



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 33/12 del 30.6.2015**

## **Linee guida per la valutazione multidimensionale, il finanziamento e il monitoraggio dei piani personalizzati (legge n. 162/1998)**

### **1 Un programma regionale innovativo**

La Regione Sardegna negli anni scorsi ha profondamente riorganizzato i programmi di lunga assistenza, promuovendo una pluralità di interventi sociali e sanitari da erogare con continuità a persone che non possono sostenere una normale vita di relazione e non possono provvedere alla cura della propria persona senza l'aiuto determinante di altri. Nel 2006 ha avviato il programma "Ritornare a casa" e la rete pubblica degli assistenti familiari, nel 2007 ha finanziato azioni finalizzate al miglioramento dei contesti abitativi delle persone con disabilità (domotica). Infine, con l'art. 34 della legge regionale 29 maggio 2007, n. 2, ha istituito il Fondo regionale per la non autosufficienza.

Il Fondo ha avviato un profondo ripensamento delle azioni per la non autosufficienza, consolidando programmi particolarmente innovativi nell'ambito della domiciliarità avviati negli anni precedenti, introducendo nuovi programmi d'intervento, riorganizzandoli su logiche comuni, su criteri di accesso condivisi, e assicurando supporti operativi adeguati.

Gli interventi previsti e progressivamente attivati hanno avuto in tutti questi anni obiettivi e finalità comuni:

- favorire la permanenza delle persone non autosufficienti nel proprio domicilio, attivando o potenziando la rete di cura e di assistenza domiciliare integrata;
- assicurare la personalizzazione nell'erogazione e nella progettazione delle prestazioni di cura, con interventi che rispettino le differenze individuali e riconoscano le specifiche esigenze di ognuno;
- prevedere una graduazione degli interventi sulla base di una valutazione multidimensionale delle esigenze della persona;
- promuovere il sostegno della famiglia nelle sue responsabilità di cura e di sostegno;
- assicurare la promozione di percorsi di cura integrati capaci di comprendere interventi sociali e interventi sanitari;
- rafforzare il sostegno pubblico nell'area della non autosufficienza.

Il Fondo fin dalla sua istituzione è stato decisivo per attribuire al Comune le sue competenze nel settore della disabilità e della non autosufficienza e per avviare un'integrazione reale con i servizi sanitari. Le politiche regionali a favore delle persone con disabilità per molti anni, fino a tutti gli anni novanta, erano caratterizzate da una elevata presenza di interventi sanitari a bassa intensità, per lo più di riabilitazione globale estensiva. Le politiche sociali dei Comuni sono risultate per decenni scarsamente presenti in questa area d'intervento oppure operanti in modo frammentario con interventi limitati e, spesso inadeguati, di carattere residenziale e qualche esperienza significativa fortemente innovativa, ma che spesso non assicurava alla famiglia e alla persona una presa in



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

carico continuata nel tempo. Negli ultimi anni questa situazione si è ribaltata. I Comuni della Sardegna nel 2011, ultimo dato disponibile, hanno destinato quasi il 40% della spesa sociale al finanziamento di interventi a favore delle persone con disabilità contro una media nazionale pari al 23,2%.

Nell'attuale sistema di valutazione e finanziamento dei piani personalizzati, emergono, allo stesso tempo, criticità ed esigenze di modifica e di integrazione non secondarie nei criteri di valutazione della non autosufficienza e nella progettazione degli interventi, in relazione al ruolo degli enti locali, all'esigenza di un maggiore coordinamento con gli interventi promossi dalle Aziende sanitarie e di un utilizzo equo e organico delle risorse disponibili.

## **2 Le criticità che è necessario superare**

A otto anni dalla sua istituzione il Fondo richiede inevitabilmente adeguamenti su molteplici aspetti. Le criticità più marcate emergono nel sistema di valutazione utilizzato per i piani personalizzati 162. Le schede di valutazione utilizzate in questi ultimi anni – la scheda salute e la scheda sociale somministrate rispettivamente dal medico di medicina generale e dall'operatore sociale del Comune - presentano criticità non secondarie in termini di riconoscimento del bisogno di cura:

- per la valutazione delle capacità delle persone nello svolgimento delle attività quotidiane (capacità di autoalimentarsi, di vestirsi, di deambulare) si utilizza la stessa scheda per un anziano e per un bambino di 0-3 creando inevitabilmente distorsioni nella attribuzione dei punteggi. In molti casi, i risultati della scheda sono integrati con valutazioni discrezionali del medico di famiglia con rilevanti variazioni nel riconoscimento del bisogno di cura tra un medico e un altro;
- si valuta la condizione sociale della persona con disabilità con una scheda sociale che comprende poche e non sempre significative dimensioni di vita e prevede una attribuzione di punteggi spesso non sufficientemente argomentata. Negli anni i punteggi relativi a ciascuna risposta della scheda hanno subito numerose e significative modifiche creando ulteriori squilibri e iniquità nella assegnazione delle risorse;
- alla scheda salute e alla scheda sociale è attribuita la stessa rilevanza nel determinare il bisogno di cura e il finanziamento complessivo del piano. In questo modo, una persona che nello svolgimento delle attività quotidiane, osservate dalla scheda salute, presenta poche criticità ha spesso un punteggio superiore a 50 punti nel sociale, punteggio che, indipendentemente dai risultati della scheda salute, assicura un finanziamento del piano personalizzato considerevole;
- l'attuale sistema di valutazione evidenzia, altresì, incongruenze tra certificazioni e valutazione. Un numero elevato di beneficiari, pur essendo in possesso della certificazione di disabilità grave (Legge n. 104, art. 3, comma 3) nella successiva valutazione condotta dal medico di medicina generale e dall'operatore sociale del Comune manifestano una limitata disabilità nello svolgimento delle attività quotidiane e non presentano condizioni di particolare disagio sociale che aggravi significativamente la loro condizione di disabilità. Ben 4.522 richiedenti ottengono nella valutazione multidimensionale realizzata con la scheda salute un punteggio da 0 a 10 punti e un ulteriore 9.957 un punteggio da 11 a 20 punti (il punteggio massimo è pari a 50 punti);



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- la valutazione delle condizioni di non autosufficienza sebbene sia progettata per osservare più dimensioni di vita è per lo più affidata al singolo operatore sociale e sanitario.

