

LINEE DI INDIRIZZO PER LA REALIZZAZIONE DI SPERIMENTAZIONI DI DOMICILIARITA' COMUNITARIA

Sommario

Premessa.....	1
1. I presupposti della sperimentazione	2
1.1 Lo scenario	2
1.2 L'innovazione sociale	3
1.3 L'innovazione della sperimentazione della domiciliarità comunitaria	4
2. Finalità	6
3. La popolazione target della sperimentazione	7
4. Gli attori della sperimentazione	8
5. Elementi costitutivi della sperimentazione	9
5.1 Il percorso di amministrazione condivisa	9
5.2 La presa in carico	11
5.3 Il progetto personalizzato individuale e comunitario.....	12
5.4 Il budget di salute	12
6. Sistema informativo	13
7. Accompagnamento, monitoraggio e valutazione	13
8. Raccordo con la programmazione regionale sociosanitaria	14

Premessa

In considerazione del carattere sperimentale della previsione di cui all'articolo 13, comma 2, legge regionale 8 aprile 1997 n. 10, che estende anche alle persone non autosufficienti prese in carico a domicilio il contributo giornaliero riconosciuto agli ospiti non autosufficienti per l'abbattimento della retta giornaliera di accoglienza, con le presenti Linee di indirizzo, la Regione Friuli Venezia Giulia si propone di fornire le indicazioni per realizzare un percorso di confronto e condivisione con tutti i soggetti interessati a garantire la permanenza al proprio domicilio degli anziani non autosufficienti e finalizzato ad acquisire elementi per definire l'entità e le modalità di erogazione dei contributi, i requisiti per l'individuazione delle persone prese in carico a domicilio e i criteri per l'inserimento nei progetti sperimentali. Come previsto dal comma 5, articolo 13 della medesima legge, tali elementi saranno formalizzati con apposita deliberazione della Giunta regionale.

1. I presupposti della sperimentazione

1.1 Lo scenario

La pandemia scoppiata a inizio 2020 e tuttora in corso ha reso ancor più evidente l'importanza di disporre di un sistema per la domiciliarità, inteso come insieme di servizi e interventi diversificati e integrati che consenta di rendere effettiva la **permanenza a domicilio** delle persone non autosufficienti.

Le difficoltà incontrate nell'affrontare l'emergenza causata dalla pandemia hanno messo in luce la necessità di rafforzare, ripensare e migliorare i servizi domiciliari attualmente esistenti, per garantire interventi sanitari e assistenziali tempestivi, sicuri e continuativi sul territorio. I servizi domiciliari hanno evidenziato le proprie difficoltà nel gestire l'emergenza pandemica nei confronti di quanti sono stati costretti a rimanere al proprio domicilio in quanto contagiati dal virus, ma anche nei confronti dei molti anziani – in particolare non autosufficienti – che nel proprio domicilio ricevevano già un servizio di assistenza, dovendo rivedere l'organizzazione al fine di garantire il più possibile gli interventi.

Si sono acuiti i rischi connessi alla frammentazione dell'attuale sistema che coinvolge una pluralità di soggetti afferenti in parte a enti e organizzazioni con assetti istituzionali, configurazioni organizzative e pratiche operative alquanto diverse, in parte al contesto di vita della persona come la famiglia, in parte al più ampio ambito dell'informalità (assistenti familiari).

Il sistema attuale della domiciliarità, pur riconoscendo gli sforzi di lavorare sui processi (protocolli tra sociale e sanitario, tra Distretti e Servizi sociali dei Comuni per i PUA, presa in carico, progetti personalizzati) presenta dei rischi connessi alla parcellizzazione, derivante da un'impostazione ancora centrata sulle prestazioni, che evidenzia una capacità di copertura assistenziale limitata a fronte di una complessità gestionale elevata, stante la pluralità di prestazioni che è necessario comporre per poter assicurare una risposta unitaria.

A ciò si aggiunge la forte standardizzazione delle prestazioni fornite dall'attuale sistema, cui consegue una rigidità talvolta incompatibile con la necessità di assicurare risposte personalizzate.

L'assistenza a domicilio si presenta, in molti casi, come un insieme di prestazioni infermieristiche affiancate da un insieme di prestazioni assistenziali, erogate da soggetti diversi e poco integrati, a un numero di anziani non autosufficienti inferiore rispetto a quanti ne avrebbero necessità, per un numero di ore e per un periodo limitati a fronte di un bisogno unitario seppur articolato, continuativo e di lunga durata, espresso da anziani sempre più soli e con una rete familiare e parentale rarefatta, debole e spesso gravata da concomitanti impegni di vita e di lavoro.

Nell'attuale sistema, qualora la persona non autosufficiente venga assistita a domicilio, la copertura delle spese rimane in capo ai Servizi sociali dei Comuni e ai singoli cittadini e alle famiglie che, nei casi in cui ne abbiano diritto, possono usufruire dell'indennità di accompagnamento ma non di un sostegno da parte del sistema sanitario. Diversamente da quanto accade per l'assistenza residenziale, dove il Sistema Sanitario Regionale interviene a favore delle persone anziane in condizione di non autosufficienza, garantendo un complesso di trattamenti previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 coperti dal Fondo Sanitario, nel caso dell'assistenza domiciliare manca un'analoga garanzia relativa ai trattamenti sociosanitari e ciò costituisce un fattore di disuguaglianza.

La pandemia ha confermato quanto già emerso nell'ambito della sperimentazione del Progetto Prisma 7 (percorso di screening volto a rilevare la fragilità nella popolazione ultra 75enne), e cioè che solo intervenendo a livello di **domicilio** è possibile prevenire e intercettare efficacemente i bisogni, fornendo ad essi risposte appropriate e discriminando ciò che è gestibile a domicilio e ciò che richiede un trattamento ospedaliero. Nel corso della pandemia, inoltre, è apparso ancor più chiaramente che l'assistenza a domicilio può avvenire solo qualora vi siano forti relazioni all'interno di quell'insieme articolato e disomogeneo di soggetti che compongono

la **comunità locale**. La forza e la vivacità dei legami comunitari, infatti, hanno consentito di limitare i danni della pandemia, anche grazie all'impiego delle nuove tecnologie.

