezzo delle schede informatizzate e la certificazione delle economie al 31.12.2017, presupposto per l'assegnazione del contributo per l'anno 2018;
 - di confermare, per i piani da attuarsi nel 2018, il criterio di carattere generale secondo il quale la gestione del progetto non può essere affidata ai parenti conviventi né a quelli indicati all'art. 433 del Codice Civile, escludendo ulteriori deroghe, salvo quanto previsto dalla deliberazione n. 3/23 del 31.1.2014;
 - di dare copertura finanziaria al fabbisogno in misura proporzionale nei limiti dello stanziamento approvato per il 2018. In caso di carenza finanziaria i piani saranno proporzionalmente ridotti nel valore finanziato;
 - di dare continuità ai lavori del gruppo di lavoro, eventualmente integrato, per l'introduzione del sistema di classificazione ICF attraverso l'attivazione di un processo formativo che veda coinvolte tutte le professionalità sanitarie e sociali.

La spesa riferita all'intervento è stimata in euro 100.000.000 e graverà sulla Missione 12 Programma 2 del Bilancio regionale di previsione 2018-2020.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 55/12
DEL 13.12.2017

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Direttore Generale

Alessandro De Martini

Il Presidente

Francesco Pigliaru