Criticità rilevanti emergono anche nella progettazione degli interventi, in particolare, in relazione al coordinamento tra gli interventi sanitari e gli interventi sociali previsti dal piano personalizzato. Molto frequentemente il piano personalizzato, non riesce a promuovere una pluralità di interventi coordinati e a coinvolgere la pluralità di soggetti che possono contribuire, ognuno con la sua competenza specifica, alla promozione della autonomia della persona. Nell'ambito della lunga assistenza, gli interventi di carattere sociale sono necessariamente finalizzati al sostegno della domiciliarità, alla cura della persone con disabilità e alla promozione di una sua partecipazione attiva alla vita sociale. Questi obiettivi possono essere perseguiti efficacemente con un approccio di carattere multiprofessionale e integrato. In questo approccio, gli interventi di carattere sociale – in particolare, quelli relativi alla cura della persona, al sostegno delle relazioni familiari e alla socializzazione – sono attentamente commisurati e valutati nei loro effetti sulla evoluzione della patologia e nelle loro interazioni con le prescrizioni di interventi sanitari. A loro volta, gli interventi sanitari sono individuati in relazione alla condizioni socio-ambientali del beneficiario, nella consapevolezza che essi moltiplicano i loro effetti quando trovano un ambiente relazionale favorevole, collaborativo che facilita la loro realizzazione e la consapevole adesione alla terapia prescritta.

### **3 Le tre fasi del nuovo sistema**

Il nuovo sistema si sviluppa in tre fasi distinte. In una prima fase si realizza la valutazione delle condizioni di non autosufficienza della persona che richiede l'intervento e si individuano gli interventi appropriati di assistenza sanitaria e, in termini generali, di carattere sociale. In una seconda fase, si attribuisce un valore in termini di servizi, di interventi e si determina il finanziamento disponibile per l'attuazione di ulteriori interventi che rafforzino quelli esistenti o ne completano il percorso riabilitativo. In una terza, infine, si procede alla progettazione operativa degli obiettivi e delle azioni più appropriate sulla base delle risorse complessivamente disponibili.

Le tre fasi in cui si sviluppa il nuovo sistema di valutazione e il finanziamento dei piani personalizzati per le persone con grave disabilità sono definite nei punti successivi e possono essere così sintetizzate:

1. *Valutazione multidimensionale*, attraverso la quale si valutano una pluralità di sfere di vita - le capacità funzionali, cognitive, comportamentali e di partecipazione sociale della persona - ai fini di acquisire una visione globale della persona e di predisporre un appropriato piano di intervento. La valutazione multidimensionale, si sviluppa con gli strumenti e i soggetti illustrati nei punti successivi.
2. *Valorizzazione*. La valorizzazione di ogni singolo piano, è una fase successiva alla valutazione ed è realizzata dall'operatore sociale del Comune sulla base dei criteri e delle relative comunicazioni della Regione (comunicate in una prima fase in termini indicativi e successivamente in via definitiva) e sulla base delle indicazioni dell'UVT o, nella fase transitoria, del medico di Medicina generale;



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

3. *Progettazione*, nella quale si individuano, sulla base delle condizioni di non autosufficienza osservate, gli interventi che promuovono l'autonomia della persona e il miglioramento delle sue condizioni di vita. Per i minori, l'Unità di valutazione territoriale (UVT) dell'Azienda sanitaria locale di competenza, individua gli interventi sanitari di cui necessita la persona. In quella sede, l'operatore sociale del Comune prescrive una prima proposta di interventi sociali che sarebbe necessario attivare e che sarà ulteriormente ed operativamente definita insieme alla persona in condizione di non autosufficienza e alla sua famiglia. Per le persone con 18 anni e fino ai 64 anni è previsto che nell'anno di avvio del nuovo sistema, la valutazione e la progettazione siano affidate transitoriamente al medico di Medicina generale (o alla struttura sanitaria pubblica di riferimento) e all'operatore sociale del Comune secondo le indicazioni definite nei punti successivi. Ugualmente, per le persone con età superiore ai 65 anni il processo di valutazione e di progettazione sono affidati transitoriamente al medico di Medicina generale (o alla struttura sanitaria pubblica di riferimento) e all'operatore sociale del Comune secondo le indicazioni definite nei punti successivi. Con il consolidamento operativo del nuovo sistema anche per queste fasce d'età il processo di valutazione e di progettazione sarà affidato alla UVT e completato dall'operatore sociale del Comune con il beneficiario e la sua famiglia.

Il nuovo sistema intende superare le criticità emerse negli scorsi anni. Gli strumenti di valutazione sono affidati progressivamente all'UVT. La progettazione è intesa come un processo che individua una pluralità di interventi e che dispone di un finanziamento integrativo che completa il percorso di cura. Il finanziamento assicurato:

- è finalizzato a rafforzare gli interventi di cura sanitari e sociali in corso e programmati in altre sedi, a creare connessioni tra una azione e un'altra, ad assicurare fluidità tra gli interventi, a creare un pacchetto organico e coerente di cura;
- è una sorta di budget di cura, di "portafoglio di interventi" di cui dispone principalmente l'operatore sociale e in cui convergono sia risorse sanitarie che risorse sociali rese disponibili dalla vigente normativa;
- è differenziato in relazione alle capacità delle persone nello svolgimento delle attività quotidiane, capacità che sono valutate con strumenti di cui è riconosciuta l'affidabilità.

**4 La distinzione negli strumenti valutativi e nei soggetti della valutazione multidimensionale. La transizione e la fase a regime**

Il nuovo sistema di valutazione si realizza con il contributo di diversi soggetti che adottano, modalità e strumenti di valutazione multidimensionale differenziati in relazione alle esigenze del richiedente. Le distinzioni più rilevanti sono progressivamente costruite in relazione all'età, alle dimensioni di vita che presentano maggiori criticità e che richiedono strumenti specifici di osservazione. Il nuovo sistema individua una fase transitoria di avvio e una fase a regime sulla base, in particolare, delle attuali condizioni e capacità operative dei vari soggetti che concorrono alla attuazione del sistema.