La Regione Friuli Venezia Giulia nel corso degli anni ha sviluppato interventi per la promozione della domiciliarità, **ponendo al centro la persona e il suo contesto di vita, fisico e relazionale**, quale principio per le proprie politiche per la non autosufficienza, avviando interventi, sostegni e sperimentazioni rivolti a sostenere la domiciliarità e a prevenire l'istituzionalizzazione delle persone fragili. In questa direzione, vanno gli interventi previsti dalla LR 6/2006, art. 41 "Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine" (che consentono alle persone la permanenza a domicilio) e le sperimentazioni "Abitare inclusivo", di cui alla DGR 1625/2019, che hanno visto, a livello locale, i Servizi Sociali dei Comuni, le Aziende Sanitarie e gli enti gestori delle sperimentazioni, firmatari di accordi per la tutela delle persone beneficiarie. Un'importante innovazione al sistema è stata **l'introduzione del budget di salute** quale strumento a sostegno dei progetti personalizzati, in particolare per le persone anziane non autosufficienti inserite nelle sperimentazioni di Abitare Inclusivo.

Si pone ora l'esigenza di **innovare l'attuale sistema dei servizi per la domiciliarità**, garantendo all'anziano e alla sua famiglia riferimenti chiari e accessibili sul territorio (ascolto e orientamento), aiuto nella definizione di un progetto di sostegno alla sua domiciliarità (progetto di vita al domicilio), risposte rapide e adeguate nel momento in cui i bisogni variano (continuità e accompagnamento) e valorizzazione del suo contesto di vita e delle sue relazioni.

Parlare di centralità della persona e del suo contesto di vita nei servizi domiciliari non è una novità. Dalla fine degli anni '70 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), muovendo da una prospettiva bio-psico-sociale della persona e del suo benessere, sostiene una concezione della salute come diritto individuale e come responsabilità dei governi e delle comunità (Alma Ata 1978, Ottawa 1986). Più recentemente, oltre a ribadire tali assunti (Shangai 2016), l'OMS ha ulteriormente precisato la prospettiva teorica di riferimento e la strategia con cui concretizzarla nel prossimo futuro. La salute e il benessere delle persone si radicano nei loro contesti di vita, fatti di situazioni e relazioni concrete che influiscono direttamente e significativamente sul loro stato di salute. In tal senso l'OMS parla di co-produzione della salute per indicare come la stessa non possa essere delegata esclusivamente ai servizi istituzionali, ma debba prevedere il coinvolgimento attivo di tutte le risorse informali del contesto di vita della persona oltre che di quest'ultima (*Framework on integrated, people centred health services*, 2016). Da qui la successiva definizione da parte dell'OMS di una strategia che consenta di ridefinire il sistema dei servizi in modo da renderlo effettivamente centrato sulla persona e radicato nella comunità, attraverso lo sviluppo di metodi e strumenti diretti alla co-creazione e alla co-produzione delle cure con le persone e con il loro contesto di vita (*Global Strategy on Integrated People Centred Health Services 2016-2026*).

Su questi presupposti si vogliono ora introdurre **ulteriori elementi di innovazione** con l'obiettivo di far compiere al sistema regionale per la domiciliarità un "cambio di passo" in direzione, **non solo del potenziamento della centralità della persona**, ma anche, e forse soprattutto, della **centralità del suo contesto di vita, inteso quale sua comunità di riferimento**.

1.2 L'innovazione sociale

Pur non disponendo ancora di una univoca e condivisa definizione, il concetto di **innovazione in ambito sociale** si caratterizza per tre elementi costitutivi, sui quali convergono le posizioni degli esperti: capacità di introdurre qualcosa di nuovo in termini di miglioramento; capacità di rispondere a bisogni sociali insoddisfatti; capacità di trasformare le relazioni sociali alla base di tali bisogni.

Il miglioramento viene generalmente valutato non solo in relazione all'efficacia e all'efficienza, ma anche con riferimento alla sostenibilità organizzativa e ambientale, nonché alla giustizia; i bisogni sociali insoddisfatti sono quelli disattesi, tanto dallo stato quanto dal mercato; le relazioni sono quelle primarie, ossia della famiglia, ma anche quelle secondarie della rete amicale, di vicinato e comunitaria della persona. In particolare, si ha innovazione non solo quando si affronta un problema sociale, ma quando, nell'affrontarlo, si produce valore

sociale (ossia per i singoli e per la società di riferimento). E questo avviene quando il soddisfacimento dei bisogni è contestuale al coinvolgimento in senso partecipativo e contributivo delle relazioni sociali alla base di quei bisogni. L'obiettivo dell'innovazione sociale, infatti, è quello di migliorare i sistemi di *governance* che guidano e regolano l'allocazione di beni e servizi o di creare nuove strutture di *governance* e organizzazioni.

Tale concetto di innovazione trova riscontro anche nella previsione di cui all'articolo 11 della legge regionale 12 dicembre 2019 n. 22 che evidenzia come il modello di politica sociosanitaria della Regione sia informato all'innovazione continua dei servizi per la produzione di benessere, inteso nella sua dimensione sanitaria, relazionale e sociale, economica e ambientale, quale fattore di sviluppo umano, comunitario e di coesione sociale. A tale scopo, inoltre, è prevista la possibilità di sperimentare forme di accreditamento innovativo dei processi e della rete dei servizi.

Questo stesso concetto di innovazione sociale ispira gli obiettivi e le modifiche perseguiti dalla sperimentazione delineata dalle presenti Linee di indirizzo, che si propone di introdurre nel sistema regionale dei servizi modifiche in grado di:

- rendere sostenibile la permanenza al domicilio, sia dal punto di vista della continuità assistenziale sia dal punto di vista economico e finanziario, per coloro per i quali al momento questo non è possibile o è particolarmente difficile;
- rispondere a bisogni di non autosufficienza particolarmente complessi per i quali la permanenza a domicilio risulta ancora in buona parte non realizzabile (con conseguente ricorso obbligato all'istituzionalizzazione) o realizzata attraverso un oneroso investimento assistenziale e finanziario da parte della famiglia;
- coinvolgere nella definizione e realizzazione delle modalità di risposta, sia le risorse familiari, a partire da quelle già impegnate materialmente e finanziariamente nella presa in carico (sostenuta prevalentemente dalle donne), sia le risorse comunitarie del territorio;
- valorizzare il ruolo degli enti del terzo settore, non solo come meri erogatori di servizi e prestazioni, ma quali soggetti attivi anche nell'identificazione dei bisogni e nella programmazione degli interventi.