Sulla base di queste distinzioni, la valutazione multidimensionale si sviluppa con i seguenti strumenti di valutazione multidimensionale e coinvolge i seguenti soggetti:



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

| <b>Classe di età</b>                               | <b>Strumenti valutativi</b>  | <b>Soggetti della valutazione per l'anno 2016</b>   | <b>Soggetti della valutazione per gli anni successivi</b> |
|--|--|---|---|
| <i>dalla nascita fino al compimento di 18 anni</i> | <i>Documentazione clinica (certificati sanitari, risultati di schede valutative validate ecc...)<br/>Diagnosi funzionale e profilo dinamico<br/>Schede valutative e metodi di osservazione specifici per patologia e per età (Vineland Adaptive Behavior Scales, scale Wechsler, Aberrant behavior checklist ...)<br/>Documentazione sociale</i> | <i>Unità di valutazione territoriale</i>  | <i>Unità di valutazione territoriale</i>                  |
| <i>da più di 18 a 64 anni</i>                      | <i>Schede individuate di cui al punto 5<br/>Documentazione clinica comprensiva di esiti di schede valutative e metodi di osservazione specifici per patologia e per età (Vineland Adaptive Behavior Scales, scale Wechsler, Aberrant behavior checklist ...)<br/>Documentazione sociale</i>  | <i>Comune e Medico di medicina generale (o struttura sanitaria pubblica di riferimento)</i> | <i>Unità di valutazione territoriale</i>                  |
| <i>oltre 65 anni</i>                               | <i>Schede individuate di cui al punto 5<br/>Documentazione clinica comprensiva di esiti di schede valutative e metodi di osservazione specifici per patologia e per età<br/>Documentazione sociale</i>   | <i>Comune e Medico di medicina generale (o struttura sanitaria pubblica di riferimento)</i> | <i>Unità di valutazione territoriale</i>                  |

L'UVT nella sua attività di valutazione può integrare le schede indicate con altri strumenti valutativi e con ogni altra documentazione ritenuta utile per la realizzazione dell'attività valutativa e per la definizione del progetto di intervento. Questa esigenza assume particolare rilevanza per i minori per i quali la valutazione è in larga misura realizzata attraverso la documentazione clinica consegnata dal richiedente, la diagnosi funzionale e il profilo dinamico. La composizione dell'UVT nel caso si debba procedere alla valutazione di minori è integrata dalla figura del neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza o dallo psicologo del servizio competente della Asl.

Per le persone con età superiore a 18 anni le valutazioni sono espresse sulla base delle schede di cui punto 5 della presente relazione. Le schede Pfeiffer e MDS-HC, in particolare, possono essere integrate da valutazioni di ordine clinico del beneficiario e sulla base di esiti di schede valutative e metodi di valutazione specifici per patologia e per età. Ugualmente, per quanto riguarda le schede socio-ambientali sulla rete sociale e l'adeguatezza della abitazione l'operatore esprime un giudizio finale sulla base di valutazioni di ordine professionale sul complesso delle risposte ottenute.

Il nuovo sistema di valutazione non prevede specifici strumenti valutativi per le persone con disturbo mentale, in quanto il programma regionale in oggetto è destinato prevalentemente ai



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

soggetti con condizioni psicopatologiche stabilizzate e una severa compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono, cioè, solo secondarie derivanti dall'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi. La composizione dell'UVT nel caso si debba procedere alla valutazione di persone con disturbo mentale è integrata dalla figura dello psichiatra del servizio competente della Asl.

## **5 Le schede di valutazione multidimensionale**

Il nuovo sistema di valutazione, di cui è stata già avviata la sperimentazione, si avvale della notevole esperienza maturata in Sardegna in questo ambito d'intervento ed è integrato con modalità di valutazione ampiamente sperimentate in altre Regioni italiane. Nel mettere a punto il nuovo sistema si è cercato di privilegiare strumenti semplici, facili da usare dagli operatori sociali e nella pratica clinica, e al tempo stesso strumenti di cui è riconosciuta la validità e l'affidabilità nel misurare la compromissione delle capacità funzionali delle persone e nell'orientare interventi appropriati. Le scale di valutazione che s'intende utilizzare sono state già verificate nella loro affidabilità secondo procedure condivise a livello internazionale e sono ampiamente utilizzate dagli operatori dei Comuni, delle Aziende sanitarie e del terzo settore.

Il nuovo sistema utilizza, principalmente, cinque scale di valutazione e la diagnosi funzionale, al fine di osservare organicamente dimensioni di vita ritenute fondamentali per costruire il profilo di autonomia della persona:

- dimensione funzionale, intesa come capacità di svolgere le attività della vita quotidiana (vestirsi, alimentarsi, curare l'igiene personale, la deambulazione...) (*scheda: Barthel Index Modificato*);
- dimensione cognitiva (memoria, orientamento, capacità di calcolo elementare) (*scheda: Pfeiffer - Short Portable Mental Status Questionnaire*);
- dimensione relazionale (aggressività, stabilità dell'umore, accettazione della cura, comportamento sociale inadeguato) (*scheda: MDS-HC Disturbi del comportamento; MDS-HC Disturbi dell'umore*);
- dimensione socio ambientale (adeguatezza abitativa e ambientale, presenza di rete informale di aiuto, situazione economica) (*scheda: alcuni item tratti da Val.Graf-Systeme de mesured de l'autonomie; Svama*).
- dimensione clinica riferita alle patologie considerate la principale causa nella determinazione della condizione di non autosufficienza (*scheda: CIRS*). Le risposte riportate nella scheda clinica devono evidenziare le specifiche patologie che causano le difficoltà funzionali, cognitive e nella vita di relazione;
- diagnosi funzionale, profilo dinamico e schede integrative per le persone di età inferiore ai 18 anni.

La scelta delle schede è stata, altresì, determinata dal numero molto elevato di soggetti ai quali le schede stesse saranno somministrate (attualmente più di 38.000) e dalla necessità di ridurre i tempi della valutazione limitandola agli elementi e alla dimensioni ritenute essenziali e assicurando, comunque, la validità e l'affidabilità dei processi valutativi e la capacità discriminante dei suoi esiti.

Le schede indicate sono state composte in un unico percorso valutativo che conduce alla individuazione di 5 livelli di isogravità. Per i minori la valutazione si realizza a partire dalla "diagnosi



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

funzionale" che pone in evidenza, il profilo del minore con disabilità dal punto di vista cognitivo, affettivo-relazionale, linguistico, sensoriale, motricità globale e motricità fine, neuro-psicologico e dal "profilo dinamico".

## **6 I livelli di isogravità**

Il livello di isogravità è il giudizio finale e sintetico che conclude il processo di valutazione multidimensionale. Il programma prevede cinque livelli di isogravità da 1 (dipendenza lieve) fino ad un massimo di 5 (dipendenza grave).

Il livello è espressamente individuato dal soggetto che realizza la valutazione sulla base dei punteggi attribuiti nelle varie schede di valutazione e di una valutazione complessiva delle condizioni di non autosufficienza del richiedente:

- per i minori è individuato dall'UVT;
- per le persone con più di 18 anni e con meno di 65 anni è individuato, solo per il primo anno di avvio del nuovo sistema, dall'operatore sociale del Comune tenuto conto dei punteggi espressi nelle sezioni della scheda attribuite alla compilazione del Medico di medicina generale o alla struttura sanitaria pubblica di riferimento;
- per le persone con più di 65 anni è individuato transitoriamente dall'operatore sociale del Comune, tenuto conto dei punteggi espressi nelle sezioni della scheda attribuite alla compilazione del Medico di medicina generale o alla struttura sanitaria pubblica di riferimento.

L'individuazione del livello da 1 a 5 è dovuta, principalmente, a un algoritmo basato sulla *Barthel Index Modificato*, e sulla valutazione della dimensione cognitiva, della vita di relazione. Ogni livello di isogravità prevede l'accesso a specifici servizi sanitari e di carattere sociale in relazione alle esigenze di cura evidenziate nel processo valutativo e può determinare attraverso uno specifico finanziamento l'accesso ad altri interventi sociali integrativi.

| <b>Livello di isogravità</b> | <b>Interventi sociali e sanitari e valorizzazione</b>   |
|------------------------------|---|
| <b>PRIMO</b>                 | <i>Non è previsto uno specifico finanziamento del piano personalizzato. Il piano personalizzato indica gli interventi sanitari e sociali in corso, e può comunque prevedere interventi per favorire l'adeguatezza dell'ambiente domestico, l'accesso ai servizi, il sostegno al reddito e il supporto alla rete sociale (attraverso risorse relative ad altri programmi regionali), eventuali interventi di assistenza domiciliare e di assistenza educativa commisurati alle esigenze del richiedente e altri interventi a sostegno della domiciliarità.</i>           |
| <b>SECONDO</b>               | <i>È previsto uno specifico finanziamento del piano personalizzato volto a integrare e a rafforzare l'efficacia degli interventi sanitari e sociali in corso e a creare un pacchetto organico e coerente di cura. Nel piano si prescrivono gli interventi sociali integrativi che si intende finanziare e sono indicati gli interventi sanitari e le provvidenze derivanti da norme nazionali di cui beneficia il richiedente. Il piano personalizzato riporta, inoltre, gli interventi sociali finanziati e previsti da altre norme e programmi regionali e di cui</i> |



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

|        |   |
|--------|---|
|        | <i>beneficia il richiedente e che concorrono all'attuazione degli interventi programmati.</i>   |
| TERZO  | <i>È previsto uno specifico finanziamento del piano personalizzato volto a integrare e a rafforzare l'efficacia degli interventi sanitari e sociali in corso e a creare un pacchetto organico e coerente di cura. Nel piano si prescrivono gli interventi sociali integrativi che si intende finanziare e sono indicati gli interventi sanitari e le provvidenze derivanti da norme nazionali di cui beneficia il richiedente. Il piano personalizzato riporta, inoltre, gli interventi sociali finanziati e previsti da altre norme e programmi regionali e di cui beneficia il richiedente e che concorrono all'attuazione degli interventi programmati..</i> |
| QUARTO | <i>È previsto uno specifico finanziamento del piano personalizzato volto a integrare e a rafforzare l'efficacia degli interventi sanitari e sociali in corso e a creare un pacchetto organico e coerente di cura. Nel piano si prescrivono gli interventi sociali integrativi che si intende finanziare e sono indicati gli interventi sanitari e le provvidenze derivanti da norme nazionali di cui beneficia il richiedente. Il piano personalizzato riporta, inoltre, gli interventi sociali finanziati e previsti da altre norme e programmi regionali e di cui beneficia il richiedente e che concorrono all'attuazione degli interventi programmati.</i>  |
| QUINTO | <i>È previsto uno specifico finanziamento del piano personalizzato volto a integrare e a rafforzare l'efficacia degli interventi sanitari e sociali in corso e a creare un pacchetto organico e coerente di cura. Nel piano si prescrivono gli interventi sociali integrativi che si intende finanziare e sono indicati gli interventi sanitari e le provvidenze derivanti da norme nazionali di cui beneficia il richiedente. Il piano personalizzato riporta, inoltre, gli interventi sociali finanziati e previsti da altre norme e programmi regionali e di cui beneficia il richiedente e che concorrono all'attuazione degli interventi programmati.</i>  |

## **7 Profili assistenziali e livelli di isogravit **

Le schede di valutazione non solo misurano le condizioni di non autosufficienza della persona richiedente, ma costituiscono una sorta di osservazione guidata che favorisce un approccio di cura e d'intervento integrato nella pluralit  delle sue componenti.

I punteggi raggiunti in ciascuna scheda valutativa evidenziano criticit  pi  o meno gravi in una o pi  sfere di vita e consentono la progettazione degli interventi personalizzati di carattere sanitario e sociale che si ritengono necessari per contrastare le criticit  rilevate e per raggiungere gli obiettivi adottati di salute e di qualit  della vita.