Coerentemente col concetto di innovazione sopra richiamato e in linea con le finalità individuate, la presente sperimentazione si propone di intervenire sul sistema organizzativo e di regolamentazione relativo all'allocazione delle risorse e alla produzione dei servizi per la domiciliarità.

1.3 L'innovazione della sperimentazione della domiciliarità comunitaria

La prima innovazione che le presenti Linee di indirizzo si propongono di supportare, prevede **l'estensione a livello domiciliare della copertura dell'assistenza sociosanitaria definita dai Livelli Essenziali di Assistenza** (DPCM 12 gennaio 2017), introdotta nel contesto regionale con la modifica apportata all'articolo 13 della legge regionale 10/97. Con essa, infatti, la Regione ha dato la possibilità di utilizzare, in via sperimentale, una quota delle risorse afferenti al Fondo sanitario, destinate al sostegno delle persone non autosufficienti accolte nelle strutture residenziali, anche per progetti personalizzati di assistenza domiciliare definiti nell'ambito di percorsi di presa in carico integrata tra Servizi sociali e sanitari. Come descritto nei paragrafi che seguono, tale quota costituirà la parte del **budget di salute a carico del sistema sanitario regionale**, alla quale si aggiungerà la parte di finanziamento a carico del sistema sociale, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 9 della L.R. 22/19.

Tale intervento consentirà, dunque, di rendere **effettivo il diritto alla libera scelta** del cittadino, riconoscendo alla persona e alla sua famiglia un finanziamento pubblico, correlato al grado di non autosufficienza, con il quale accedere a servizi modulati sui propri bisogni e sulle proprie necessità, realizzati da soggetti la cui capacità di offrire risposte personalizzate di qualità sia formalmente riconosciuta dall'ente pubblico.

Nei paragrafi che seguono, vengono illustrate le modalità di individuazione di tali soggetti nonché dei requisiti richiesti per il coinvolgimento nella presente sperimentazione. L'individuazione di tali soggetti e soprattutto la modalità con la quale si prevede che essi partecipino alla costruzione del sistema regionale per la domiciliarità costituiscono un'ulteriore innovazione introdotta dalla presente sperimentazione. Come anticipato e come meglio illustrato nei paragrafi seguenti, tali soggetti appartengono a quel contesto di vita quotidiana che l'OMS stessa individua come determinante della salute delle persone e come componente essenziale della sua co-produzione. Essi, infatti, sono rappresentati *in primis* dalle famiglie e dagli enti del terzo settore del territorio; si tratta pertanto di soggetti appartenenti al tessuto relazionale delle persone anziane non autosufficienti di cui si vuole favorire la permanenza al proprio domicilio.

La famiglia è il soggetto al quale già si deve la possibilità di mantenere gli anziani non autosufficienti a domicilio, sia in qualità di *caregiver*, sia in qualità di acquirente di interventi di assistenza privata.

Gli enti del terzo settore, invece, sono soggetti coinvolti nell'erogazione di servizi di assistenza domiciliare o di servizi di prossimità/assistenza domiciliare leggera. Essi, quindi, conoscono bene il servizio e la sua utenza in ragione di una consolidata esperienza che in molti casi è nata e, in misura ancor maggiore, è stata maturata, proprio nel territorio regionale; questi, pertanto, abbinano una competenza nel merito del servizio e nel merito del contesto, inteso sia come configurazione geografica, sia come sistema dei servizi pubblici e degli altri attori informali in esso operanti.

La specificità del contributo che la famiglia e gli enti del terzo settore possono portare ai fini della co-produzione di salute, riguarda soprattutto la dimensione relazionale che consentirebbero alla persona anziana di mantenere col suo contesto di vita quotidiana e con la sua comunità di riferimento. Non si può dimenticare, infatti, che l'istituzionalizzazione di un anziano comporta un impoverimento per la comunità locale che vede andarsene non solo la persona fisica, ma anche ciò che questa aveva costruito in termini di rapporto con le altre persone del territorio. Mantenere le persone anziane al proprio domicilio significa mantenere vivo l'insieme di relazioni che esse avevano con gli abitanti di quel territorio, tramite quello scambio reciproco di beni materiali e immateriali che veicolavano. La vitalità di questo scambio relazionale rappresenta anche ciò che permette di garantire la sostenibilità della domiciliarità, in quanto è ciò che consente di assicurare una presa in carico di tipo lungo-assistenziale. Gli enti del terzo settore, in virtù della propria capacità di produrre beni relazionali, sono in grado di mantenere vivo questo tessuto di scambi relazionali.

L'innovazione, sotto questo profilo, consiste nel prevedere una **partecipazione di tipo sussidiario** degli enti del terzo settore alla realizzazione dei servizi domiciliari, nonché un loro coinvolgimento nella definizione dell'idea progettuale e nella condivisione degli obiettivi e delle responsabilità. Si tratta di un presupposto innovativo rispetto a quello attualmente diffuso nel contesto dell'assistenza domiciliare, dove il ruolo degli enti del terzo settore consiste prevalentemente nel fornire prestazioni a fronte del pagamento di un corrispettivo, secondo una logica di mercato. La logica sussidiaria, invece, va oltre lo scambio di prestazioni, prevedendo lo scambio di risorse relazionali, economiche e materiali in grado di accrescere non solo l'efficacia delle prestazioni che rispondono ai bisogni, ma anche le relazioni che stanno alla base degli stessi, traducendosi in un bene per la collettività di un intero territorio.

Al fine di rendere il servizio sostenibile nel lungo periodo, con la presente sperimentazione si intende introdurre un'ulteriore innovazione. Non si prevede, infatti, che venga realizzato solo un potenziamento delle prestazioni socio-sanitarie riferite alla cura di sé (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, usare il bagno, muoversi in casa e fuori) e di quelle per la cura dell'ambiente (gestione della casa, spesa), senza le quali l'intervento prettamente sanitario non riesce a garantire la permanenza della persona non autosufficiente a domicilio. Il necessario incremento di ore e di personale di assistenza infatti, dovrà essere accompagnato da una **riconfigurazione organizzativa che preveda la definizione e l'accompagnamento di percorsi** di presa in carico personalizzati e integrati. Ci si aspetta cioè che i percorsi di presa in carico integrino professionalità multidisciplinari appartenenti alla rete delle cure primarie

e delle strutture intermedie, con l'apporto delle diverse risorse familiari e del contesto di vita della persona, in modo flessibile in base all'evoluzione della sua condizione complessiva di salute e di benessere.

Si tratta, quindi, di **ripensare la domiciliarità** riorientandola verso una funzione di presidio della rete di cura e di assistenza formale e informale, capace di conciliare una pluralità di interventi sociali e assistenziali (ad es. trasporti, ristorazione, acquisto di medicine, disbrigo di pratiche burocratiche, iniziative di socializzazione, attività di formazione e supporto ai familiari e ai caregiver) con livelli elevati di qualità nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Un'ulteriore opportunità che si prevede possa contribuire a promuovere l'innovazione che le presenti Linee di indirizzo intendono sperimentare è rappresentata dalle risorse destinate dall'articolo 1, comma 4 bis del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 in sede di conversione (cosiddetto Decreto Rilancio) alla costituzione di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del terzo settore, al fine di ridurre le scelte di istituzionalizzazione e favorire la domiciliarità, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute.

Il medesimo orientamento, infine, si può riconoscere anche nel Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR). Nello specifico, la Missione 5, dedicata all'inclusione e coesione, contiene una linea di intervento finalizzata a supportare le situazioni di fragilità che coinvolgono persone con disabilità o non autosufficienti, prevedendo l'incremento di infrastrutture e la messa a disposizione di servizi e reti di assistenza territoriale e l'accelerazione del processo di deistituzionalizzazione tramite percorsi di autonomia accompagnati da servizi integrati di assistenza domiciliare. La Missione 6, dedicata alla salute, infine, si propone di allineare i servizi ai bisogni della comunità e dei pazienti e di rafforzare le strutture, i servizi di prossimità e i servizi domiciliari, anche avvalendosi della telemedicina per superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi.

2. Finalità

Le finalità che con la presente sperimentazione ci si propone di conseguire sono le seguenti:

- a) Rendere effettiva la libera scelta** di rimanere al proprio domicilio da parte delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie:
 - attribuire a ciascun anziano non autosufficiente e/o suo familiare una dotazione finanziaria calibrata in base all'intensità dei bisogni della persona e al progetto predisposto per affrontarli (budget di salute);
 - definire un elenco di soggetti accreditati per l'erogazione servizi e interventi per la domiciliarità.
- b) Prevenire l'istituzionalizzazione** assicurando una presa in carico precoce e personalizzata:
 - potenziare le attività finalizzate alla conoscenza anticipata dei bisogni;
 - promuovere sperimentazioni che prevedano l'utilizzo di tecnologie assistive.
- c) Assicurare la personalizzazione, l'unitarietà e la continuità** della presa in carico a domicilio:
 - ampliare e innovare la gamma di interventi e servizi per la domiciliarità in modo da aumentare la capacità di rispondere in modo personalizzato alle esigenze delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie;
 - aumentare la capacità di copertura assistenziale sulle 24 ore e nel lungo periodo valorizzando l'apporto di risorse differenziate, anche di tipo tecnologico, in base alle esigenze della persona;
 - sviluppare modalità di integrazione e coordinamento tra servizi e interventi anche valorizzando l'apporto delle nuove tecnologie.
- d) Sperimentare modelli di gestione del servizio ispirati alla coproduzione:**
 - potenziare le attività finalizzate alla conoscenza anticipata dei bisogni.
- e) Valorizzare e sostenere i familiari degli anziani non autosufficienti nel loro ruolo di caregiver:**

- potenziare le attività di formazione a supporto dei familiari impegnati nell'assistenza degli anziani non autosufficienti;
- potenziare le iniziative di sostegno psicologico finalizzate a prevenire e contrastare il rischio di burn out nei familiari impegnati nell'assistenza agli anziani non autosufficienti;
- potenziare le opportunità di distacco dall'impegno di assistenza diretta al proprio congiunto per i familiari (moduli respiro o moduli sollievo).

f) Qualificare l'attività delle assistenti familiari e integrare il loro apporto nei processi di presa in carico:

- potenziare le attività di formazione per il personale privato impegnato nell'assistenza domiciliare degli anziani non autosufficienti, anche valorizzando le opportunità formative messe a disposizione dalla competente Direzione regionale;
- prevedere modalità innovative per la loro integrazione con la rete istituzionale dei servizi.

g) Promuovere e qualificare la pluralità degli apporti del volontariato e delle diverse espressioni informali di solidarietà presenti nelle comunità per la realizzazione di interventi di supporto alla permanenza delle persone non autosufficienti al proprio domicilio:

- potenziare le attività di formazione per i volontari impegnati nell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti;
- prevedere modalità innovative per la loro integrazione con la rete istituzionale dei servizi.

h) Sperimentare modelli organizzativi e gestionali dei servizi residenziali e semiresidenziali nell'ottica di una loro maggior apertura verso il territorio:

- Si tratta di ripensare i modelli organizzativi e gestionali dei servizi residenziali e semiresidenziali, quali presidi o centri multiservizi attivi a livello territoriale ed in grado di fornire risposte diversificate e personalizzate, anche attraverso interventi sanitari e sociosanitari erogati nel contesto domiciliare. In tal senso, è centrale la possibilità per i servizi semiresidenziali e residenziali presenti sul territorio e già autorizzati all'esercizio, di trasformarsi da "luoghi fisici" a "luoghi aperti al territorio", ed in grado di integrarsi con la comunità locale; tale nuova veste è volta a fornire una risposta sinergica, flessibile e capillare ai bisogni degli anziani e delle famiglie.

3. La popolazione target della sperimentazione

La sperimentazione è rivolta a persone anziane non autosufficienti che abbiano una diagnosi di demenza associata a disturbi comportamentali. Si ritiene infatti che, nell'ambito delle problematiche legate alla non autosufficienza, il crescente aumento dei casi di demenza nella popolazione anziana e gli elevati carichi assistenziali ad essi correlati, rappresentino un ambito sul quale intervenire prioritariamente.

Nei paesi industrializzati, la prevalenza della demenza è circa dell'8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 40% dopo gli ottanta anni. Si stima che in Italia le persone affette da tale malattia siano oltre un milione, di cui circa il 60% con demenza di Alzheimer. Applicando i suddetti dati di prevalenza alla popolazione anziana del Friuli Venezia Giulia che, al 1° gennaio 2020 era pari a 320.347 unità, si può stimare che in Regione vi siano circa 26.600 casi di persone affette da demenza.