Il piano assicura un livello di intensit  assistenziale sanitaria e sociale tendenzialmente determinato dall'intensit  del bisogno assistenziale rilevato nella valutazione multidimensionale. In alcuni casi pu  emergere un divario tra il livello di intensit  assicurato dal piano personalizzato e il bisogno di cura sanitaria e sociale rilevato nella valutazione. Tale divario costituisce una misura del fabbisogno assistenziale da soddisfare in un arco di tempo ragionevole attraverso il potenziamento delle rete dei servizi sociali e sanitari e degli interventi.

differenziati:

Per i minori, specificatamente, si individuano tre profili ai quali corrispondono i seguente livelli di isogravit :



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

*profilo 1: è necessario un supporto. Livello di isogravit : 1,2,3, corrispondente ai livelli assistenziali basso e medio.*

Pur essendo presente una patologia grave (autismo, tetraparesi, disturbo del comportamento),   possibile che chi accudisce possa lasciare il bambino giocare o alimentarsi o provvedere alla propria igiene senza supervisione per periodi limitati di tempo; il bambino pu  comunicare almeno con alcune parole le sue necessit ;   possibile uno scambio sociale anche sulla base della gestualit ;   in grado di interagire, pur in modo discontinuo e ad un livello molto elementare, con i coetanei; utilizza i giochi, anche se in modo molto elementare, rispetto ai coetanei. Per quanto riguarda la disabilit  intellettiva misurata con le scale Wechsler, a questo profilo corrisponde un quoziente intellettivo Weschler dai 40 ai 54 (disabilit  media).

*profilo 2:   necessario un supporto significativo, intermedio tra livello 1 e livello 3. Livello di isogravit : 4, corrispondente al livello assistenziale alto.*

Per quanto riguarda la disabilit  intellettiva misurata con le scale Wechsler, a questo profilo corrisponde un quoziente intellettivo Weschler dai 20 ai 39 (disabilit  grave).

*profilo 3:   necessario un supporto molto significativo. Livello di isogravit : 5, corrispondente al livello assistenziale elevato.*

Il minore   totalmente dipendente da chi lo deve accudire, vuoi per incapacit  motoria (tetraparesi grave con associato ritardo cognitivo ed assenza di miglioramenti importanti mediante assegnazioni di ausilii), vuoi per gravi turbe del comportamento (autismo grave, grave opposivit  ed aggressivit ), vuoi per ritardo mentale grave e simili; le necessit  del bambino sono da interpretare sulla base della mimica del viso o lamenti, o suoni che i genitori o chi per loro hanno appreso ad associare a particolari richieste; la volont  di interazione sociale   solo intuibile da sorrisi o vocalizzi che denotano richiamo o piacere di essere presi in braccio o abbracciati; sono i coetanei (ad esempio i compagni di classe) che devono proporsi per richiamare la sua attenzione e suscitare delle risposte; ha difficolt  gravi a spostare la sua attenzione da un oggetto/persona ad un altro/a. Per quanto riguarda la disabilit  intellettiva misurata con le Scale Wechsler, a questo profilo corrisponde un quoziente intellettivo Wechsler da 0 a 25 (disabilit  gravissima).

Nel caso la disabilit  non sia intellettiva, la valutazione si realizza di norma con la scala Vineland, con riferimenti di quoziente di gravit  riguardanti le autonomie analoghi a quelli della Wechsler.

Per le altre due fasce d'et  previste dal nuovo sistema (le persone con pi  di 18 anni e con meno di 65 anni; le persone con pi  di 65), i profili assistenziali e i livelli di isogravit  si determinano secondo il seguente schema:

*Livello di intensit  assistenziale basso e medio-basso (Isogravit  1 e 2)*

  riferibile a persone con parziale perdita di autonomia che necessitano di assistenza per compiere una parte delle attivit  quotidiane e delle attivit  di socializzazione. Il livello 1 di isogravit  corrisponde a persone che necessitano di un aiuto non continuo per compiere le attivit  di base della vita quotidiana, con lieve o inesistente decadimento della funzione cognitiva o moderati disturbi del comportamento. Rientrano in questo livello, persone con patologie stabili spesso non correlate con la non autosufficienza e che non necessitano di particolari interventi sanitari. Di norma prevale la domanda di interventi di carattere sociale. Il livello 2 di isogravit  corrisponde a persone che oltre ad avere bisogno di un aiuto fisico leggero non continuo o moderato per compiere le attivit  di base della vita quotidiana presentano decadimento cognitivo e moderati



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

disturbi del comportamento oppure persone che necessitano di aiuto fisico moderato con lieve o inesistente decadimento della funzione cognitiva o moderati disturbi del comportamento.

*Livello di intensità assistenziale medio e alto (Isogravità 3 e 4)*

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 e sociali di medio impegno con patologie croniche stabilizzate o in fase di avanzata stabilizzazione. Il livello 3 di isogravità corrisponde a persone che oltre ad avere bisogno di un aiuto fisico non continuo, presentano un grave decadimento della funzione cognitiva o gravi disturbi del comportamento, oppure persone che necessitano di aiuto fisico più elevato con un decadimento della funzione cognitiva moderato o grave o che presentano un livello moderato nei disturbi del comportamento. Il livello 4 di isogravità corrisponde a persone che necessitano di aiuto fisico pesante per compiere le attività di base della vita quotidiana, con grave o moderato decadimento della funzione cognitiva e che presentano disturbi del comportamento di livello grave o moderato.

*Livello di intensità assistenziale elevato (Isogravità 5)*

È riferibile a persone con grave perdita di autonomia che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere quasi tutte le attività quotidiane e le attività di socializzazione, con grave decadimento delle funzioni cognitive e gravi disturbi del comportamento. Necessitano di interventi medici e infermieristici impegnativi e frequenti, effettuabili a domicilio. Il livello 5 di isogravità corrisponde a persone che necessitano di aiuto fisico pesante per compiere le attività di base della vita quotidiana, con grave decadimento della funzione cognitiva e che presentano disturbi del comportamento di livello grave. A questo livello di isogravità accedono pazienti caratterizzati da moderata instabilità clinica che necessitano risposte polivalenti, con una prevalenza di interventi sanitari e che richiedono trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali.