Poiché il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età, il progressivo incremento della popolazione anziana comporterà un ulteriore consistente aumento della prevalenza delle persone affette da demenza. Secondo il Rapporto dell'OMS, nei paesi occidentali i casi di demenza potrebbero raddoppiare nei prossimi 10 anni e triplicare entro il 2050.

Numeri importanti di un fenomeno che però ha anche un altro volto: quello dei caregiver, ossia le persone che si devono occupare di un malato e che, nella maggioranza dei casi, sono familiari che si fanno carico in prima persona dell'assistenza dei loro cari. Poiché l'assistenza ad una persona affetta da demenza comporta altissimi

livelli di carico sia fisico, che emotivo, il familiare che si prende cura del malato viene spesso definito come “la seconda vittima della malattia”. Si stima che in Italia siano circa 3 milioni le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell’assistenza dei loro cari.

La complessità del fenomeno delle demenze, con tutte le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto sociale, richiede un impegno straordinario da parte delle Istituzioni, in stretto raccordo con cittadini e enti del terzo settore, nonché modalità innovative di intervento che ben si prestano alla realizzazione di sperimentazioni di domiciliarità comunitaria secondo quanto previsto dalle presenti Linee di indirizzo.

4. Gli attori della sperimentazione

Nel fornire indicazioni circa l’individuazione degli attori della sperimentazione, le presenti Linee di indirizzo si propongono di promuovere un’effettiva partecipazione dei cittadini alla costruzione e alla realizzazione dei servizi, che vada oltre la semplice retorica o la mera consultazione ma riesca a sviluppare e sostenere relazioni costruttive e partnership attive e forti.

In coerenza con le premesse e le finalità indicate nei paragrafi precedenti, la sperimentazione in oggetto si propone di mettere a disposizione della persona non autosufficiente che voglia rimanere al proprio domicilio e della sua famiglia l’intera gamma di servizi e interventi, attivati o attivabili da parte di tutti i soggetti pubblici e del privato sociale, formale e informale, presenti nel territorio. Tale gamma di risorse, tuttavia, non va intesa come mero elenco di possibili soggetti o addirittura come catalogo di possibili risposte predefinite da attivare all’occorrenza, ma come **rete di soggetti** chiamati a integrare i propri servizi e interventi in base alle specifiche esigenze della persona anziana e della sua famiglia e alle risorse che le stesse possono e vogliono mettere in campo.

Il riconoscimento effettivo della libertà di scelta e di autodeterminazione della **persona e della sua famiglia avviene attribuendo ad esse il ruolo di protagoniste della presa in carico**, attorno alle quali ruotano gli altri soggetti istituzionali e non istituzionali del territorio. Come sopra richiamato, è necessario ripensare il rapporto tra soggetti pubblici e soggetti del privato sociale in termini non di sostituzione dell’ente pubblico da parte della famiglia o delle risorse comunitarie, né in termini di delega alla famiglia o alle risorse comunitarie di funzioni proprie dell’ente pubblico, bensì in termini di **co-presenza** della persona, della famiglia, delle risorse comunitarie e dell’ente pubblico, **finalizzata alla co-progettazione e co-produzione** di servizi e interventi, muovendo dal riconoscimento dello specifico apporto che ciascuno di essi può fornire per garantire una permanenza sostenibile nel lungo periodo della persona anziana non autosufficiente al proprio domicilio. Apporto che, singolarmente considerato, è inevitabilmente parziale e inadeguato rispetto all’obiettivo ma, qualora integrato, permette di conseguirlo.

Da un lato, infatti, l’ente pubblico è il soggetto preposto alla cura, alla tutela e alla soddisfazione dell’interesse pubblico affidatogli: tale funzione, specie nell’ambito dell’integrazione sociosanitaria, si sostanzia nello svolgimento di attività volte a garantire diritti costituzionalmente tutelati che, in assenza di un intervento pubblico, non potrebbero essere equamente assicurati. Specifica competenza del soggetto pubblico è, pertanto, quella di rendere effettivi i diritti dei cittadini e assicurare l’omogeneità degli stessi.

L’ente pubblico, tuttavia, non dispone di un’esaustiva e puntuale conoscenza dell’impatto che l’attuazione di tali diritti produce sul benessere e la salute dei cittadini. Conoscenza di cui dispongono i cittadini e, in misura rilevante, gli enti del terzo settore che, in ragione del proprio ruolo, con essi entrano in relazione. Cittadini ed enti del terzo settore, inoltre, dispongono, spesso, anche di una qualificata conoscenza di quanto risulta necessario per rendere effettivi tali diritti, essendo in molti casi direttamente coinvolti proprio nella loro realizzazione; sono quindi in grado di fornire all’ente pubblico questo apporto conoscitivo ed esperienziale in merito ai bisogni e alle possibili risposte ad essi.

Nella sperimentazione in oggetto, in funzione del proprio mandato istituzionale, l'ente pubblico, rappresentato dalle Aziende Sanitarie e dal Servizio Sociale dei Comuni, avrà il compito di dare attuazione a quanto previsto dalle presenti Linee di indirizzo, svolgendo una funzione di promozione della partecipazione di tutti i soggetti interessati ai percorsi di sperimentazione, coordinamento dei partecipanti, attivazione ed esecuzione del procedimento amministrativo e delle relative procedure, favorendo la massima partecipazione di tutti gli attori coinvolti ad ogni fase.

Le famiglie e gli enti del terzo settore, invece, partecipano all'intero percorso dalla fase iniziale di analisi del bisogno e individuazione di possibili modalità di risposta ad esso, alla definizione e realizzazione dei progetti di intervento, all'individuazione dei criteri di valutazione degli stessi.

5. Elementi costitutivi della sperimentazione

Il presente paragrafo fornisce le indicazioni nel merito dei principali elementi costitutivi della sperimentazione in oggetto.

5.1 Il percorso di amministrazione condivisa

Il **carattere innovativo** proprio della presente sperimentazione deve necessariamente trovare adeguata rappresentazione anche per ciò che riguarda il versante procedurale; si è cercato, quindi, di individuare il percorso amministrativo più idoneo allo scopo e alla natura della sperimentazione.

Nel panorama normativo attuale, da una parte, c'è la possibilità di ricorrere al mercato, nel rispetto delle procedure del codice dei contratti pubblici (decreto legislativo 50/2016); dall'altra, i recenti approdi giurisprudenziali, confermati anche in sede legislativa, ribadiscono l'esistenza tra i soggetti pubblici e gli enti del terzo settore, di un canale di **amministrazione condivisa**, alternativo a quello del profitto e del mercato e regolato nei suoi requisiti sostanziali dal codice del terzo settore (in particolare, vedasi articolo 55, decreto legislativo 117/2017) e, in quelli procedurali, dalla legge 241/1990.

Tali sistemi normativi non sono perfettamente intercambiabili e sovrapponibili, quanto piuttosto possono essere considerati elementi armonici e complementari che disciplinano le procedure di affidamento dei servizi pubblici, in relazione all'ambito nel quale ricadono e allo specifico fine perseguito. Il codice dei contratti pubblici, ad esempio, muove dal generale presupposto che i soggetti privati debbano concorrere, fra loro, per poter divenire controparte negoziale della pubblica amministrazione, con lo scopo di concludere un contratto per l'affidamento o la concessione di un servizio: ne consegue che, nell'ambito di una procedura d'appalto, è l'ente pubblico a definire sostanzialmente tutto, ad eccezione di quel marginale spazio demandato dagli atti della procedura al soggetto concorrente.

Viceversa, gli strumenti di amministrazione condivisa, partono dal presupposto che sia necessario sviluppare sul piano giuridico forme di confronto e di condivisione di interventi e di servizi, in cui sia il soggetto pubblico che il soggetto del privato sociale, vengono messi nella condizione di poter collaborare, in tutte le attività di interesse generale; conseguenza diretta di ciò, è che il rapporto di collaborazione sussidiaria che si instaura tra i soggetti coinvolti, **è un rapporto in divenire, che parte dalla condivisione delle responsabilità per giungere alla co-costruzione del progetto, passando per la reciproca messa a disposizione delle idee, delle conoscenze specifiche e delle risorse.**

Nei paragrafi precedenti è stato evidenziato, inoltre, che l'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti richiede la massima integrazione possibile e che il DPCM 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza, qualifica la stessa come una delle forme prestazionali che i Sistemi sanitari regionali sono chiamati a garantire: trattasi, come già precedentemente ribadito, di un'attività volta alla soddisfazione di diritti costituzionalmente tutelati, che pretendono l'intervento del soggetto pubblico.

Le considerazioni appena richiamate, insieme ai presupposti e alle finalità della sperimentazione precedentemente illustrati, portano a ritenere preferenziale per la realizzazione di quest'ultima, l'attivazione di percorsi propri dell'amministrazione condivisa, quale unico canale idoneo ad accrescere **la qualità delle scelte finali** dell'amministrazione. In tal senso la co-programmazione, la co-progettazione e il partenariato (che può condurre anche a forme di accreditamento) sono da considerare fasi di un procedimento complesso, espressione di un diverso rapporto tra pubblico e privato sociale non fondato semplicemente su un rapporto sinallagmatico predeterminato¹.

La complessità del procedimento individuato richiede l'allestimento in ogni Azienda sanitaria di momenti di confronto e coordinamento stabile del percorso, organizzati anche in modo da salvaguardare il livello territoriale necessario per garantire l'integrazione sociosanitaria, pur assicurando una regia complessiva a livello aziendale. A tali momenti di confronto e coordinamento stabile è prevista la partecipazione del Direttore di Distretto, del responsabile del Servizio Sociale dei Comuni, del Direttore sociosanitario o del suo delegato, e dei referenti amministrativi aziendali.

Il percorso di amministrazione condivisa prende avvio col coinvolgimento di tutti gli stakeholder (enti del terzo settore già attivi in tale campo, familiari, ASP etc.) finalizzato a definire con maggiore dettaglio e precisione il perimetro dei bisogni, a mappare i servizi, le prestazioni e le iniziative in essere nei vari contesti territoriali e, contestualmente, le possibili risposte ai bisogni emersi. La co-programmazione si sostanzia, di fatto, in un'istruttoria partecipata e condivisa nella quale la collaborazione di tutti i partecipanti al procedimento porta all'individuazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione, delle risorse disponibili.

La Corte Costituzionale stessa, nella nota sentenza n. 131/2020, afferma che *"gli enti del terzo settore costituiscono sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale, in grado di mettere a disposizione dell'ente pubblico sia preziosi dati informativi (altrimenti conseguibili in tempi più lunghi e con costi organizzativi a proprio carico), sia un'importante capacità organizzativa e di intervento: ciò che produce spesso effetti positivi, sia in termini di risparmio di risorse che di aumento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a favore della "società del bisogno". Sono proprio tali "dati informativi" che si vuole sondare: seppure, infatti, come emerge fin dai primi paragrafi del presente documento, taluni limiti e criticità dell'attuale sistema di assistenza domiciliare siano ben noti, altri potrebbero non essere chiaramente emersi ed i conseguenti bisogni inespressi rimarrebbero senza risposta. Al contempo, le "capacità organizzative e di intervento" in risposta ai diversi bisogni, noti e non ancora noti, sono apporto fondamentale per procedere alla ristrutturazione e al ripensamento del sistema di assistenza domiciliare.*

Va inoltre tenuto conto che la presente sperimentazione si inserisce in un sistema regionale di servizi già esistenti; ne consegue che la co-programmazione può rappresentare uno strumento in grado, da un lato di valorizzare tale sistema, dall'altro di innescare percorsi di riconfigurazione e innovazione dei processi di presa in carico e degli assetti organizzativi già in essere.

Gli elementi acquisiti al termine di questa fase del percorso costituiscono la base per la definizione dell'entità e delle modalità di erogazione del contributo, dei requisiti per l'individuazione delle persone destinatarie della sperimentazione e dei criteri per l'inserimento delle stesse nei progetti ai sensi dell'art. 13, comma 5 L.R. 10/1997, oltre che per l'individuazione degli specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare i bisogni rilevati, nonché dei criteri più idonei a selezionare i soggetti *partner*.