## **8 La scheda socio-ambientale e l'integrazione dei livelli di isogravità**

La scheda costituisce una sorta di osservazione guidata che orienta la predisposizione del piano personalizzato. Allo stesso tempo promuove una presa in carico globale del beneficiario e della sua famiglia e può evidenziare la necessità di altri interventi di sostegno. La somministrazione della scheda può rilevare molteplici criticità non direttamente collegate alla disabilità, ma che aggravano in modo significativo le condizioni di vita della persona con disabilità e che possono essere superate con l'inserimento del richiedente in altri programmi di intervento (programma povertà, percorsi terapeutici di carattere sanitario, interventi di eliminazione delle barriere architettoniche, di socializzazione presso associazioni, di accompagnamento alla effettuazione di acquisti ecc.). La scheda comprende tre dimensioni:

- il *supporto della rete sociale*, attraverso una valutazione sintetica della capacità d'intervento della rete familiare, della rete amicale, del volontariato e dei servizi;
- l'*adeguatezza della abitazione*, presenza di barriere alla mobilità delle persone, inadeguatezza dei servizi presenti, condizioni igieniche e strutturali;
- la *situazione economica* del richiedente classificata sulla base delle fasce ISEE.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Le criticità rilevate nelle sezioni della scheda socio-ambientale sono classificate in tre livelli socio-ambientali per ogni livello di isogravità:

- *inesistente o lieve criticità*: persone che presentano criticità elevate in nessuno o solo in una delle dimensioni di vita e criticità medie nelle altre dimensioni: livello di inadeguatezza dell'ambiente domiciliare, presenza di assistenza alla persona nei diversi giorni della settimana, condizioni reddituali;
- *media criticità*: persone che presentano criticità significative in più di due delle dimensioni di vita valutate dalla scheda: livello di inadeguatezza dell'ambiente domiciliare, presenza di assistenza alla persona nei diversi giorni della settimana, condizioni reddituali;
- *alta criticità*: persone che presentano criticità significative in tutti e tre delle dimensioni di vita valutate dalla scheda: livello di inadeguatezza dell'ambiente domiciliare, presenza di assistenza alla persona nei diversi giorni della settimana, condizioni reddituali.

I punteggi ottenuti nelle risposte alla sezione *supporto alla rete sociale* sono sommati. Al fine di formulare un giudizio professionale, ben ponderato e non esclusivamente aritmetico, i valori raggiunti sono comunque riconsiderati complessivamente dall'operatore sulla base di profili sintetici che costituiscono il riferimento più vincolante nell'esprimere un giudizio valutativo. Per quanto riguarda *l'adeguatezza della abitazione* l'operatore esprime un giudizio finale somministrando le varie domande al beneficiario o alla persona di riferimento ed esprimendo un giudizio finale sulla base di valutazioni di ordine professionale sul complesso delle risposte ottenute. In relazione alla situazione economica, il *valore ISEE*, relativo alle prestazioni socio-assistenziali, è adottato come indicatore esclusivo della condizione economica e il profilo può indicare l'esigenza di accompagnare gli interventi previsti dal piano personalizzato con altri interventi di supporto al reddito.

La valutazione delle condizioni socio-ambientali precisa i livelli di isogravità individuati sulla base delle schede di carattere funzionale, comportamentale, umorale e cognitivo di cui al punto 5 della presente relazione.

Per ognuno dei 5 livelli di isogravità sono previsti tre livelli di criticità socio-ambientale: un livello inesistente o lieve, un livello medio, un livello alto. Le variazioni nei livelli socio-ambientali rilevati hanno effetti sugli interventi prescritti e sul finanziamento complessivo del piano personalizzato. Tra un livello socio-ambientale ed un altro non sono previste, comunque, variazioni particolarmente significative di finanziamento e intensità delle cure. Gli incrementi di finanziamento e intensità delle cure relativi ad ogni livello socio-ambientale di ciascun livello di isogravità sono definiti dalla Regione e non potranno essere superiori, anche a livello alto, ai finanziamenti e all'intensità delle cure previsti nel livello di isogravità funzionali, comportamentali e cognitivi superiori: per esempio, il finanziamento previsto per il livello di isogravità 3 e con alto livello di criticità socio-ambientale sarà comunque inferiore al finanziamento previsto per il livello di isogravità 4, con livello socio-ambientale basso.

## **9 La valorizzazione**

A conclusione del processo di valutazione e di individuazione del livello di isogravità, l'operatore sociale del Comune procede alla valorizzazione di ogni singolo piano personalizzato sulla base dei criteri individuati dalla Regione, in relazione ai livelli ISEE dell'interessato, ad eventuali disposizioni relative a sovrapposizioni con altri benefici derivanti da altre leggi regionali. Il finanziamento è



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

destinato ad attivare interventi sociali integrativi gli interventi in atto, a rafforzarne l'azione e a creare le condizioni per una loro migliore efficacia.

La Regione determina l'entità della valorizzazione di ogni livello di isogravità in due fasi:

- *in termini indicativi* al fine di orientare la progettazione di carattere generale (sulla base della spesa tendenziale e della distribuzione dei punteggi ottenuta dai piani personalizzati in corso e di un valore atteso costruito sulla base di una distribuzione in quintili), comunicato prima dell'avvio del processo di valutazione e del processo di progettazione;
- *in via definitiva*, sulla base del numero e del livello di isogravità di tutti progetti personalizzati pervenuti e dei limiti dello stanziamento autorizzato con legge di bilancio, determina il finanziamento per ogni singolo livello di isogravità e gli incrementi da applicare sulla base delle condizioni socio-ambientali.

### **10 La progettazione degli interventi**

Il Piano personalizzato è predisposto dall'operatore sociale del Comune insieme alla persona con disabilità e alla sua famiglia. Il Piano individua gli obiettivi, le azioni specifiche, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali interessate. Nel piano sono illustrati dettagliatamente gli interventi sanitari e gli interventi sociali che s'intendono promuovere sulla base del livello di isogravità e del profilo di autonomia individuati:

- in una prima sezione sono indicati dettagliatamente gli interventi sanitari di cui usufruisce la persona e l'assistenza sanitaria (medica e infermieristica) che è necessario assicurare;
- in una seconda sezione sono indicati dettagliatamente gli interventi sociali, derivanti da norme nazionali o regionali o da altri programmi di intervento, di cui usufruisce la persona;
- in una terza sezione sono indicati il finanziamento disponibile, individuato sulla base di criteri definiti dalla Regione, e, dettagliatamente e in termini operativi, gli interventi sociali che si intende attivare per completare il percorso di cura;
- se l'operatore sociale lo ritiene opportuno, in base a valutazioni di ordine professionale, può stabilire di non destinare tutto il finanziamento disponibile nella fase di prima progettazione, lasciando quote del finanziamento per successivi interventi a compensazione di lacune e squilibri che dovessero manifestarsi.

In termini generali, possono essere finanziati uno o più interventi a sostegno della domiciliarità fra quelli previsti dal "Nomenclatore dei servizi e degli interventi sociali" predisposto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, fra i quali, in particolare, il servizio educativo, l'assistenza domiciliare, l'accoglienza presso Centri socio-educativi diurni di cui al di cui all'art. 18 del Decreto del Presidente della Regione 22 luglio 2008, n. 4 (Regolamento di attuazione dell'art. 43 della L.R. 23 dicembre 2005 n. 23 o presso Centri diurni integrati limitatamente al pagamento della quota sociale, attività sportive e/o di socializzazione, soggiorni di sollievo presso strutture sociali e sociosanitarie e residenze sanitarie assistenziali autorizzate, per non più di 30 giorni nell'arco di un anno e limitatamente al pagamento della quota sociale.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

## **11 Le fasi del processo di progettazione**

La progettazione si svolge sostanzialmente in due fasi: la prima di carattere generale, la seconda operativa. Le due fasi sono fondate sui giudizi valutativi espressi dai soggetti alla quale è attribuita la funzione valutativa sulle capacità, sulla vita di relazione e le condizioni socio-ambientali del beneficiario.

Per i minori, l'UVT, a conclusione del processo valutativo, individua le aree di maggiore criticità e il livello di isogravità, definisce in termini generali, gli obiettivi e gli interventi sanitari di cui necessita la persona e, in termini generali, gli obiettivi e gli interventi sociali da attivare. Per le persone con età superiore ai 18 anni tali adempimenti sono affidati, transitoriamente, al medico di Medicina generale (o alla struttura sanitaria pubblica di riferimento) e all'operatore sociale: il medico di Medicina generale dovrà compilare la scheda Barthel, la scheda Pfeiffer, la scheda clinica e indicare le esigenze in termini di assistenza sanitaria; l'operatore sociale del Comune che dovrà compilare le restanti parti della scheda di valutazione multidimensionale e specificare gli obiettivi generali del piano e gli interventi.

Il piano personalizzato di sostegno in termini operativi e con l'indicazione puntuale delle prestazioni e delle figure professionali interessate è predisposto dall'operatore sociale del Comune sulla base delle valutazioni e delle indicazioni progettuali di massima dell'UVT o del Medico di medicina generale (o alla struttura sanitaria pubblica di riferimento), sulla base dei criteri formulati dalla Regione relativamente alla predisposizione del piano e all'entità del finanziamento disponibile. Il piano comprende, di norma, una pluralità di interventi che si coordinano con gli interventi prescritti da altri operatori sanitari e sociali. Il finanziamento costituisce una sorta di "budget di cura" che è utilizzato dall'operatore insieme al beneficiario e alla sua famiglia per acquisire servizi e interventi, non generici, a favore della persona in condizione di non autosufficienza.

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 e accrescere la soddisfazione dell'utenza. Il processo di aiuto è comunque un percorso professionale che per sua natura presuppone una differenziazione tra operatore e beneficiario nei livelli di conoscenza sui possibili effetti delle azioni progettate e le loro interazioni con gli interventi sanitari e sociali già programmati.

## **12 L'integrazione socio-sanitaria**

Il piano personalizzato è coordinato in termini operativi con le azioni sanitarie e i benefici ricevuti dal richiedente sulla base di percorsi riabilitativi prescritti, di altre leggi regionali e nazionali. Il piano dovrà costituire un percorso terapeutico che promuove l'integrazione sociosanitaria degli interventi previsti a favore delle persona in condizione di non autosufficienza. A questo fine, il piano di norma comprende e individua dettagliatamente la pluralità delle prestazioni che promuovono l'autonomia della persona e il miglioramento delle sue condizioni di vita con particolare riferimento alle seguenti prestazioni:



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (D.P.C.M. 14 febbraio 2000, art. 3, comma 1), prestazioni che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (D.P.C.M. 14 febbraio 2000, art. 3, comma 2) che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (D.P.C.M. 14 febbraio 2000, art. 3, comma 3), prestazioni attribuite alla fase post-acuta e caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza.

**13 La durata del progetto, il monitoraggio e il controllo. La transizione e la fase a regime**

Il piano personalizzato è di durata triennale e può essere aggiornato, su alcune aspetti, sulla base delle richieste delle famiglie o dalle esigenze che dovessero emergere nel coordinamento organizzativo con la rete dei servizi e nella disponibilità di risorse. Nel corso del triennio il piano è comunque soggetto a interventi valutativi, anche ripetuti, e ad integrazioni ai fini dell'adeguamento del piano a mutati bisogni e ai fini di controllo sulla regolarità della sua esecuzione.

Per l'anno 2016, primo anno di avvio del nuovo sistema, per quanto riguarda i minori la valutazione realizzata dalla UVT e la progettazione hanno durata triennale. Nel corso del triennio, può essere adeguato il finanziamento del piano in relazione alle disponibilità del Bilancio regionale. Per le altre due fasce d'età previste dal nuovo sistema (le persone con più di 18 anni e con meno di 65 anni; le persone con più di 65) e solo per l'anno 2016 gli esiti della valutazione e il piano personalizzato hanno durata annuale.