Su tali presupposti, il percorso di amministrazione condivisa prosegue con una fase di co-progettazione, anche nella particolare modalità/declinazione dell'accreditamento ai sensi dell'articolo 55 del D.Lgs. 117/2017, atta a realizzare il sistema innovativo di assistenza domiciliare delineato nel corso della co-programmazione. In coerenza col percorso di condivisione svolto, la selezione dei soggetti con i quali realizzare i progetti di servizio

¹ Si veda in tal senso, Corte Costituzionale, sentenza n. 131/2020.

non si basa sulla mera corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, quanto piuttosto sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse volte alla progettazione di servizi e interventi diretti a *"elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico"*.

5.2 La presa in carico

La presa in carico è un processo volto ad assicurare il soddisfacimento dei bisogni della persona in coerenza con la loro evoluzione nel tempo, attraverso interventi e attività multi-professionali che si integrano e valorizzano il coinvolgimento diretto della persona stessa e della sua famiglia nonché il contributo di eventuali altre risorse della loro rete nella gestione della situazione. Come anticipato, l'innovazione perseguita dalla sperimentazione in oggetto mira a rispondere in particolare ai bisogni di personalizzazione, continuità e sostenibilità nel lungo periodo emersi come scoperti nell'analisi della presa in carico di persone anziane non autosufficienti affette da demenza grave e disturbo comportamentale.

Con riferimento a queste tre specifiche dimensioni, al fine di favorire l'introduzione di effettivi miglioramenti si ritiene importante fornire i seguenti indirizzi.

Al fine di rendere effettiva la **personalizzazione** è necessario rendere effettiva la partecipazione della persona e della sua famiglia all'intero processo di presa in carico prevedendo precisi momenti e specifiche modalità di ascolto e condivisione con essi delle decisioni da assumere, nonché della verifica e valutazione delle stesse e dei loro esiti. La personalizzazione, inoltre, richiede un nuovo approccio alla valutazione dei bisogni della persona, di cui anche all'art. 7 della LR 22/2019. Si rende, infatti, necessario superare una visione ristretta e riduttiva della valutazione (sia pur multidimensionale) dei bisogni per assumere una visione più ampia di tipo dialogico e capacitante. Il momento valutativo, infatti, deve prevedere l'interazione con la persona e con la sua famiglia e deve estendersi non solo all'analisi dei loro bisogni ma anche a quella delle loro risorse. I bisogni e le risorse, inoltre, devono essere considerati superando la distinzione tra la dimensione oggettiva e soggettiva, e quindi tenendo presenti sia le potenzialità e i funzionamenti, sia le attese e i desideri. Entrambe, infatti, sono fondamentali per il benessere della persona e dei suoi familiari e per la **sostenibilità** della presa in carico soprattutto nel lungo periodo.

Al fine di assicurare la **continuità** della presa in carico vengono ribaditi, da un lato il ruolo di coordinamento svolto dall'UVM e, dall'altro, il ruolo del case manager quale di figura di riferimento che garantisce il collegamento della persona anziana e della sua famiglia con la rete dei servizi.

Da un lato, l'UVM costituisce la sede unica di valutazione definizione e regia del progetto di presa in carico, il soggetto che verifica l'effettiva coerenza degli interventi e servizi attuati con il progetto di presa in carico e i relativi obiettivi, e il punto di riferimento per la persona e per la famiglia, attraverso la figura del case manager.

Il case manager viene individuato dall'UVM in fase di definizione del progetto personalizzato tra i professionisti sociali e sanitari di riferimento in base al bisogno prevalente e ai contenuti del progetto. Può cambiare nel tempo in accordo con la persona e con la sua famiglia, in relazione al mutamento dei bisogni e delle esigenze della persona e alle fasi di attuazione del progetto di vita. Il case manager svolge il ruolo di interlocutore e riferimento per tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione del progetto di presa in carico e svolge in particolare le seguenti funzioni:

- segnala al coordinatore dell'UVD le variazioni dei bisogni della persona, propone l'eventuale rivalutazione della situazione e segnala eventuali difficoltà di attuazione delle azioni previste dal progetto;
- coordina il progetto attraverso la regia dei vari soggetti coinvolti nella sua realizzazione e svolge una funzione di interfaccia tra la persona e la sua famiglia, da un lato, e i diversi soggetti coinvolti nella presa in carico, dall'altro;

- è referente organizzativo per la persona e la sua famiglia, facilitando la loro partecipazione alle decisioni da intraprendere nel corso della realizzazione del progetto e il loro accesso con i soggetti coinvolti nella presa in carico;
- promuove e facilita la continuità assistenziale, sia nel percorso progettuale, curandone in particolare l'evoluzione dei bisogni, sia nei passaggi tra i diversi servizi e soggetti.

5.3 Il progetto personalizzato individuale e comunitario

Il progetto rappresenta il documento dinamico in cui viene rappresentata la presa in carico, vale a dire la definizione dei bisogni e degli interventi previsti per la persona. Si tratta di un documento che accompagna ed evidenzia il processo di definizione dei bisogni e degli interventi che la persona presa in carico e la sua famiglia, i servizi sociali e sanitari, e gli enti del TS individuati per la presa in carico condividono. Assume pertanto una connotazione dinamica in quanto destinato a modificarsi nel tempo, ma soprattutto composita, in quanto chiamato a rendere visibile il processo di co-costruzione e co-produzione del percorso della persona, che vede confluire la pluralità dei soggetti che concorre alla sua realizzazione.

La presente sperimentazione prevede, già in fase di elaborazione del progetto, il coinvolgimento anche dei soggetti del privato sociale. All'interno del progetto, quindi, deve essere ricomposto l'insieme di servizi, interventi, supporti e sostegni, istituzionali e informali che in sede di UVM vengono individuati come necessari per permettere alla persona non autosufficiente di rimanere al proprio domicilio, usufruendo della risposta di tipo sanitario, sociosanitario e sociale di cui necessita. In tale prospettiva, nel progetto confluisce l'intera gamma di risposte che i diversi soggetti pubblici e del privato sociale attiveranno per rispondere ai bisogni della persona, sotto la regia dell'UVM e il coordinamento del case manager.