**14 L'avvio di progetti sperimentali per la vita indipendente**

Entro tre mesi dalla data di approvazione della presente deliberazione, la Regione predispone linee guida per il finanziamento di progetti di vita indipendente finalizzati al sostegno della piena autonomia di persone con disabilità grave - inserite in esperienze di abitare in autonomia o contesti lavorativi o formativi - che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale.

Le linee guida sono basate sui principi e gli indirizzi contenuti nell'articolo 19 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità che riconosce il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone. Le linee guida assumono come riferimento le metodologie e gli strumenti dei progetti di inclusione sociale di cui alla deliberazione n. 42/10 del 4.10.2006, individuano obiettivi, opportunità e strumenti che valorizzino la capacità delle persone con disabilità, di età compresa tra 18 e 64 anni, di abitare in modo autonomo, di svolgere attività di propria scelta e la possibilità di prendere decisioni riguardanti la



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

propria vita con le sole limitazioni che hanno le persone senza disabilità. I progetti di vita indipendente indicano i risultati che si intendono perseguire nel percorso di autonomia personale; sono orientati a realizzare esperienze di autonomia abitativa, al completamento del percorso di studi, alla formazione professionale per l'inserimento socio-lavorativo, alla valorizzazione delle capacità funzionali nell'agire sociale compreso l'esercizio delle responsabilità genitoriali. I progetti non finanziano interventi di sostegno al nucleo familiare né interventi sostitutivi dell'attività di assistenza tutelare né interventi di carattere sanitario di competenza infermieristica e/o riabilitativa. I progetti di vita indipendente sono finanziati, per i primi tre anni di sperimentazione, con una quota vincolata del Fondo regionale per la non autosufficienza.

### **15 Promuovere la collaborazione e l'associazionismo tra le famiglie**

Entro 60 giorni dalla data di approvazione della presente deliberazione, la Regione individua modalità e strumenti operativi e finanziari che favoriscano la collaborazione e l'associazionismo delle famiglie nella progettazione e nella gestione dei piani personalizzati, la creazione di reti di relazione e di supporto reciproco, l'individuazione di luoghi di incontro per la gestione condivisa dei piani, anche al fine di evitare la privatizzazione del lavoro di cura e di assicurare alla relazione di aiuto personalizzata prevista dal piano una maggiore socializzazione e la promozione di una partecipazione reale ad una vita attiva.

### **16 Le modalità di accesso al programma e di gestione del piano personalizzato**

Possono essere destinatari dei piani personalizzati esclusivamente le persone in possesso di certificazione della disabilità di cui all'articolo 3, comma 3 della L. 104/1992.

L'accesso agli interventi del presente programma avviene attraverso presentazione di domanda da parte della persona interessata, di un familiare, del tutore, dell'Amministratore di sostegno al Comune di residenza.

Il piano personalizzato può essere gestito in *forma diretta* dal Comune fornendo al beneficiario gli interventi previsti o in *forma indiretta*, prevedendo che la stipula del contratto con gli operatori e ogni altro adempimento connesso all'attuazione del piano siano effettuati dalla persona interessata, da un familiare, dal tutore o dall'Amministratore di sostegno.

Nella gestione in *forma indiretta*, gli operatori che erogano la prestazione non potranno essere parenti conviventi né persone incluse tra le categorie elencate all'art. 433 del Codice civile. La documentazione giustificativa delle spese sostenute dovranno essere consegnate al Comune.

### **17 L'applicazione dell'art. 2, comma 1 della legge regionale 21 gennaio 2014 (legge finanziaria 2014)**

Dopo questa prima fase di definizione dei criteri di riconoscimento del bisogno di cura, di individuazione degli strumenti di valutazione e di avvio del nuovo sistema di valutazione e di finanziamento, tutti gli adempimenti relativi alla progettazione e alla gestione dei piani personalizzati saranno progressivamente attribuiti al Comune di residenza sulla base di criteri di



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ripartizione territoriali delle risorse. Il primo trasferimento degli adempimenti, relativo ai piani personalizzati 162/98 e ai livelli di isogravit  pi  bassi e alle persone con pi  di 65 anni nel loro complesso sar  definito nel corso dell'anno 2016. Nel 2017 sar  completato il trasferimento degli adempimenti ai Comuni relativamente alla 162/1998 e agli altri interventi previsti dal Fondo regionale per non autosufficienza.

### **18 Il ruolo del Piano locale dei servizi (Plus)**

Il Plus competente per ambito territoriale assicura l'avvio di iniziative che favoriscano il coordinamento dei piani personalizzati attivati e dei progetti di vita indipendente, la collaborazione tra le famiglie, assicura assistenza tecnica nella progettazione degli interventi personalizzati, facilita l'esecuzione e il sostegno tecnico nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati, l'integrazione e la complementariet  dei progetti; prevede il potenziamento dei Centri diurni come luogo di incontro per le famiglie e come riferimento tecnico per il supporto professionale degli operatori impegnati nell'attuazione di un singolo piano e per favorirne la collaborazione con gli operatori del Comune.

### **19 La sperimentazione del nuovo sistema**

La sperimentazione del nuovo sistema   stata avviata in alcuni Comuni della Sardegna (Cagliari, Sinnai, Maracalagonis, Burcei, Settimo San Pietro, Ozieri, Osilo) e da alcune associazioni su circa 300 persone con disabilit  differenziate per et , genere e per patologia. L'Assessore riferisce che una sperimentazione pi  articolata, estesa alle modalit  di predisposizione dei piani personalizzati si svilupper  nelle prossime settimane su un campione pi  ampio di Comuni e su alcune Aziende sanitarie e si concluder  entro 60 giorni dall'approvazione della presente deliberazione.

La valutazione delle condizioni sanitarie e sociali delle persone con disabilit  che collaboreranno alla sperimentazione avverr  sulla base di una selezione di un gruppo rappresentativo di beneficiari che sar  selezionato oltrech  in base ad elementi territoriali e socio-demografici, anche in base ai livelli di gravit .