In tal senso, il progetto personalizzato assume una connotazione individuale in quanto riferito specificatamente alla persona, ma anche comunitaria in quanto riferita allo specifico contributo che anche le risorse del territorio dovranno apportare in favore di quella persona. È stato richiamato in precedenza come la salute e il benessere delle persone siano radicate nel contesto di vita delle stesse e nelle relazioni che in tale contesto le persone tessono. La presa in carico della singola persona, nella misura in cui si avvale del contributo delle risorse della comunità, si riflette anche su di esse e implica un preliminare e conseguente lavoro di presa in carico delle stesse in modo da renderle effettivamente in grado di intervenire a favore della persona. Così intesa, la presa in carico individuale diventa al contempo anche una presa in carico della comunità, rispetto alla quale si dovranno prevedere specifici interventi volti a garantirne il coinvolgimento e il potenziamento delle competenze, sia specifiche sia di tipo trasversale (legate alla capacità di integrazione e di lavoro di rete).

La continuità e sostenibilità nel tempo del progetto sono assicurate da un forte coordinamento organizzativo, gestionale e professionale e da una piena integrazione tra i diversi soggetti nonché della loro capacità di sviluppare specifiche modalità di integrazione tra di essi, anche avvalendosi del contributo delle nuove tecnologie.

5.4 Il budget di salute

La LR 22/2019, quale punto di approdo all'interno di un percorso di integrazione sociosanitaria che la Regione ha avviato da tempo, fornisce una puntuale ricognizione del concetto di budget di salute. Il budget di salute è una quota, enucleabile dal budget di progetto, costituita da risorse finanziarie a carico del Servizio sanitario regionale e del Servizio sociale dei Comuni, modulabile in base all'entità dell'investimento necessario. Tale quota, atta a soddisfare il profilo di bisogno della persona, serve per riorientare i servizi sulla base della centralità della stessa e dei suoi bisogni, nonché per sostenere gli oneri di cogestione del progetto personalizzato da parte dell'ente del terzo settore, nell'ambito del rapporto in essere con questo.

La dotazione finanziaria del budget di salute consiste in un contributo, di spettanza della persona e destinato al sostegno del progetto personalizzato individuale e comunitario di domiciliarità, ed è formato, in via principale, da:

- a) una componente sanitaria, che costituisce livello essenziale di assistenza e trova fondamento diretto nell'articolo 13, commi 1 e 2, della LR 10/97;
- b) una componente di rilevanza sociale, che trova, invece, fondamento in relazione all'articolo 41, LR 6/2006.

Queste due componenti del budget di salute possono essere integrate dalle eventuali risorse che la persona per libera scelta destina alla realizzazione del progetto personalizzato.

Come anticipato, l'entità del contributo e le modalità di erogazione dello stesso vengono definite tramite apposita deliberazione della Giunta regionale all'esito del percorso di co-programmazione.

6. Sistema informativo

I progetti di presa in carico individuale e comunitaria realizzati nell'ambito della sperimentazione in oggetto dovranno soddisfare le esigenze informative previste dal Sistema Informativo Sanitario e Sociale della Regione Friuli Venezia Giulia integrate con quelle derivanti dagli indicatori previsti dal piano di valutazione che verrà definito, come indicato nel paragrafo che segue.

A tal fine il gestore informatico Insiel dovrà garantire il raccordo e le eventuali integrazioni richieste agli applicativi e gestionali in uso.

7. Accompagnamento, monitoraggio e valutazione

Il carattere di innovazione sociale che connota la sperimentazione in oggetto rende di fondamentale importanza accompagnarla nonché dotarla di un adeguato sistema di monitoraggio e valutazione. Non sarà, infatti, sufficiente limitarsi a rendicontare le attività che saranno realizzate nel suo contesto e i risultati che verranno conseguiti, ma si dovrà giungere a comprendere, da un lato, anche i processi, le dinamiche e gli assetti sviluppati tra i diversi attori coinvolti per la loro realizzazione, dall'altro, il valore sociale da essi generato a livello di relazioni individuali, istituzionali e comunitarie.

Come esposto in premessa, l'innovazione sociale si qualifica per questi aspetti che pertanto sarà necessario cercare di rilevare e comprendere. A tal fine diventa fondamentale accompagnare lo sviluppo della sperimentazione con un sistema di valutazione che adotti un approccio di tipo realista, orientato al contesto, ai suoi attori e a ciò che entrambi produrranno in risposta alle azioni e agli interventi messi in campo con la sperimentazione.

All'interno di tale approccio, si ritiene importante adottare il modello della valutazione dell'impatto sociale, quale strumento utile alla valorizzazione degli interventi realizzati dagli enti del terzo settore e promosso anche a livello nazionale con le "Linee guida per la realizzazione di sistemi di valutazione dell'impatto sociale delle attività degli enti del Terzo settore" (decreto Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 23 luglio 2019), a sua volta integrato, seppur in via sperimentale, dal Community-Index (C-Index) ideato da AICCON² al fine di osservare e valutare la rilevanza e la qualità della relazione tra un'organizzazione e la sua comunità di riferimento. Così intesa anche la valutazione della sperimentazione si configura come un intervento di carattere innovativo che si propone di avvalorare la sperimentazione stessa.

Presupposto indispensabile della valutazione è il sistema di monitoraggio, inteso quale sistema di raccolta di informazioni sugli input e la loro utilizzazione, sui tempi di esecuzione e sul grado di realizzazione degli output attesi, volto a costruire una base dati dalla quale trarre indicatori significativi per la valutazione.

² Associazione Italiana per la Promozione della Cultura della Cooperazione e del Non Profit

In coerenza con l'approccio realista alla valutazione, anche il monitoraggio sarà costruito in modo da favorire la ricostruzione bottom up delle dinamiche implementative, del sistema di relazioni tra gli attori coinvolti nel processo e, in generale, l'analisi dell'evoluzione dei problemi legati al processo.

La Regione elabora un apposito piano per l'accompagnamento, il monitoraggio e la valutazione della presente sperimentazione, avvalendosi del supporto tecnico dell'Area Welfare di Comunità dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina.

8. Raccordo con la programmazione regionale sociosanitaria

La presente sperimentazione si sviluppa in coerenza con gli atti di pianificazione e programmazione nazionali e regionali in tema di non autosufficienza, con particolare riguardo al Piano Nazionale per la Cronicità (PNC), al Piano Nazionale per la non autosufficienza (PNA), al Piano Nazionale Demenze e al Piano Regionale della Cronicità.

Tenuto conto della popolazione target della sperimentazione di cui al paragrafo 3 delle presenti Linee di indirizzo, l'intervento si svilupperà in raccordo con le attività realizzate dal tavolo tecnico regionale per la stesura del percorso diagnostico terapeutico assistenziale a favore delle persone affette da demenza, di recente istituzione.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE