



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI
E DISABILITÀ

salute@regione.fvg.it
salute@certregione.fvg.it

tel + 39 040 377 5501
fax + 39 040 377 5523
I - 34123 Trieste, riva Nazario Sauro 8

**PIANO REGIONALE DI SUPPORTO ALLA
POPOLAZIONE ANZIANA FRAGILE
2021- 2023**

Alla redazione del presente Piano hanno contribuito:

Fabio BONETTA	Direttore Azienda servizi alla persona ITIS
Maria Chiara CORTI	già Direttore sociosanitario ASUGI
Miria DEL FORNO	Dirigente Infermieristica ASUFC
Paolo FELICE	Referente Forum Terzo Settore
Tamara FERESIN	Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità
Elisa MARSÌ	Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità
Sandra PONTA	Area Welfare di comunità ASUGI
Antonino RIOLO	Direzione centrale salute politiche sociali e disabilità
Matteo SABINI	Federazione regionale UNEBA - FVG
Miriam TOTIS	già Responsabile Servizi sociali dei Comuni della Carnia
Ranieri ZUTTON	Direttore Area Welfare di comunità ASUGI

INDICE

INTRODUZIONE	5
NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	7
LA CONDIZIONE DI FRAGILITA'	9
LA PRESA IN CARICO DELL'ANZIANO FRAGILE IN FRIULI VENEZIA GIULIA.....	10
LE CRITICITA' DEL SISTEMA DI PRESA IN CARICO IN FRIULI VENEZIA GIULIA.....	12
LA CENTRALITA' DELLA PERSONA E UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE ALLA FRAGILITA': UN PIANO PER INTERVENIRE	13
PIANO DI FATTIBILITA' PER LA PRESA IN CARICO DELLA POPOLAZIONE FRAGILE DEL FVG	15
PROGETTUALITA' AVVIATE E RISORSE DISPONIBILI	38
ALLEGATO 1	42
ALLEGATO 2	48

INTRODUZIONE

“... La crisi ha messo in luce anche, e soprattutto, i rischi insiti nel ritardo con cui ci si è mossi per rafforzare le strutture territoriali a fronte del forte sforzo operato per il recupero di più elevati livelli di efficienza e di appropriatezza nell'utilizzo delle strutture di ricovero. Se aveva sicuramente una sua giustificazione a tutela della salute dei cittadini la concentrazione delle cure ospedaliere in grandi strutture specializzate riducendo quelle minori che per numero di casi e per disponibilità di tecnologie, non garantivano adeguati risultati di cura (la banca dati Esiti da questo punto di vista ne forniva una chiara evidenza), la mancanza di un efficace sistema di assistenza sul territorio ha lasciato la popolazione senza protezioni adeguate. Se fino ad ora tali carenze si erano scaricate non senza problemi sulle famiglie, contando sulle risorse economiche private e su una assistenza spesso basata su manodopera con bassa qualificazione sociosanitaria (badanti), finendo per incidere sul particolare individuale, tale carenza ha finito per rappresentare una debolezza anche dal punto di vista della difesa complessiva del sistema quando si è presentata una sfida nuova e sconosciuta. È infatti sempre più evidente che una adeguata rete di assistenza sul territorio non è solo una questione di civiltà a fronte delle difficoltà del singolo e delle persone con disabilità e cronicità, ma rappresenta l'unico strumento di difesa per affrontare e contenere con rapidità fenomeni come quello che stiamo combattendo...”

Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica,
estratto pag. 289 “La sanità e il nuovo Patto della Salute” –
Corte dei Conti

L'analisi sopra riportata, scritta a maggio 2020, in piena emergenza sanitaria, spinge ad interrogarci sull'equilibrio del sistema di presa in carico delle persone fragili. Nella nostra Regione a fronte di una popolazione sempre più anziana e a un'offerta sufficientemente diversificata rispetto ai bisogni, si ritiene importante promuovere una maggiore attenzione ai bisogni delle persone anziane, sviluppando percorsi maggiormente integrati tra gli stessi servizi e tra servizi e comunità, che tengano conto della centralità della persona, del suo contesto di vita, delle risorse in un'ottica di welfare generativo.

La risposta di cura ai bisogni delle persone fragili deve innanzi tutto garantire la dignità della persona, delle famiglie e dei *caregiver*. La letteratura sulla fragilità (dati, linee guida, norme) è ampia e ci può offrire diversi modelli di riferimento e metodologie di intervento; la realtà di “chi è sul campo” però dimostra che gli *outcomes* spesso sono diversi dalle buone intenzioni espresse in questi documenti.

La fragilità della popolazione, in particolar modo in questo tempo di pandemia, ha messo in evidenza anche in Friuli Venezia Giulia criticità importanti nel sistema, rendendo particolarmente visibili quei bisogni che non riusciamo ancora a soddisfare correttamente.

Per la scrittura di un Piano di lavoro è necessario guardare ai percorsi delle persone e porsi interrogativi concreti in un'ottica di miglioramento dell'intero sistema che garantisca una corretta valutazione multidimensionale dei bisogni dell'anziano fragile, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, adeguate risposte per la domiciliarità, un appropriato accompagnamento da parte del Medico di Medicina generale e un sistema residenziale rispondente ai diversi bisogni assistenziali

Una persona anziana dimessa da un reparto di ortopedia per frattura del femore e in attesa di ricevere un posto in una Residenza sanitaria assistenziale cosa fa? E' stata attivata la continuità assistenziale con il distretto? Ci sono

a disposizione gli ausili necessari a domicilio? Il medico di medicina generale è stato informato? Abbiamo a disposizione una storia digitale accessibile a tutti i nodi dei servizi di presa in carico? Ha una famiglia in grado di supportarla? È conosciuta ai servizi sociali? Ha un'abitazione adeguata?

Molte volte le risposte non ci sono e la conseguenza può essere un ricorso improprio alla residenzialità, che prima della pandemia, vedeva lunghe liste d'attesa.

Un importante ruolo di sostegno alla domiciliarità viene fornito dalle famiglie che chiedono tutele, risposte adeguate alla specificità dei bisogni dei propri cari, coordinamento con i servizi sanitari e sociali, supporti, riferimenti, fatti di persone e di aiuti concreti.

Altro supporto al sistema di cura delle persone fragili viene fornito da assistenti familiari (cd. badanti). Le famiglie sono le principali conoscitrici del sistema del "badantato", che, se non governato, può creare problemi nella continuità assistenziale.

In questo momento storico, le scelte alla base della pianificazione e programmazione regionale in tema di sostegno alla popolazione anziana fragile devono necessariamente rispondere a un modello di welfare che consideri le persone come capaci di affermare la propria dignità, l'identità personale, le proprie motivazioni, richieste e aspettative, e che individui la rete dei servizi e degli interventi quale sostegno concreto per la qualità della vita.

A sostegno della necessità di promuovere il cambiamento di paradigma di cura, viene incontro il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in particolare nelle seguenti Missioni:

Missione 5) Coesione e Inclusione, che ha tra gli obiettivi il rafforzamento del ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità.

Specifiche linee d'intervento sono dedicate alle persone con disabilità e agli anziani, a partire dai non autosufficienti. Esse prevedono un rilevante investimento infrastrutturale, finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative che permettano di conseguire e mantenere la massima autonomia, con la garanzia di servizi accessori, in particolare legati alla domiciliarità, che assicurino la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico socio-sanitaria coordinato con il parallelo progetto di rafforzamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale previsto nella componente 6 Salute (in particolare il progetto Riforma dei servizi sanitari di prossimità e il progetto Investimento Casa come primo luogo di cura).

Missione 6) Salute, che prevede tra gli obiettivi di:

- Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
- Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari.
- Sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.
- Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Un'ulteriore punto di riferimento è il **Piano nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-23**, che intende potenziare gli operatori del Servizio sociale professionale e le altre figure sociali, la programmazione sociale regionale come un elemento fondamentale per lo sviluppo dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, quali il punto unico d'accesso, la supervisione del personale dei servizi sociali e, le dimissioni protette.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Legge regionale 19 maggio 1998, n. 10 “Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all’articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socioassistenziali”;
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- Legge regionale 11 dicembre 2003, n. 19 “Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza nella Regione Friuli Venezia Giulia”;
- Legge 9 gennaio 2004, n. 6 “Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all’istituzione dell’amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali”;
- Legge regionale 25 ottobre 2004, n. 24 “Interventi per la qualificazione e il sostegno dell’attività di assistenza familiare”;
- Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 “Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”;
- Legge regionale 26 ottobre 2006, n. 19 “Disposizioni in materia di salute umana e sanità veterinaria e altre disposizioni per il settore sanitario e sociale, nonché in materia di personale”, con particolare riferimento all’art. 31 “Disposizioni in materia di strutture residenziali per anziani”;
- Legge regionale 23 gennaio 2007, n. 1 “Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale e annuale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (Legge finanziaria 2007), con particolare riferimento all’art. 4, commi 22-25 (Trasferimento ai Comuni per l’erogazione di prestazioni assistenziali in favore dei soggetti mutilati invalidi del lavoro nonché di soggetti audiolesi);
- Legge regionale 30 dicembre 2008, n. 17 “Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale ed annuale della Regione (Legge finanziaria 2009), con particolare riferimento all’art. 10, commi 72 - 74 “Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità”;
- Decreto del Presidente della Regione 1° settembre 2009, n. 247 “Regolamento di attuazione del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità, di cui all’articolo 10, commi 72-74, della legge regionale 30 dicembre 2008, n. 17”;
- Legge regionale 16 novembre 2010, n. 19 “Interventi per la promozione e la diffusione dell’amministratore di sostegno a tutela dei soggetti deboli”;
- Legge regionale 31 maggio 2012, n. 11 “Norme per il sostegno dei diritti della persona e la piena libertà intellettuale, psicologica e morale dell’individuo”;
- Legge regionale 9 novembre 2012, n. 23 “Disciplina organica sul volontariato e sulle associazioni di promozione sociale”;
- Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria” e ss.mm.ii.;
- Legge regionale 14 novembre 2014, n. 22 “Promozione dell’invecchiamento attivo e modifiche all’articolo 9 della legge regionale 15/2014 (in materia di protezione sociale)”;
- Decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n. 7 “Regolamento di attuazione del Fondo per l’autonomia possibile e per l’assistenza a lungo termine di cui all’articolo 41 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)”;

- Delibera di Giunta Regionale 14 aprile 2015, n. 671 “Linee guida per le sperimentazioni Abitare possibile e domiciliarità innovativa”;
- Decreto del Presidente della Regione 13 luglio 2015, n. 0144 “Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani”;
- Legge regionale 19 febbraio 2016, n. 1 “Riforma organica delle politiche abitative e riordino delle Ater”;
- Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 “Piano Nazionale della Cronicità”;
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 “Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106”;
- Legge regionale 1° dicembre 2017, n. 41 “Interventi a sostegno delle Università della terza età e della libera età nell'ambito dell'apprendimento non formale”;
- Legge 27 dicembre 2017, n. 205 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2020” e, in particolare, l'articolo 1, comma 254, che istituisce presso la Presidenza del Consiglio dei ministri il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020, destinata alla copertura finanziaria di interventi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare;
- Delibera di Giunta Regionale 27 settembre 2019, n. 1625 “LR 17/2014 art.24 – Linee guida per la promozione e la realizzazione di forme sperimentali di abitare inclusivo. Aggiornamento delle sperimentazioni di cui alla DGR 2089/2017 in materia di abitare possibile e domiciliarità innovativa. Approvazione definitiva”;
- legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 “Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006”;
- Legge regionale 18 maggio 2020, n. 9 “Disposizioni urgenti in materia di autonomie locali, finanza locale, funzione pubblica, formazione, lavoro, cooperazione, ricerca e innovazione, salute e disabilità, rifinanziamento dell'articolo 5 della legge regionale 3/2020 recante misure a sostegno delle attività produttive”;
- Delibera di giunta regionale 21 agosto 2020, n. 1279 “LR 9/2020, art 17 - piano straordinario per la disabilità a protezione della salute dal contagio da covid-19. approvazione dei piani territoriali delle aziende sanitarie della regione”;
- Proposta di legge n. 110 “Disposizioni per il riconoscimento, la valorizzazione e il sostegno dei caregiver familiari”;
- Piano nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-23, come approvato dall'Intesa Stato – Regioni in data 22 settembre 2021;
- Delibera di Giunta regionale 18 giugno 2021, n. 959 “LR 27/2017 ART. 21 – Approvazione del “Repertorio delle qualificazioni regionali”.

LA CONDIZIONE DI FRAGILITA'

La letteratura concorda nell'individuare la fragilità come una sindrome biologica e clinica caratterizzata da riduzione delle riserve e della resistenza allo stress, provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici, in conseguenza di fattori biologici, psicologici, sociali (v. Fried 2004).

Al di là della definizione, il concetto di fragilità è comunque molto utilizzato dalla maggior parte dei professionisti sociosanitari (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, etc.) e ha avuto il merito di contribuire, tra l'altro, a spostare l'ottica da un approccio al paziente anziano centrato sulla malattia a una visione più integrata della salute nei suoi diversi aspetti.



La fragilità non è una condizione esclusiva della popolazione anziana, anche se il fenomeno è prevalente nella popolazione ultrasettantacinquenne.

Non è una situazione occasionale, ma si tratta di un *continuum*, di una condizione irreversibile e spesso progressiva.

La fragilità può essere individuata secondo un approccio di opportunità dai professionisti sanitari e sociali e, nello specifico:

- dal sistema delle cure primarie;
- dalla medicina specialistica;
- nei contatti con i servizi sociosanitari e sociali;
- attraverso procedure di screening della popolazione fragile in un'ottica di proattività.

In letteratura è possibile trovare alcune differenziazioni relative al *continuum* della situazione di fragilità, in particolare tra:

- gli anziani fragili, ovvero persone over 65 autosufficienti, ma con situazioni di rischio;

- gli anziani lievemente non autosufficienti, ovvero nelle casistiche che richiedono un supporto limitato e di natura prevalentemente sociale;
- gli anziani non autosufficienti, ovvero le persone anziane che necessitano di un supporto continuativo per lo svolgimento delle loro funzioni di base.

È comunque complesso individuare delle categorie generali di persone anziane fragili, in considerazione della molteplicità di casistiche nelle quali si concretizza il bisogno di assistenza e di cura.

LA PRESA IN CARICO DELL'ANZIANO FRAGILE IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Nell'attuale scenario di riferimento, per quanto attiene la presa in carico della popolazione fragile, è necessario considerare:

- l'invecchiamento della popolazione;
- il cambiamento del modo di vivere delle persone con la conseguente riduzione delle reti di supporto parentali e amicali;
- un aggravio sempre maggiore nel sostenere gli anziani da parte dei membri attivi della famiglia e della popolazione (v. indici di vecchiaia, piramide rovesciata...);
- la riduzione delle risorse dedicate alla tutela della salute;
- la crescita di impegno di un sistema di welfare invisibile sostenuto dalle famiglie;
- le difficoltà di cambiamento nel programmare il nuovo ruolo dell'assistenza ospedaliera;
- le trasformazioni indotte dalle migrazioni.

La situazione pandemica attuale ha reso maggiormente evidenti alcune fragilità del sistema di cura che richiedono risposte organizzative territoriali (domiciliari e residenziali) flessibili e innovative.

Le politiche adottate dalla Regione Friuli Venezia Giulia nel corso di questi anni hanno portato alla definizione di un articolato e complesso sistema di servizi e interventi erogati, spesso con modalità integrate, dai Comuni, dalle Aziende per l'assistenza sanitaria, dalle Aziende pubbliche di servizi alle persone, con il concorso delle famiglie, del terzo settore e di altri soggetti privati e senza scopo di lucro.

Si tratta di un sistema articolato su tre livelli di intervento: **domiciliare**, **semiresidenziale** e **residenziale** (comprensivo delle cure intermedie).



Servizi domiciliari

- Servizio assistenza domiciliare (SAD)
- Servizio Infermieristico domiciliare (SID)
- Servizio riabilitativo domiciliare (SRD)
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Assistenza domiciliare oncologica (ADO)
- Ospedalizzazione domiciliare
- Telesoccorso
- Assistenti familiari



Servizi semiresidenziali

- Strutture semiresidenziali per anziani, centri diurni.



Servizi residenziali

- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)
- Strutture residenziali per anziani «autorizzate»
- Hospice
- Strutture di riabilitazione funzionale ex art 26 L.833/78
- Ospedali di Comunità

Nell'ambito dei servizi e degli interventi domiciliari si individuano anche le **sperimentazioni di "Abitare inclusivo"** (Abitare possibile e Domiciliarità innovativa) finalizzate a introdurre forme abitative innovative per anziani in condizione di fragilità. Tali sperimentazioni perseguono la finalità di contribuire a ridurre e prevenire l'istituzionalizzazione delle persone anziane attraverso la realizzazione di soluzioni abitative innovative sia sul piano strutturale che sul piano gestionale e organizzativo e che siano in grado di offrire una reale alternativa alle forme di residenzialità classicamente intese, con il supporto delle tecnologie assistive.

I primi indirizzi regionali sono stati forniti con la DGR n. 671 del 14 aprile 2015 *"Linee guida per le sperimentazioni Abitare possibile e Domiciliarità innovativa"*, con la quale sono stati definiti i principi e le modalità di attuazione delle sperimentazioni nonché le forme di sostegno regionale per la loro realizzazione. Tali indirizzi sono stati aggiornati con DGR 2089/2017 e, successivamente, con DGR 1625/2019, con la quale si è provveduto in particolare ad implementare gli indirizzi per la conduzione delle sperimentazioni alla luce della DGR 1624/2019 che ha introdotto e definito l'utilizzo del budget di salute quale strumento a sostegno dei progetti personalizzati rivolti alle persone anziane non autosufficienti coinvolte nelle sperimentazioni di abitare inclusivo.

Nei tre livelli assistenziali si sviluppano gli interventi degli Enti gestori, tra cui gli Enti del Terzo Settore (ETS) e le Aziende di servizio alla persona (ASP), i quali attraverso sinergie con gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e i Servizi sociali dei Comuni (SSC) contribuiscono alla rete di assistenza e supporto per la popolazione fragile.

Sul fronte dei *caregiver* si osserva, che in Italia, in media, il **17,4% della popolazione (oltre 8,5 milioni di persone) svolge funzioni di caregiver**. Spesso si tratta di persone a loro volta anziane, come i familiari che assistono, ma non sempre è così; più di 390 mila sono i giovani *caregiver*, tra i 15 e i 24 anni. Ragazzi che si prendono cura regolarmente di un familiare, sacrificando tempo, energie, equilibrio e benessere alla famiglia, e rischiando di pagare un prezzo altissimo in termini di salute e realizzazione personale. Essere *caregiver* non è una scelta ma una necessità e lo si rimane per molti anni, spesso per tutta la vita. Durante quel periodo per molti non è possibile mantenere il lavoro e di conseguenza viene meno il sostentamento economico, creando un possibile problema di povertà economica nel futuro.

LE CRITICITA' DEL SISTEMA DI PRESA IN CARICO IN FRIULI VENEZIA GIULIA

L'insieme dei servizi, degli interventi e delle misure attuati nella regione Friuli Venezia Giulia garantisce un livello di risposta per molti aspetti elevato tuttavia presenta ancora criticità nel rispondere in modo appropriato ai bisogni articolati, complessi e in evoluzione delle persone anziane fragili.

Al momento attuale gli aspetti di criticità sono accentuati da situazioni di natura contingente:

- la crisi economica e l'aumento della povertà rendono più difficile per le famiglie sostenere i costi e i carichi di cura, con una precarizzazione del lavoro femminile a cui viene spesso delegato tale compito;
- l'assottigliamento delle reti familiari, che tendono a diventare sempre più strette e lunghe, riducendo in questo modo il numero di persone su cui si distribuisce il carico assistenziale;
- la situazione pandemica in corso impatta negativamente sulla popolazione fragile andando a creare situazioni impreviste e emergenziali, aggravando i carichi sanitari, sociosanitari e sociali e modificando le priorità dei bisogni e le relative risposte;
- il sistema di professionisti della salute a sostegno della fragilità, oltre alla crescente carenza numerica degli stessi (in particolare infermieri, operatori sociosanitari, educatori), paga la conseguenza di una scarsa programmazione della formazione di figure professionali specifiche, capaci di una presa in carico integrata e multiprofessionale.

I punti di debolezza del sistema che si riscontrano possono essere così descritti:

- complessiva difficoltà di *governance* delle istituzioni pubbliche e private, del terzo settore e delle risorse informali dei territori;
- non completa applicazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e mancata definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale;
- squilibrio esistente tra spesa sanitaria ospedaliera e spesa sociosanitaria territoriale e difficoltà di rimodulare le risorse economiche dell'assistenza ospedaliera a beneficio della presa in carico territoriale;
- frammentazione delle risposte da parte dei servizi sociosanitari e sociali alle persone fragili e alle loro famiglie;
- mancato coordinamento dei diversi canali di finanziamento e contribuzione nazionali e locali dedicati alla non autosufficienza;
- mancanza di un percorso di accreditamento per i soggetti pubblici e privati gestori dei servizi alla persona;
- carenza di informazioni sulla fragilità integrate tra i diversi setting di presa in carico e condivise tra i diversi attori della rete, anche con riferimento ai bisogni inespressi;
- necessità di rafforzare la cultura della presa in carico della persona fragile, in un'ottica preventiva e di sistema, non solo quindi degli operatori sociosanitari ma anche degli stakeholder che garantiscono prestazioni e servizi.

LA CENTRALITA' DELLA PERSONA E UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE ALLA FRAGILITA': UN PIANO PER INTERVENIRE

Quanto descritto nei paragrafi precedenti rende ragione della necessità di dare avvio a un percorso di radicale innovazione dell'impianto e della strumentazione delle politiche sociosanitarie rivolte alla popolazione fragile.

In questo percorso la persona sta al centro e il sistema sociosanitario interviene sui bisogni con approccio multidisciplinare e multiprofessionale, promuovendo un avvicinamento alle persone fragili attraverso interventi di prossimità dinamici e coordinati tra loro.

Si tratta di un percorso che si inserisce nel più ampio processo di revisione del sistema di *welfare* che la Regione si propone di realizzare, al fine di rendere effettiva la valorizzazione delle funzioni e delle competenze delle numerose e diverse risorse che le persone e le comunità sanno esprimere – dalle famiglie, all'associazionismo, al volontariato, all'imprenditorialità sociale – e di sostenere le molteplici relazioni che tali risorse sono in grado di attivare tra di esse e con le istituzioni pubbliche.

Tale innovazione mira alla costruzione di un *welfare* comunitario capace, non solo di rendere effettivi i principi della sussidiarietà verticale e orizzontale, ma anche di farli diventare strumento con cui sviluppare capitale sociale attraverso la valorizzazione e integrazione di tutte le risorse istituzionali e non istituzionali, che la sua attuazione consente di far emergere.

Per garantire gli obiettivi richiamati, di un'assistenza equa, di qualità e sostenibile economicamente, vi è la necessità, sia dal lato del cittadino che da quello del sistema pubblico, di adottare una visione che integri un modello di assistenza basato su diverse tipologie di offerta e di servizi, in modo da rispondere adeguatamente alle diverse necessità assistenziali, al diverso contesto familiare e alle diverse situazioni economiche delle persone anziane fragili.

Un piano di risposte per la fragilità, in linea con le indicazioni normative regionali e nazionali e con gli atti di pianificazione strategica sanitaria sociosanitaria e sociale regionale, deve partire dalla consapevolezza dei seguenti presupposti:

- la garanzia di un sistema capace di rispondere ai diversi profili di bisogno delle persone e delle famiglie guardando primariamente al mantenimento della persona nei contesti naturali di vita, nel rispetto della libertà di scelta della persona e dell'orientamento della famiglia e della rete di supporto, attraverso una filiera di servizi e interventi sicuri;
- il buon funzionamento di un approccio multidisciplinare, dinamico e olistico nella direzione del "prendersi cura" integrale della persona;
- la competenza e professionalità da parte degli enti gestori e dei loro operatori;
- la sussidiarietà orizzontale, delle reti familiari e del Terzo settore quale elemento paradigmatico per gestire la complessità del sistema;
- i *caregiver* e le assistenti familiari quali assi portanti dell'assistenza agli anziani con pluripatologie con la considerazione del loro benessere quale importante fattore nella qualità del processo di presa in carico delle persone fragili;
- la risposta residenziale il più possibile personalizzata, tenendo conto della dignità e della libertà di scelta delle persone.

Il modello di assistenza al quale tendere dovrà essere necessariamente multidimensionale, potenziando e innovando quei servizi (assistenza domiciliare, forme di domiciliarità innovativa come i modelli sperimentali dell'Abitare inclusivo, servizi semiresidenziali) che permettono di mantenere le autonomie delle persone anziane fragili all'interno delle comunità di riferimento. Il nuovo modello di assistenza non potrà non tenere in

considerazione il fattore “contesto” che è imprescindibile, dal momento che sviluppare progetti di domiciliarità innovativa nelle aree interne o nelle aree urbane presenta sostanziali differenze, in termini di soluzioni adottate e di costi.

È necessario che il comparto sanitario e quello sociale vadano uniti verso le famiglie, combattendo la sensazione di frammentazione di attività e interventi, in una ricomposizione di informazioni e di attori; non si possono lasciare sole le famiglie con la domanda “a chi mi devo rivolgere”.

Un ruolo di primo piano deve essere attribuito ai cittadini fragili e alle loro famiglie. Migliori scenari di risposta ai bisogni che cambiano, possono essere l'esito della combinazione di un *welfare* aperto a più attori, in cui si riesca a incentivare l'integrazione, e di un sistema familiare informato delle opportunità e accompagnato nelle difficoltà.

Il presente Piano di lavoro è inserito nell'alveo della più ampia programmazione strategica sanitaria e sociale della Regione Friuli Venezia Giulia in tema di popolazione anziana fragile. Le indicazioni ivi comprese dovranno necessariamente essere integrate negli atti di programmazione del sistema sanitario e del sistema sociale. Il Piano tiene conto della fase pandemica in corso e gli impegni ivi individuati vanno declinati considerando le indicazioni nazionali e regionali in tema di fronteggiamento dell'emergenza COVID-19.

La definizione del presente piano tiene in considerazione quanto previsto dal PNRR nelle Missioni 5 *Inclusione e coesione* e 6 *Salute*.

PIANO DI FATTIBILITA' PER LA PRESA IN CARICO DELLA POPOLAZIONE FRAGILE DEL FVG

I PILASTRI

- ❖ Essere consapevoli che le persone fragili sono capaci di affermare la propria dignità, l'identità personale, le proprie motivazioni, richieste e aspettative;
- ❖ Promuovere una maggiore cultura della fragilità nel sistema sociosanitario e nella comunità di riferimento quale preconditione della presa in carico;
- ❖ Sostenere, tramite gli interventi normativi, l'integrazione tra le politiche e la pianificazione delle risorse, la riconversione del sistema, per renderlo in grado di allocare le risorse coerentemente con l'evoluzione dei bisogni;
- ❖ Valorizzare funzioni e competenze delle risorse che le comunità sanno esprimere (famiglie, enti del terzo settore, risorse informali) e sostenere le molteplici relazioni che tali risorse sono in grado di attivare tra di esse e con le istituzioni pubbliche;
- ❖ Promuovere la Silver Economy attraverso forme di partnership innovativa tra ambiti sociosanitari ed imprenditoriali;
- ❖ Promuovere una maggiore cultura della fragilità nel sistema quale preconditione della presa in carico.

GLI OBIETTIVI

- PROMUOVERE L'INVECCHIAMENTO ATTIVO
- MAPPARE LA FRAGILITA' E PROMUOVERE LA MEDICINA DI INIZIATIVA
- RICONOSCERE LA PERSONA FRAGILE CHE VA SEGUITA E VALUTATA PERIODICAMENTE, ANCHE CON STRUMENTI SPECIFICI E CON IL SUPPORTO DI UN SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO
- RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI
- ESPANDERE LA COPERTURA DELL'ASSISTENZA SOCIO SANITARIA (LEA) PER LE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI
- INDIVIDUARE IL FABBISOGNO DI PERSONALE NEL SISTEMA DI PRESA IN CARICO, ADEGUARE LA FORMAZIONE E PROMUOVERE NUOVE LOGICHE ORGANIZZATIVE
- IDENTIFICARE PROCEDURE DI ACCREDITAMENTO DEGLI ENTI PUBBLICI E PRIVATI CHE PARTECIPANO ALLA RETE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI
- INDIVIDUARE E PROMUOVERE MECCANISMI E STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO LEGGERA COINVOLGENDO ANCHE LE RISORSE INFORMALI DEI TERRITORI
- DARE DIFFUSIONE E APPLICAZIONE ALLE TECNOLOGIE ASSISTIVE
- RIQUALIFICARE E INNOVARE IL SISTEMA RESIDENZIALE

Le schede che seguono sviluppano gli obiettivi, individuando per ogni obiettivo, il razionale, le criticità, le azioni e i risultati attesi.

Obiettivo	PROMUOVERE L'INVECCHIAMENTO ATTIVO
Razionale	In Friuli Venezia Giulia la legge regionale 14 novembre 2014, n.22 ha avviato un percorso concreto di promozione dell'invecchiamento attivo. Otto sono infatti gli indirizzi strategici: <i>le politiche familiari, la formazione, l'impegno civile, la cultura e il turismo sociale, il trasporto sociale, la salute e benessere, l'accessibilità all'informazione, ai servizi e nuove tecnologie, il completamento dell'attività lavorativa.</i> Al fine di perseguire le finalità della norma regionale, è stato previsto un Tavolo inter-direzionale permanente, coordinato dalla Direzione competente in materia di tutela della salute e delle politiche sociali. Attualmente è in vigore il Piano Triennale 2019-2021 e il relativo Piano annuale 2021. La norma è stata recentemente modificata con l'integrazione del tema della solitudine. All'interno del tema dell'invecchiamento attivo il ruolo dell'associazionismo è fondamentale. I volontari nelle loro attività con persone anziane fragili (attività motorie, centri di aggregazione, trasporti sociali etc.) rappresentano delle "antenne" insostituibili sul territorio e sono pertanto in grado di attivare una presa in carico o un intervento sociosanitario precoce.
Criticità	1. Approccio trasversale e inter-direzionale da potenziare. 2. Assenza di un preciso controllo di gestione rispetto alle progettualità introdotte nel Piano annuale dell'Invecchiamento attivo 3. Portale dell'invecchiamento attivo da rinnovare, affinché diventi strumento utile non solo per le associazioni ma anche per le persone anziane.
Azioni	1. Potenziare le sinergie tra le diverse Direzioni dando continuità alla programmazione triennale già avviata nell'ambito della norma di riferimento (in particolare: Profilo Anziano Fragile FVG; <i>Silver economy; co-housing, ...</i>) 2. Individuare e condividere tema e azioni per la nuova programmazione del triennio 2022-2024 3. Implementazione del nuovo portale Invecchiamento Attivo
Risultati Attesi	1. Ampliamento della rete delle risorse del terzo settore per mettere a sistema "buone pratiche" in tema di promozione dell'invecchiamento attivo e di prevenzione della fragilità. 2. Evidenza della nuova programmazione 2022 -2024 con dettaglio delle sinergie attivate 3. Attivazione del nuovo Portale

Obiettivo	MAPPARE LA FRAGILITA' E PROMUOVERE LA MEDICINA DI INIZIATIVA
Razionale	Conoscere la popolazione fragile dei nostri territori è necessario per: – programmare un sistema di interventi di presa in carico; – programmare il fabbisogno di risorse professionali ed economiche; – valutare gli strumenti di interventi più adatti alle persone in quel territorio e il coinvolgimento di altri attori pubblici, ETS, privati; – individuare soluzioni assistenziali sicure (fronteggiamento Covid 19). Ne deve conseguire una graduazione di fabbisogno di cura che va dal bisogno di supporto leggero al bisogno di residenzialità protetta. Il fabbisogno della popolazione fragile non è fabbisogno di residenzialità. Per conoscere i dati sulla popolazione fragile è necessario: – definire la fragilità; – identificarla, ricorrendo ai flussi informativi del sistema sanitario, del sistema sociale, tenendo conto di indicatori che restituiscano anche i valori della domanda inespressa. Attualmente, considerata la mancanza di un sistema informativo che integri i flussi sanitari con quelli sociali, a livello regionale è attiva la sperimentazione PRISMA 7 che effettua uno screening della popolazione fragile a livello di singolo distretto sanitario e l'utilizzo di ACG a livello di medicina di base per la gestione delle malattie croniche.
Criticità	1. Non è presente una lettura dei flussi dati disponibili a livello regionale che ci permetta di individuare la popolazione fragile; 2. I dati disponibili a livello sanitario e a livello sociale non sono integrati e al momento attuale non è possibile una lettura del bisogno complessivo della persona fragile. 3. Scarsa diffusione degli infermieri di comunità e fisioterapisti disease manager nelle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) come previsto dalla legge regionale 22/2019 art. 19, al fine di prendere in carico proattivamente i pazienti portatori di malattia cronica a bassa e media complessità. L'O.M.S., nel documento <i>"The Family health Nurse"</i> (anno 2000) introduce il ruolo dell'infermiere di comunità/famiglia quale contributo all'interno di un team multidisciplinare per la prevenzione e la presa in carico della persona nei contesti domiciliari. Con il Decreto Rilancio 13.5.2020 tale figura è individuata in un professionista che risponde ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento (distretto) non erogando solo assistenza, ma attivandola e stabilendo con le persone e le comunità legami solidaristici che diventano parte della presa in carico
Azioni	1. Proseguire e implementare lo screening della popolazione anziana fragile a livello territoriale attraverso PRISMA 7; 2. Utilizzo dello strumento Adjusted Clinical Group (ACG) per dare impulso alla "medicina di iniziativa", in particolare nella gestione delle malattie croniche; 3. Prevedere l'inserimento degli infermieri di comunità e fisioterapisti <i>disease manager</i> nelle AFT

**Risultati
Attesi**

1. Sviluppo della seconda fase del Programma Prisma 7 per la sorveglianza leggera e presa in carico anticipata in coordinamento con i SSC modulato in base ai diversi livelli di fragilità
2. Sviluppo di ACG nell'ambito della medicina di iniziativa
3. Presenza rilevata di infermieri di comunità e fisioterapisti disease manager nelle AFT

Obiettivo	RICONOSCERE LA PERSONA FRAGILE CHE VA SEGUITA E VALUTATA PERIODICAMENTE, ANCHE CON STRUMENTI SPECIFICI E CON IL SUPPORTO DI UN SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO
Razionale	Il Riconoscimento della persona fragile, sin dal momento di una prima eventuale ospedalizzazione, è elemento essenziale per individuare i bisogni e definire i supporti necessari al suo accompagnamento da un setting di cura ad un altro (territorio-ospedale-territorio), monitorando nel tempo l'efficacia dei percorsi di accesso, di dimissioni e dimissioni protette (c.d. continuità assistenziale), in un'ottica di coerenza ed adeguatezza della presa in carico. A tal fine è importante rafforzare le competenze dei professionisti per la valutazione multidimensionale della persona e per la definizione del progetto personalizzato (art 8 LR 22/19). Diventa quindi indispensabile promuovere le équipe multidisciplinari di comunità, quale rete di raccordo tra MMG, medici specialisti (geriatri, psichiatri, neurologi, palliativisti, nutrizionisti etc. da inserire a livello territoriale), servizi infermieristici domiciliari, fisioterapisti e Servizi sociali dei Comuni. Nella logica di un welfare comunitario e generativo è anche rilevante rafforzare la presenza di altre figure formali e informali (Oss, educatori, terapisti occupazionali) per garantire il “prendersi cura” della persona fragile. Nella cornice del sistema integrato e della pianificazione locale, la Regione promuove lo sviluppo di centri servizi dedicati all'età anziana da realizzare possibilmente in modo diffuso sul territorio regionale, coinvolgendo anche soggetti qualificati/accreditati quali ad esempio le Asp e gli enti del Terzo Settore. L'assistenza alle persone fragili passa attraverso la presa in carico che prevede il monitoraggio costante delle condizioni di salute fatto da molti operatori che operano in diversi ambiti: Servizi Sociali dei Comuni (SSC), Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), Servizi di Riabilitazione domiciliare (SRD), Unità di valutazione distrettuale (UVD) e Residenze sanitarie assistenziale (RSA). Un sistema informativo a supporto del processo assistenziale deve favorire la condivisione delle informazioni rendendole disponibili agli operatori in base al contesto in cui operano e non in modo indistinto. Tutte le informazioni rilevate durante le attività di monitoraggio, cura e assistenza devono essere rese disponibili agli operatori sociali e sanitari che intervengono nel processo di presa in carico. I sistemi dei vari ambiti devono essere integrati alla stessa rete informatica e devono comunicare sulla base degli standard tecnici internazionali per: • favorire la condivisione delle informazioni rendendole disponibili a tutti gli operatori nell'ambito delle garanzie della privacy; • condividere i dati anagrafici; • scambiare indicazioni sulle attività da erogare all'assistito pianificate anche nel Piano assistenziale integrato (PAI); • gestire le notifiche sulle condizioni dell'assistito, soprattutto in presenza di situazioni di gravità; • raccogliere la sintesi di tutte le attività erogate, per poter risalire alla situazione aggiornata delle condizioni del paziente indipendentemente dagli operatori che sono intervenuti (la sintesi fornisce un quadro completo delle attività erogate all'assistito, di chi ha partecipato all'erogazione e mantiene il collegamento con il sistema che ha generato le informazioni e può rendere disponibili i dettagli delle azioni svolte e delle informazioni raccolte);

	• alimentare i sistemi di business intelligence volti a monitorare i parametri vitali rilevati dai sistemi, valutare l'aderenza del processo a quanto prescritto/pianificato, suggerire eventuali azioni correttive dei processi di cura in corso.
Criticità	Tutto il sistema deve essere aderente alla normativa sulla <i>privacy</i> : per questo si devono individuare i trattamenti dei dati, riconoscere per ogni trattamento la titolarità e predisporre l'informativa, gestire i consensi.
Azioni	1. Rafforzare le competenze dei professionisti per la valutazione multidimensionale della persona attraverso momenti formativi che rafforzino i team multidisciplinari di comunità 2. Promuovere lo sviluppo di centri servizi, coinvolgendo soggetti qualificati/accreditati quali ad esempio le Asp e gli Enti del Terzo settore, per la realizzazione di interventi a sostegno della presa in carico a domicilio delle persone anziane 3. Sviluppare un sistema informativo integrato anche attraverso sistemi di interoperabilità tra tutti i nodi della rete di presa in carico per garantire la continuità assistenziale e la presa in carico precoce 4. Monitorare e valutare l'efficacia dei percorsi di accesso, di dimissioni e dimissioni protette (c.d. continuità assistenziale), in un'ottica di coerenza ed adeguatezza della presa in carico.
Risultati Attesi	1. Realizzazione di formazione congiunta tra i diversi attori del sistema (sia pubblico che privato) e presenza effettiva di team multidisciplinari di comunità 2. Attivazione di centri servizi da parte di Asp ed Enti del Terzo settore a supporto dell'attuale sistema; 3. Cooperazione applicativa tra i sistemi informativi utilizzati dagli attori del sistema (Sociale, SID, SRD, UVD e RSA, ASP ed Enti gestori accreditati) sviluppata sulla base dei nuovi processi di integrazione definiti tra gli attori. 4. Evidenza del monitoraggio e dell'efficacia dei percorsi di presa in carico

Obiettivo	RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E L'ACCESSO UNITARIO ALLA RETE DEI SERVIZI 
Razionale	La Regione ha da sempre considerato l'integrazione sociosanitaria una strategia fondante del proprio modello di cure territoriali, da perseguire a tutti i livelli del sistema, quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere dei propri cittadini. Le sfide socio-demografiche ed epidemiologiche e la complessità dei fenomeni legati al tema dell'integrazione, richiedono di dare nuovo impulso ad una strategia che, <i>innovando nella continuità</i>, sia effettivamente in grado di garantire il rispetto del diritto di fruizione dei servizi sanitari e sociali secondo criteri di equità di accesso con la certezza della presa in carico e della continuità delle cure e dell'assistenza, evitando i rischi da un lato della medicalizzazione dei disagi e delle fragilità e dall'altro dell'esclusione sociale. Una strategia, inoltre, che sappia sviluppare, ai vari livelli del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari alla persona, nuovi strumenti di <i>governance</i> in grado di riaffermare il ruolo pubblico di indirizzo, orientamento, gestione (perlomeno di alcuni aspetti dei servizi), monitoraggio e verifica, interpretandolo in una prospettiva di promozione e valorizzazione sistematica delle espressioni di soggettività sociale (organizzazioni di promozione sociale, di volontariato, di imprenditoria sociale...) in grado di generare un valore aggiunto in termini di incremento del capitale sociale delle comunità quale risorsa fondamentale per affrontare i bisogni sociosanitari. Una strategia, pertanto, che sappia favorire l'<i>empowerment</i> dei cittadini sia singoli che associati nei processi di cura e di assistenza, anche attraverso il rilancio di un approccio dei servizi e una impostazione degli interventi che sia fortemente improntato alla personalizzazione della risposta.
Criticità	1. Il perdurante stallo della programmazione locale integrata PdZ/PAT rischia di non far evolvere i livelli di integrazione faticosamente raggiunti. 2. Negli ultimi anni le Aziende sanitarie e Servizi sociali dei Comuni sono stati (e sono tuttora) oggetto di profondi cambiamenti in termini di riconfigurazione istituzionale e di riassetto organizzativi. Tali trasformazioni determinano incertezza su funzioni, ruoli e compiti delle diverse componenti del sistema 3. Le spinte regionali a uniformare le modalità di presa in carico integrata non hanno sempre prodotto i risultati sperati (vedi Punti unici d'accesso, strumenti di valutazione multidimensionale, predisposizione di progetti personalizzati, utilizzo del budget di salute, case manager) rischiando, invece, di introdurre procedure che appesantiscono e irrigidiscono il processo di risposta ai bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie. 4. Manca un piano della comunicazione per facilitare l'accesso e la conoscenza del sistema ai potenziali utenti
Azioni	1. Rafforzare e rilanciare la programmazione integrata PAT/PDZ (Piani attuativi territoriali dei Distretti/Piani di zona dei Comuni) garantendo l'armonizzazione con la programmazione attuativa del SSR; esplicitando negli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie e dei Servizi sociali dei Comuni le funzioni, i ruoli e i compiti relativamente alle aree di integrazione sociosanitaria con l'emanazione delle relative linee di gestione; 2. Potenziare i sistemi di accesso unitari all'assistenza sociosanitaria pensando a un modello hub and spoke, ovvero a punti unici di accesso capillari, in luoghi di prossimità, dotati di risorse e sistemi informativi integrati. 3. Definire i nodi della rete locale degli attori della presa in carico e delle modalità di regolazione delle loro interdipendenze: a. dare nuovo impulso ai Punti Unici di Accesso;

	b. Garantire e rilanciare la revisione delle procedure di valutazione multidimensionale (strumento agile e condiviso per definire bisogni risorse, obiettivi e risultati), in una logica longitudinale di rivalutazione dei bisogni; c. Rafforzare la capacità degli operatori di predisporre progetti personalizzati e multidisciplinari; d. Definire criteri e modalità per l'individuazione del case manager; e. Promuovere l'utilizzo delle tecnologie assistiva. 4. Promuovere a livello locale un Piano della comunicazione digitale per rendere l'utente e le famiglie maggiormente informati sull'accesso ai servizi sociosanitari e sociali.
Risultati Attesi	Le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie possono contare su servizi più accessibili e risposte più tempestive, appropriate, unitarie e uniformi su tutto il territorio regionale. 1. Presenza di linee di gestione e di indirizzo, propedeutiche alla programmazione integrata PAT/PDZ (Piani attuativi territoriali dei Distretti/Piani di zona dei Comuni) che identifica le aree d'integrazione sociosanitari con le relative funzioni, ruoli e compiti; 2. Potenziare i sistemi di accesso unitari all'assistenza sociosanitaria pensando a un modello hub and spoke, ovvero a punti unici di accesso capillari, in luoghi di prossimità, dotati di risorse e sistemi informativi integrati, tenuto conto delle organizzazioni dei Servizi sociali e sanitari; 3. Evidenza della revisione e potenziamento dell'integrazione sociosanitaria tra Aziende sanitarie e Servizi sociali dei Comuni: a. Implementazione dei Punti Unici di Accesso b. Revisione delle procedure di valutazione multidimensionale c. Formazione degli operatori per lo sviluppo delle capacità di predisporre progetti personalizzati e multidisciplinari; d. Individuazione delle modalità di assegnazione del ruolo di case manager tenuto conto dei bisogni della persona in carico e. Evidenza dell'attivazione di tecnologie assistive. 4. Adozione di un Piano della comunicazione digitale.



FOCUS SU PUNTO UNICO DI ACCESSO

Nel presente piano il potenziamento dei PUA è stato identificato come un obiettivo strategico per quanto riguarda la presa in carico dell'anziano fragile.

Il PUA, è nato come un modo per organizzare e standardizzare procedure rivolte a individui con disabilità di varia natura e severità, facilitare l'accesso a prestazioni sanitarie, sociali, sociosanitarie (si veda anche la L.R. 22/2019). È un luogo in cui ogni cittadino può chiedere ed ottenere informazioni inerenti tutte le prestazioni sanitarie erogate dalle Aziende e dai servizi sociali dei Comuni.

In Regione il PUA rappresenta non tanto un luogo fisico al quale gli utenti possono rivolgersi, ma una strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini presenti nel territorio, è una modalità di lavoro propria degli operatori sociali e sanitari che ricercano l'integrazione attraverso strumenti organizzativi e telematici. Non esiste al momento attuale una analisi relativa al funzionamento dei PUA, ma si rilevano, a vari livelli del sistema, delle criticità riportate dall'utenza riguardanti la capacità di orientamento dell'utenza e la visibilità a tutti coloro che necessitano di assistenza.

Il PUA è indicato come un potente ed efficace strumento di intervento per il miglioramento dell'accessibilità a tutti i servizi di competenza territoriale e secondo l'Agenzia Sanitaria Nazionale (Agenas), gli obiettivi che un sistema integrato di accesso alle cure territoriali persegue possono essere:

- facilitare la visibilità di tutti coloro che necessitano di assistenza, in modo da rendere i servizi fruibili e idonei all'accoglienza;
- semplificare le pratiche burocratiche e predisporre informazioni sull'appropriatezza dei servizi proposti. Lo scopo è quello di evitare al cittadino lunghi e faticosi percorsi di ufficio;
- far fronte alle richieste di individui soprattutto di fascia reddituale bassa ed in condizioni svantaggiate;
- promuovere monitoraggi della popolazione per evidenziare e promuovere l'assistenza, mirata anche alla prevenzione;
- costruire percorsi di prevenzione alla disabilità, qualora si renda possibile, e al mantenimento delle autonomie possibili dell'individuo;
- promuovere azioni atte al mantenimento delle capacità personali della persona con disabilità o in condizioni di non autosufficienza.
- fornire risposte dirette a bisogni semplici o di media complessità, suggerendo una prima lettura dei bisogni della persona ed i servizi a lei accessibili in base al tipo di necessità.

Le principali aree di intervento si possono sintetizzare in:

- **accoglienza, informazione ed orientamento:** serve a guidare il cittadino nel primo ascolto alle richieste ed ai bisogni, per guidarlo verso il canale più adeguato alle esigenze;
- **definizione del progetto personalizzato;**
- **accompagnamento:** si pone in fase successiva alla prima area e riguarda il cammino che l'operatore fa con la persona, in modo personalizzato. Dopo una prima analisi approfondita del caso, si aiuta il cittadino nella compilazione dei documenti o indirizzandolo verso strutture che erogheranno il servizio ad hoc;
- **risoluzione di problemi semplici:** inerente al fornire risposte concrete nell'accesso alla parte amministrativa delle prestazioni.

Nel potenziamento della funzione dei PUA regionali è quindi coerente prevedere:

- maggiore visibilità ai PUA, prevedendo anche collocazioni di prossimità presso luoghi chiave per la popolazione anziana fragile, non necessariamente presso i distretti, ampliandolo ad altri soggetti gestori di servizi alla persona accreditati (ad es. le ASP diffuse territorialmente);
- prevedere una effettiva integrazione tra le risposte ai bisogni sociosanitari e sociali attraverso un accordo formale tra Distretti e SSC per la messa a disposizione di personale multidisciplinare, anche di tipo giuridico-amministrativo, valutando l'opportunità di includere negli Accordi gli Enti gestori, come ad es. le ASP o gli Enti del Terzo Settore.

Obiettivo	ESPANDERE LA COPERTURA DELL'ASSISTENZA SOCIOSANITARIA (LEA) PER LE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI.
Razionale	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. Se per quanto riguarda i servizi residenziali con la deliberazione giuntale 672/2015 è stato definito un fabbisogno di posti letto convenzionabili, non esiste una analoga stima del fabbisogno relativo ai servizi semiresidenziali e domiciliari. Non c'è quindi una garanzia relativa ai trattamenti sociosanitari sostenuti con risorse afferenti al Fondo Sanitario Regionale, qualora la persona non autosufficiente venga assistita a domicilio. È necessario, pertanto, che la valutazione del fabbisogno ricomprenda in una visione unitaria, dinamica e contestuale, i servizi domiciliari, quelli semiresidenziali e quelli residenziali. In un contesto più ampio la Regione promuove un percorso di definizione dei Livelli essenziali di assistenza sociale, al fine di garantire ai cittadini percorsi di accesso appropriati ai servizi in relazione ai bisogni della popolazione fragile.
Criticità	L'assenza di una programmazione integrata del fabbisogno di servizi per le persone non autosufficienti penalizza di fatto la scelta della domiciliarità e comporta indirettamente un incremento dell'istituzionalizzazione.
Azioni	1. Rivedere la deliberazione giuntale n. 672/2015 secondo una programmazione integrale del fabbisogno dei servizi per la popolazione anziana non autosufficiente (domiciliari, semiresidenziali e residenziali); 2. Articolare la responsabilità pianificatoria attribuendo maggiori competenze a livello territoriale; 3. Definire e approvare gli atti di regolazione degli interventi domiciliari di assistenza sociosanitaria sostenuti con Budget di salute.
Risultati Attesi	1. Revisione della delibera per la definizione dei fabbisogni degli anziani rispetto ai servizi; 2 – 3 Pianificazione a livello territoriale di interventi e di risorse in grado di incrementare il numero di persone non autosufficienti seguite a domicilio con interventi di assistenza sociosanitaria con una diminuzione del ricorso ai servizi residenziali.

Obiettivo	INDIVIDUARE IL FABBISOGNO DI PERSONALE NEL SISTEMA DI PRESA IN CARICO, ADEGUARE LA FORMAZIONE E INDIVIDUARE NUOVE LOGICHE ORGANIZZATIVE
Razionale	La questione del fabbisogno di personale nel sistema di presa in carico della fragilità passa attraverso l'adeguamento formativo, funzionale a sviluppare quelle nuove logiche organizzative che rendano certe per gli utenti le risposte ai bisogni di salute della popolazione anziana fragile, consentendo altresì di evidenziare la complessità assistenziale causata dalla <i>multimorbidity</i>, la stima del carico assistenziale di una popolazione e il futuro utilizzo delle risorse. Il Ministero della Salute, peraltro, ha trasmesso al Comitato di Settore Regioni-Sanità in data 13.03.2019 il documento finale sui master specialistici, approvato in data 17.12.2018 dal MIUR, quale opportuna piattaforma programmatica per dare corso alla necessaria qualificazione del sistema sanitario. Il sistema regionale della formazione professionale in FVG può contare oggi su un significativo tasso esperienziale dato dal valore degli infermieri di comunità che in questi anni hanno costituito un modello al quale altre Regioni hanno guardato con interesse. Tuttavia, il livello di competenze richiesto per la presa in carico della fragilità, parametrata sulla <i>multimorbidity</i>, richiede un aggiornamento, stante il carattere multidimensionale dell'analisi valutativa della fragilità, comprendente lo stato funzionale, il profilo psicologico, cognitivo, sociale, economico della persona e la classificazione della popolazione in base al carico di malattia. È richiesto, pertanto, un modello di cura dinamico per persone che vivono a lungo con patologie croniche, condizione favorente la fragilità con l'avanzamento anagrafico, foriera di disabilità. È opportuno pensare a modalità che integrino le funzioni svolte con i professionisti competenti dell'area e personale di supporto. Abbiamo bisogno di operatori con competenze gestionali capaci di mettere in sinergia tali competenze nel lavoro multiprofessionale, in grado di promuovere le tecnologie assistive, ma anche di diffondere una cultura sanitaria geriatrica integrata con le discipline di confine. Occorre riprendere l'esperienza dell'infermieristica di comunità, rafforzando l'aspetto del collegamento con gli altri laureati nelle professioni sanitarie e sociali, con gli OSS e con le risorse formali e informali della Comunità. Pertanto, è importante adeguare la capacità di formazione agli effettivi fabbisogni di personale sanitario, sociosanitario e sociale. Nella formazione andrebbe maggiormente valorizzato l'aspetto del prendersi cura a domicilio, proprio nell'ottica di un miglioramento dei servizi a domicilio delle persone. Con riferimento al tema infermieri e operatori sociosanitari (OSS) si sottolinea come non sia più rimandabile una scelta strategica e tempestiva della Regione. Vista l'assenza di infermieri sul mercato regionale/nazionale, ad oggi sono a rischio alcuni dei servizi resi dal terzo settore e da altri soggetti della rete dei servizi alla persona. Si rendono, pertanto, ineludibili delle soluzioni per evitare difficoltà nell'erogazione delle prestazioni quale, ad esempio, la formazione complementare degli OSS. Come già sottolineato nella scheda precedente è indispensabile integrare il ruolo delle assistenti familiari nella rete dei servizi e interventi per gli anziani fragili, prevedendo una formazione loro dedicata e la creazione di un apposito elenco
Criticità	Si evidenzia che la consistenza numerica di infermieri e OSS (FOCUS ) debba essere coerente con le sfide imposte dalla crescente e persistente fragilità, ma sullo stesso piano occorre sostenere l'aggiornamento professionale. Il sistema di badantato (FOCUS ) appare privo di qualsivoglia forma di governo.

Azioni	1. Adeguare il numero di infermieri e OSS alla mappatura della popolazione e adeguarne la formazione; 2. Adeguare il numero di fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, animatori ed educatori alla mappatura della popolazione e adeguarne la formazione; 3. Rafforzare i percorsi di formazione per gli animatori sociali/di comunità per promuovere il lavoro di comunità 4. Formazione delle assistenti familiari e integrazione della funzione nella rete dei servizi e interventi;
Risultati attesi	1- 2 -3 Progressivo incremento quali-quantitativo di professionisti sociosanitari esperti nel leggere e gestire la fragilità, i quali cooperano per rallentare l'insorgenza e il decorso delle disabilità, strutturando gli interventi in termini di costi-benefici declinati nei diversi territori regionali; 4. Attuazione dei programmi formativi destinati agli assistenti familiari, nella forma di un partenariato tra pubblico e privato.



FOCUS – GOVERNO DEL FENOMENO ASSISTENTI FAMILIARI

Il sistema di badantato appare privo di qualsivoglia forma di governo, evidenziandosi talora per gli insufficienti livelli prestazionali, per specifiche debolezze connesse alla condizione sociale delle prestatrici d'opera, tanto da doversi considerare a volte queste lavoratrici come seconde vittime dell'altrui fragilità, ma anche segnalandosi per comportamenti eticamente discutibili esitanti in vicende di circonvenzione di incapace o per improvvise fughe con conseguente abbandono del soggetto fragile.

La legge regionale n. 24 del 2004 intendeva qualificare l'attività di assistenza familiare. La pandemia ha messo in evidenza, quale effetto secondario, la negatività di quei rapporti non contrattualizzati tra cittadini e badanti, le quali, ad esempio, non potevano disporre della propria libertà di movimento a favore dei soggetti per i quali prestavano la propria opera per la mancanza di adeguati giustificativi esigibili ai controlli.

Ad oggi rimane confermata la necessità di investire in azioni formative rivolte alle assistenti familiari domiciliari e nella rete di servizi che danno assistenza alle famiglie nell'ambito del lavoro domestico. In tal senso la Regione, ai sensi dell'articolo 51 ter della Legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 <<Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro.>> ha attivato, nell'ambito dei Servizi pubblici regionali per il lavoro, servizi di incontro domanda e offerta di lavoro per le figure professionali di assistenza familiare e di consulenza a sostegno delle lavoratrici e dei lavoratori e promuovere la qualità del lavoro domestico, anche attraverso percorsi formativi e di acquisizione di competenze professionali. I servizi operano in raccordo con i servizi sociali dei Comuni, con le strutture del sistema sanitario regionale competenti e con gli istituti di patronato del territorio. Inoltre, con la Delibera di Giunta regionale n. 959 del 18 giugno 2021 è stato inserito il profilo professionale di ASSISTENTE FAMILIARE DOMICILIARE all'interno del repertorio dei profili professionali regionali declinando le competenze professionali caratterizzanti, suddivise in conoscenze e abilità oggetto di attività formativa.

Si noti come il progressivo indebolimento di queste figure, chiamate a sostenere l'altrui fragilità, rischia di essere di nocimento agli stessi destinatari dei loro servizi. Basti pensare che come il *caregiver* familiare sperimenta, nell'assistere il proprio congiunto, forme di logoramento nel lungo periodo, analogamente l'assistente va incontro a forme di *burn-out* che si possono concludere con la fuga e conseguente abbandono del soggetto fragile, con ricadute anche sul piano dell'assistenza pubblica.

Ecco allora che appare ineludibile una *governance* di questo fenomeno sociale, non solo nel senso di regolamentare e qualificare le professionalità dell'assistenza familiare, ma anche di presidiare quei bisogni di assistenza domiciliare che il soggetto non può garantirsi per l'insufficienza delle proprie disponibilità economiche, grazie alla funzione operativa del *care manager*.

In tal senso, investire nell'implementazione della badante di condominio, i cui emolumenti possono essere a carico di soggetti privati che usufruiscono ad orari di determinati servizi o a carico di soggetti pubblici, costituisce un deciso passo in avanti per rischiarare quelle zone d'ombra che occultano la fragilità nel chiuso delle abitazioni e nel prolungato isolamento non certo salutare di troppi anziani fragili. In questo contesto va dato anche seguito al progetto Cross Care.

Inoltre, il servizio delle badanti di condominio può essere erogato nella forma cooperativistica, validamente qualificata dall'attività formativa di cui alla Legge regionale n. 24/2004.



FOCUS – FABBISOGNO FORMATIVO

A fronte della situazione, segnalata in più territori regionali, relativa alla carenza di personale infermieristico e di operatori sociosanitari, in particolare nelle strutture e nei servizi sociosanitari per anziani, imputabile anche all'attrazione esercitata dal SSR nei confronti di tale personale e all'emergenza epidemica ancora in corso, è necessario ipotizzare interventi che, agendo su più fronti, possano ridurre gli effetti di tale fenomeno.

Quale intervento a medio-lungo termine vi è l'aumento del fabbisogno formativo di infermieri; tale misura, la cui quantificazione richiede specifici approfondimenti per quanto riguarda la determinazione del fabbisogno e la potenzialità formativa degli Atenei, si rende necessaria per rispondere in modo strutturale alla carenza infermieristica attuale e, qualora attuata a partire dall'anno accademico 2021-2022, potrà produrre un incremento effettivo degli abilitati a partire dalla fine dell'anno 2024. Nel breve periodo le Regioni, in accordo con lo Stato, dovranno però intervenire con misure capaci di impattare sul fenomeno.

Per quanto riguarda il fabbisogno OSS, è necessario che la capacità formativa regionale garantisca il numero di 450 OSS (1000 ore) formati all'anno, quale fabbisogno formativo indicato nel documento condiviso elaborato da parte del sottogruppo tecnico "Formazione del personale", nell'ambito del Comitato regionale tecnico consultivo per la cooperazione sociale.

Rispetto all'adeguamento formativo degli operatori sanitari si specifica quanto segue.

- l'adeguamento formativo degli OSS va strutturato in seno alle Aziende Sanitarie della Regione con moduli complementari specifici sul tema della fragilità;
- per gli infermieri laureati, come master specialistico della professione, va predisposto quello di Case Management proprio per i pazienti complessi, affetti da *multimorbilità* e da elevato rischio di frammentazione delle cure e di accessi e ricoveri inappropriati;
- per i fisioterapisti laureati, come master specialistico della professione, va predisposto quello in Fisioterapia geriatrica e di comunità per affrontare problematiche geriatriche complesse legate a fragilità e disabilità;
- per i logopedisti laureati, come master specialistico della professione, va predisposto quello in Logopedia dell'area geriatrica-logopedia di comunità e gestione cronicità fragile;
- vanno istituiti master trasversali, anche questi già indicati a livello ministeriale, come quello di Management per funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie che prevede, tra gli altri obiettivi formativi, lo sviluppo di competenze avanzate nel settore dell'inter-professionalità e la promozione di cambiamenti organizzativi. Si istituiscono master interprofessionali rivolti a due o più professioni su tematiche cliniche a forte integrazione interprofessionale come quello sulle cure palliative e terapia del dolore, aperto a infermieri, fisioterapisti e terapisti occupazionali, come da indicazioni ministeriali;
- da attivare per gli educatori professionali un corso di perfezionamento per allargare le loro competenze nel campo della fragilità.

Obiettivo	IDENTIFICARE PROCEDURE DI ACCREDITAMENTO DEGLI ENTI PUBBLICI E PRIVATI CHE PARTECIPANO ALLA RETE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI PER L'ANZIANO FRAGILE
Razionale	Nell'ambito della rete dei servizi e degli interventi integrati per l'anziano fragile, cui partecipano diversi Enti attraverso affidamenti (appalti) o tramite accordi collaborativi, al fine di garantire una filiera di servizi e interventi sicuri per il cittadino è necessario promuovere lo sviluppo di sistemi di gestione della qualità. In particolare, nell'ambito della co-progettazione e della co-programmazione, gli Enti individuano i bisogni e definiscono un progetto che poi viene affidato e realizzato congiuntamente. Mettere insieme competizione e collaborazione serve anche a sfruttare al meglio la capacità propositiva e la carica innovativa. La collaborazione, oltre che nello spirito della riforma del Codice del Terzo Settore, trova fondamento in diverse disposizioni di legge come la L. 328/2000. La maggiore apertura dell'Ente pubblico deve trovare però riscontro nella disponibilità degli Enti del Terzo settore che vogliono svolgere servizi per il pubblico, soprattutto se sotto la forma della collaborazione progettuale, ad innalzare e garantire la qualità dei servizi resi in base agli standard previsti. Specialmente nell'ambito delle attività a favore degli anziani fragili, l'utenza deve avere la massima garanzia sotto il profilo della qualità delle prestazioni e della sicurezza e così anche il personale dipendente. Garantire questo miglioramento è indispensabile, al fine di dare una sostenibilità al sistema nel medio e nel lungo periodo. A partire dalle esigenze di standardizzazione della qualità delle prestazioni, le procedure di accreditamento non potranno non tenere in considerazione le riflessioni emerse dalla recente Sentenza 131/2020 della Corte Costituzionale; la «co-programmazione» e la «co-progettazione» devono diventare i pilastri di un nuovo modello di "amministrazione condivisa", tra P.A. e Enti del Terzo Settore, che metta al centro la convergenza di obiettivi e servizi strategici diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale. Si evidenzia come, anche a partire dalle esperienze presenti in altre regioni, gli interventi integrati a favore dell'anziano fragile non debbano esaurirsi all'interno delle procedure previste dal sistema di accreditamento; risulta infatti fondamentale promuovere forme di innovazione legate alla domiciliarità e all'abitare che rappresentano insieme elementi irrinunciabili per lo sviluppo di nuove politiche a favore delle persone anziane.
Criticità	Sono state recentemente approvate le Linee guida nazionale rapporti P.A.- Terzo settore 31/03/21. La nostra Regione dovrà recepire tale documento al fine di declinare un sistema di regole e criteri omogenei e condivisi per la realizzazione di una rete di interventi integrati tra pubblico ed Enti del Terzo Settore che intervengono nella rete dei servizi e degli interventi per l'anziano fragile. Ai sensi del D. Lgs. 117/2017 e del Codice dei Contratti va individuata una strategia di promozione della qualità dei servizi e degli interventi adatta al contesto regionale, che poi andrà guidata nella sua attuazione con momenti di confronto, monitoraggio e verifica.
Azioni	1. Sviluppare linee guida regionali per garantire la qualità degli interventi e dei servizi realizzati dagli Enti che partecipano alla rete dei servizi per l'anziano fragile. Unitamente ai requisiti dovuti per legge andranno individuati una serie di criteri di qualità coerenti con i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria da garantire.
Risultati Attesi	1. Approvazione con Delibera di Giunta regionale del documento di indirizzo regionale che recepisca le linee guida nazionali

Obiettivo	INDIVIDUARE MECCANISMI E STRUMENTI INNOVATIVI PER LA PRESA IN CARICO LEGGERA COINVOLGENDO ANCHE LE RISORSE FORMALI E INFORMALI DEI TERRITORI PARTE I - Promuovere la presa in carico leggera attraverso nuove modalità organizzative di enti e servizi e la co -progettazione con enti del terzo settore
Razionale	Il tema della presa in carico della persona anziana costituisce da sempre una delle tematiche cardine delle politiche sociosanitarie e dei sistemi di <i>long-term care</i> (LTC). In particolare, per quanto riguarda la c.d. “presa in carico leggera”, sono presenti nel territorio regionale diverse buone prassi gestite da enti del terzo settore in collaborazione con i servizi sociali e sanitari, che offrono interventi individuali e collettivi agli anziani fragili per ridurre l’isolamento e i rischi ad esso connessi, con particolare attenzione alle persone prive di un’adeguata rete familiare. Fino ad ora la formula amministrativa utilizzata per le collaborazioni tra servizi ed enti del terzo settore è stata la convenzione o l’appalto, riducendo molto spesso l’affidamento di servizi in interventi prestazionali e perdendo la capacità di sviluppare un approccio generativo che chiami a una corresponsabilità, rispetto alla cura, tutti gli attori presenti nella comunità, in cui tutti i cittadini si possano riconoscere ed essere riconosciuti, non solo come soggetti portatori di bisogni, ma soprattutto come risorse per la comunità. La metodologia operativa, che guida l’operato dei diversi ruoli e figure che concorrono sia alla gestione del servizio sia allo sviluppo dell’intervento, si basa su alcuni fondamenti imprescindibili: la centralità del cittadino, l’attenzione alla qualità della relazione di cura, l’identificazione degli spazi di co-intervento con i <i>caregiver</i> e/o la comunità. La co-progettazione, che ha trovato un importante riconoscimento normativo nell’art. 55 del Codice del Terzo Settore (D.Lgs 117/2017), si configura come uno strumento potenzialmente capace di innovare sensibilmente anche le forme di rapporto più consolidate; l’ente del terzo settore che si trova coinvolto nell’attuazione e nella co-gestione dei progetti partecipa, non più in termini di mero erogatore di servizi, ma assume un ruolo attivo rischiando risorse proprie e proponendo soluzioni progettuali, all’interno di una co-responsabilità condivisa con la P.A.. Nella nostra Regione sono già presenti sperimentazioni con il terzo settore di presa in carico dell’anziano fragile dove si sta sperimentando anche la metodologia del Budget di salute di cui alla DGR 1624/19 e LR 22/19 (budget integrato sociosanitario). Tra le sperimentazioni in atto per sostenere la domiciliarità con attenzione agli anziani in condizioni “di mezzo”, non più in grado di vivere soli in sicurezza, ma non ancora bisognosi del livello di protezione delle Strutture residenziali, sono presenti interventi di Abitare inclusivo (domiciliarità innovativa e abitare possibile). La Regione intende promuovere ulteriori azioni innovative quali il co-housing sociale, attraverso sperimentazioni di esperienze di vita comunitaria e di condivisione delle risorse (anziani che vogliano condividere abitazioni per una vita comunitaria e famiglie che desiderano condividere risposte assistenziali); le sperimentazioni delle cd. “badanti di condominio” coinvolgendo gli stabili Ater e il portierato sociale, che svolge un’importante azione di prevenzione rispetto alle situazioni di disagio sociale conseguenti a solitudine e isolamento.
Criticità	Necessità di non sostituirsi e non sovrapporsi a reti di solidarietà naturali, ma promuovere la loro conoscenza (Attenzione al volontariato “sommerso” che non vuole essere inquadrato, ma che in alcuni territori compie un’azione di sentinella nei confronti degli anziani fragili). Rischio di sanitarizzare gli interventi anche quando non necessario, con esclusione delle risorse della comunità. Presenza di logiche ancora strettamente negoziali del tipo committente/fornitore piuttosto che di vera <i>partnership</i>.
Azioni	1. Studiare e sperimentare nuove forme d’innovazione sociale per la produzione di servizi con il perseguimento dello sviluppo comunitario e della massimizzazione del benessere collettivo (es. cooperative di comunità, fondazioni di partecipazione. . .);

	2. Formare alla co-progettazione per uscire dalla logica dell'appalto/convenzione, anche in sinergia con il Centro di competenza per la Pubblica Amministrazione FVG (Com.PA) per la conoscenza dello strumento; 3. Promuovere all'interno della programmazione dei PDZ/PAT la coprogettazione per sviluppare capitale sociale 4. Consolidare e realizzare nuove forme di abitare sociale quali il cohousing sociale, l'abitare inclusivo, "badanti di condominio" e il portierato sociale, anche in collaborazione con l'ATER 5. Sviluppare partnership innovative pubblico-privato nell'ambito del sostegno alla fragilità per favorire la vita indipendente attraverso lo studio di soluzioni domotiche, edilizie e impiantistiche.
Risultati Attesi	1. Mappatura e valorizzazione dei territori rispetto alle reti di solidarietà e alle sinergie con i servizi. 2. Capacità della P.A. nell'utilizzo appropriato della coprogettazione, quale strumento possibile. 3. Presenza di buone prassi nella co-progettazione di interventi e servizi a favore dell'anziano fragile tra servizi ed ETS; 4. Evidenza della diffusione di esperienze di abitare sociale 5. Evidenza di partnership pubblico-privato innovativa attraverso lo studio di soluzioni domotiche, edilizie e impiantistiche

Obiettivo	INDIVIDUARE MECCANISMI E STRUMENTI INNOVATIVI PER LA PRESA IN CARICO LEGGERA COINVOLGENDO ANCHE LE RISORSE FORMALI E INFORMALI DEI TERRITORI– PARTE II Promuovere il riconoscimento e l'accompagnamento del lavoro dei <i>caregiver</i> familiari e degli assistenti familiari
Razionale	Generalmente il primo luogo di cura è la famiglia. I bisogni di cura degli anziani hanno da sempre potuto contare sul welfare familiare. Le donne in particolare sono coloro si prendono maggiormente cura degli anziani. Queste sono spesso schiacciate fra le responsabilità verso i figli, non ancora autonomi, o i nipoti e l'assistenza ai genitori anziani e per questo definite, insieme ai loro coetanei, “<i>generazione sandwich</i>”. Devono affrontare la malattia, la sua gestione e l'organizzazione delle cure, anche in termini relazionali e assistenziali, molto spesso non avendo elementi conoscitivi e servizi di supporto. Preoccupazioni sorgono anche per le ripercussioni in termini di salute fisica e mentale sperimentate dai <i>caregiver</i>. Parecchi studi riportano l'insorgenza di fenomeni depressivi legati alla sensazione di inadeguatezza e alla fatica di prendersi cura degli anziani, specie se il ruolo assistenziale è prolungato nel tempo. Fornire cure informali ai genitori anziani può essere particolarmente gravoso in termini di scelte allocative, poiché il tempo dedicato ad assistere un congiunto è sottratto, volontariamente o per necessità, ad altre attività come il lavoro, la dedizione alla propria casa e ai figli o ai nipoti, il tempo libero. Sul fronte finanziario, dover rinunciare ad un reddito da lavoro e/o a progressi di carriera, può causare insicurezze economiche nel lungo periodo (Fahle e McGarry, 2017). In termini di distribuzione delle risorse, dover assistere un familiare non autosufficiente può aumentare il divario fra ricchi e poveri, laddove la necessità di cura non venga colmata dai servizi sul territorio ma dalla scelta obbligata di rinunciare a un reddito da lavoro all'interno del nucleo familiare. Accanto al problema del <i>caregiver</i> familiare, si pone tutta la tematica delle assistenti familiari sia per la necessità di una qualificazione del lavoro di cura sia per la messa in rete delle stesse nel circuito della domiciliarità. Quasi sempre il familiare che diventa care giver è privo di una preparazione specifica pur dovendo supportare in termini relazionali ed assistenziali persone prevalentemente non autosufficienti e con patologie sempre più complesse e trovandosi spesso a coordinare l'attività di servizi, come l'assistenza domiciliare e/o l'assistenza familiare. Inoltre, un considerevole numero di assistenti familiari/badanti, non ha effettuato percorsi formativi specifici sul lavoro di cura ma ha accumulato significative competenze attraverso esperienze lavorative. Per valorizzare il “capitale” professionale accumulato nell'esperienza lavorativa e favorire l'incontro domanda/offerta di lavoro di cura qualificato, sarebbe necessaria una specifica formazione e conoscenza del sistema di validazione delle competenze; La Regione FVG ha operato un'importante scelta attraverso il Fondo per l'assistenza possibile e l'assistenza a lungo termine, in particolare con l'introduzione del contributo per l'assistenza familiare, che ha comunque portato a un'emersione dal lavoro in nero di queste figure negli anni e alla sinergia che si è andata sviluppando con i progetti SiconTE gestiti dai Centri per l'impiego. Nell'ambito del programma Interreg V-A-Italia Slovenia 2014- 2020 la Regione ha inoltre sostenuto, partecipando come partner associato, il progetto Cross care con il quale si è voluto sviluppare un approccio integrato transfrontaliero nella cura dell'anziano. Il progetto pone l'anziano al centro di una rete familiare di assistenza dove la cura domiciliare si sostituisce all'assistenza ospedaliera. Nell'ambito del progetto sono stati formati circa 400 operatori e istituiti 9 punti di servizio rivolti agli anziani e alle loro famiglie.
Criticità	Scarso riconoscimento del lavoro di cura da parte dei <i>caregiver</i> familiari. Difficoltà nella conciliazione dei tempi di cura e di lavoro del caregiver che è spesso privo di informazione/formazione all'approccio e alla gestione della malattia. Scarsità di luoghi e spazi per le funzioni di respiro: il familiare spesso è coadiuvato da personale privato e acquisisce il ruolo di datore di lavoro con difficoltà a gestire tale ruolo.

Azioni	1. Promuovere momenti di informazione/formazione sulla gestione della malattia, dedicati per tipologia di malattia a favore del <i>caregiver</i> e riconoscimento del lavoro di cura anche attraverso la rilevazione dello stress correlato (predisporre il progetto assistenziale individualizzato, includendovi il benessere del <i>caregiver</i>) 2. Garantire il monitoraggio e il supporto delle situazioni gestite dai <i>caregiver</i> (raccordare il Fondo nazionale per i <i>caregiver</i> e le indicazioni regionali della Direzione centrale competente in materia di lavoro) 3. Sviluppare nuove sinergie con la Direzione centrale competente in materia di lavoro al fine implementare sportelli per l'incrocio di domanda e offerta di lavoro per quanto riguarda le assistenti familiari; 4. Attuazione dei programmi formativi destinati agli assistenti familiari, nella forma di un partenariato tra pubblico e privato e mappatura delle risorse formate 5. Implementare il progetto Cross care
Risultati Attesi	1. Evidenza di percorsi formativi dedicati ai <i>caregiver</i> ed eventuale riconoscimento del lavoro di cura 2. Le situazioni di presa in carico leggera gestite da parte dei <i>caregiver</i> sono monitorate e se indicato supportate da operatori e da risorse finanziarie 3. Evidenza del lavoro degli sportelli SiconTe e loro ampliamento; 4. Presenza di offerta formativa per assistenti familiari 5. Evidenza delle attività di Cross care

Obiettivo	DARE DIFFUSIONE E APPLICAZIONE ALLE TECNOLOGIE ASSISTIVE
Razionale	Nel processo di sviluppo delle politiche per la presa in carico della persona anziana fragile, l'innovazione tecnologica assume un ruolo fondamentale. Diversi settori della società, dal lavoro all'istruzione, all'assistenza stanno già subendo profondi cambiamenti grazie all'uso di nuove tecnologie digitali sempre più pervasive, autonome e interconnesse. Il progressivo aumento dell'alfabetismo digitale permette un accesso sempre più ampio ai vantaggi portati dalle nuove tecnologie a quelle persone che oggi ne sono solitamente escluse, in particolare anziani e persone con disabilità. In particolare, l'utilizzo di tecnologie digitali a supporto dell'attività di monitoraggio delle condizioni di benessere della persona nei vari ambiti di vita (in primis quello domiciliare), può consentire di individuare segni di allerta precoce, ottimizzare il bisogno di visite specialistiche e ridurre l'istituzionalizzazione, accrescendo il senso di sicurezza percepito dalle persone a casa propria, migliorando al contempo la qualità della propria vita. E' importante altresì promuovere un coordinamento tra gli stakeholder dei vari settori (ITS, produzione, utilizzatori, costruzione ecc) per condividere le azioni e coordinare le risorse al fine di promuovere le tecnologia <i>(a favore dell'anziano fragile)</i> delle persone fragili. Le soluzioni tecnologiche andrebbero concepite in un'ottica di sostenibilità ed attivando modalità di co-progettazione fra gli stakeholder, sempre considerando il concetto della centralità dell'individuo nei vari processi. Inoltre, i dati derivanti dalle soluzioni tecnologiche anche innovative, implementate in un'ottica di "design for all" e nel rispetto del quadro normativo sulla privacy, alimenteranno i database pubblici esistenti tendendo quindi al miglioramento continuo e riducendo la frammentazione e dispersione dei medesimi dati. Tali soluzioni potrebbero altresì introdurre forme abitative innovative integrate con iniziative di welfare di prossimità e di sviluppo di comunità, come ad esempio i condomini solidali, promuovendo maggiormente l'autonomia dell'individuo.
Criticità	Esiste una falsata resistenza culturale tra l'uso quotidiano della tecnologia per scopi relazionali (es. <i>smartphone</i> con app di comunicazione) oramai diffuso capillarmente in tutte le fasce d'età e la naturale applicazione delle stesse funzionalità per scopi assistivi e di cura. Esiste inoltre una connessione alla rete dati a "pelle di leopardo" nelle diverse aree regionali.
Azioni	1. Sperimentare e monitorare l'uso delle tecnologie assistive per la sicurezza delle persone sole e per lo sviluppo di progetti integrati tra servizi e tecnologia. 2. Potenziare le infrastrutture informatiche/digitali in collegamento con la strategia di specializzazione intelligente (S3) della Regione FVG. 3. Favorire attraverso la legge Invecchiamento Attivo, ulteriori programmi di alfabetizzazione digitale per le fasce d'età più sensibili al gap culturale

	4. Sviluppare sinergie con la Direzione centrale delle Attività produttive e col mondo produttivo e con la Direzione competente in materia di Infrastrutture e territorio assieme ad Insiel S.p.A. per promuovere l'effettiva fruibilità della tecnologia al domicilio e una reale accessibilità della rete da parte di tutti.
Risultati Attesi	1. Evidenza di un maggior uso delle tecnologie assistive nella presa in carico dell'anziano fragile da parte del sistema sanitario e sociosanitario e da parte delle persone fragili e loro caregivers 2. Avvio di forme di collaborazione che includano gli attori dell'intero processo di realizzazione delle tecnologie, partendo dagli enti di ricerca, passando dal mondo dell'impresa al servizio sanitario e sociosanitario, fino alle ASP ed al Terzo settore, ottimizzando il processo innovativo 3. Attivazione di percorsi di alfabetizzazione digitale 4. Sviluppo di forme innovative di <i>remote control</i> anche domiciliare

Obiettivo	RIQUALIFICARE E INNOVARE IL SISTEMA RESIDENZIALE
Razionale	Nell'ottica di un'effettiva innovazione dei servizi, l'amministrazione regionale ha avviato, da alcuni anni, un importante processo di riqualificazione della rete dei servizi residenziali per anziani volto a migliorare la capacità di governo, l'appropriatezza, l'equità e la qualità complessiva dell'assistenza. Diverse sono le azioni già intraprese in attuazione di tale processo, tra cui: • l'adozione dello strumento Val.Graf. -FVG quale sistema di valutazione multidimensionale dei bisogni delle persone anziane; • l'introduzione di nuovi sistemi informativi per la valutazione del bisogno delle persone anziane (GENeSys) e per la raccolta delle informazioni relative alla gestione dei servizi residenziali (SIRA); • la definizione del fabbisogno di residenzialità a livello regionale (DGR 672/2015); • l'adozione del D.P.Reg. 144/2015 che ha definito i nuovi requisiti minimi autorizzativi delle residenze per anziani, nonché le procedure per la riclassificazione e il rilascio dei nuovi atti autorizzativi a favore delle strutture già funzionanti. Il processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani, che si è concluso con il rilascio dei nuovi atti autorizzativi, rappresenta solo la prima tappa di un percorso complesso mirante alla riqualificazione dell'offerta che passa anche attraverso la definizione di un sistema di accreditamento finalizzato a garantire servizi di maggior qualità, nonché alla revisione complessiva del sistema di finanziamento della non autosufficienza finalizzata a garantire agli anziani e alle loro famiglie maggior uniformità e equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, in applicazione dei LEA. Una particolare attenzione va posta anche al tema dell'assistenza sanitaria nelle strutture, prevedendo un tavolo regionale per la definizione di linee d'indirizzo. Considerata l'importanza strategica del percorso effettuato, è importante ricondurre il nuovo sistema dell'offerta residenziale alla programmazione locale, anche al fine di identificare nuove funzioni rispondenti ai bisogni territoriali.
Criticità	L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha ulteriormente enfatizzato le fragilità e le criticità dell'attuale sistema di offerta residenziale, in particolare per quanto attiene il tema della sicurezza all'interno delle strutture residenziali; non tutte le strutture residenziali autorizzate all'esercizio sono state in grado di garantire livelli di sicurezza adeguati alla gestione dell'epidemia. Il presidio clinico e igienico sanitario non è sempre garantito in modo adeguato all'interno delle strutture; l'assistenza medica viene spesso garantita in modo frammentario con un numero elevato di MMG. L'elevato ricorso all'esternalizzazione dei servizi provoca frammentazione nell'erogazione dei servizi alla persona e poca chiarezza nei sistemi di responsabilità gestionale. Le prestazioni sono erogate in modo standardizzato, senza garantire livelli assistenziali correlati ai bisogni delle persone accolte nei servizi. Permane disparità di trattamento degli utenti a parità di bisogno, sia nella presa in carico assistenziale, che nelle rette praticate ad anziani e famiglie. Il sostegno pubblico alla non autosufficienza è riconosciuto in modo indifferenziato, senza tener conto della gravità degli utenti e delle loro condizioni reddituali, degli standard assistenziali effettivamente erogati dai servizi; a parità di bisogno, il sostegno pubblico viene riconosciuto solo agli anziani che occupano un posto letto convenzionato. I Comuni fanno difficoltà a sostenere le richieste di integrazione del pagamento delle rette di accoglienza.

Azioni	1. Revisione D.P.Reg. 144/2015 anche alla luce delle criticità emerse a seguito dell'emergenza epidemiologica da COVID-19; 2. Definizione dei requisiti e delle procedure di accreditamento delle Residenze per anziani al fine di garantire servizi di maggior qualità, anche identificando modalità organizzative di presidio della funzione igienico-sanitaria all'interno delle strutture 3. Definizione e introduzione di un nuovo sistema di finanziamento in grado di garantire maggior efficienza, qualità e equità nei servizi residenziali, assicurando al contempo la sostenibilità finanziaria da parte del sistema regionale, degli enti gestori e delle famiglie; 4. Sviluppo del sistema informativo regionale SIRA FVG al fine supportare l'introduzione delle nuove regole di finanziamento; in particolare, il sistema dovrà consentire un monitoraggio continuo del case-mix di struttura e degli standard assistenziali erogati dai servizi stessi; 5. Sviluppo di ulteriori funzioni nelle residenze per anziani destinate all'accoglimento di particolari categorie di utenti (demenze, sollievo, ecc.); 6. Rivalutazione del fabbisogno di residenzialità anche alla luce dell'andamento dei dati sui tassi di occupazione dei posti letto delle strutture residenziali a seguito della pandemia da Covid 19
Risultati Attesi	1. Adozione del Regolamento di revisione del D.P.Reg. 144/2015 2. Adozione del Regolamento di accreditamento delle strutture per anziani (Standard assistenziali correlati all'effettivo bisogno delle persone) 3. Adozione del Regolamento che disciplina il nuovo sistema di finanziamento dei servizi per la non autosufficienza, correlato ai profili di bisogno delle persone e all'effettivo standard assistenziale erogato dal servizio. 4. Adeguamento del sistema informativo al sistema di finanziamento 5. Evidenza di nuove funzioni attivate all'interno delle strutture per particolari tipologie di bisogno 6. Adozione di atti di definizione del fabbisogno relativo alla non autosufficienza

PROGETTUALITA' AVVIATE E RISORSE DISPONIBILI

Il presente Piano offre un quadro complessivo verso il quale indirizzare la programmazione per dare attuazione ad una svolta organizzativa dello stesso sistema "Salute" e porre al centro di tale sistema la persona e i suoi bisogni, valorizzando il territorio, quale luogo di prevenzione, assistenza e cura.

Alcune delle azioni previste sono già state avviate e vanno implementate, altre sono state inserite nei recenti atti di programmazione.

Il Piano agisce in un orizzonte temporale triennale, tuttavia si può immaginare una strategia di sviluppo dello stesso più ampia.

Questa strategia coinvolge diverse risorse, alcune già attivate. Tali risorse sono derivanti da fondi statali, fondi europei (FSE ad. es.), ordinarie del bilancio regionale ma anche risorse aggiuntive specificatamente dedicate a finanziare interventi che rientrano nel recente PNRR.

In particolare, le risorse del Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) potranno essere destinate ad interventi che prevedano l'inclusione attiva e l'integrazione socio-economica delle persone a rischio di esclusione, anche tramite la modernizzazione dei sistemi di protezione sociale e dei servizi socio-sanitari. Fra tali interventi si possono ricomprendere percorsi volti al ritorno a una gestione autonoma della propria vita, con la residenza quale criterio per l'accesso all'assistenza, operando un'integrazione tra le varie misure esistenti di sostegno, anche al reddito, per tutelare e garantire le persone e i nuclei familiari fragili, oppure progetti che rinforzino le capacità di autodeterminazione e le abilità residue.

Per quanto attiene l'altro Fondo SIE, il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), potrà esservi il concorso alla realizzazione di interventi, con procedura a bando, che nell'ottica di pervenire al *matching* fra la domanda (delle strutture sanitarie, sociosanitarie) e l'offerta di innovazione (industria, impresa), siano volti all'implementazione di soluzioni tecnologiche innovative, che possano anche porre le premesse per nuove soluzioni organizzative, per gli ambienti di vita, la domiciliarità, la promozione di corretti stili di vita, il monitoraggio dello stato di salute e la cura delle persone fragili, con l'uso di modalità di co-progettazione tra i diversi attori coinvolti, sempre con la centralità dell'individuo come elemento concettuale portante. Le soluzioni tecnologiche potranno alimentare i flussi di Big Data sanitari ed il dato potrà essere trattato con l'uso di sofisticate applicazioni di Intelligenza Artificiale, nel rispetto della privacy ai sensi delle norme in vigore.

Di seguito si riporta uno schema riassuntivo riportante le risorse già stanziare a sostegno degli obiettivi esplicitati nel presente Piano:

➤ **Promuovere l'invecchiamento attivo**

- La direzione centrale salute sostiene interventi volti al contrasto del fenomeno della solitudine e alla promozione dell'invecchiamento attivo, di cui alla legge regionale n. 22/2014. Alle risorse specifiche stanziare da questa direzione e sotto riportate si aggiungono ulteriori risorse provenienti anche da altre direzioni centrali, che confluiscono nel Piano annuale sull'invecchiamento attivo.



euro 230.000,00 per l'anno 2021

- **Mappare la fragilità e promuovere la medicina d'iniziativa**
 - Prosegue anche nel triennio di competenza di questo Piano il progetto "Prisma 7" di mappatura della potenziale fragilità e di presa in carico anticipata degli over 75 riconosciuti fragili. Al momento non sono stanziati risorse specifiche e gravano sul progetto le spese relative al servizio di call center. Il costo relativo all'attività di presa in carico anticipata delle persone risultate potenzialmente fragili viene sostenuto dai distretti.

- **Riconoscere la persona fragile che va seguita e valutata periodicamente, anche con strumenti specifici e con il supporto di un sistema informativo integrato**
 - Tra le azioni già avviate nelle Linee per la gestione del SSR vi è anche la costituzione di un gruppo di lavoro per lo sviluppo di un sistema informativo integrato e interoperabile tra servizio sanitario e servizi sociali dei comuni al fine di un'efficace presa in carico integrata.

- **Rafforzare l'integrazione sociosanitaria e l'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari**
 - Fondo per l'Autonomia Possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP), di cui alla LR 41/2006. Tale fondo si articola in assegno per l'autonomia (APA), contributo per l'aiuto familiare (CAF), sostegno alla vita indipendente (SVI), sostegno ad altre forme di emancipazione e di inserimento sociale, FAP per sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale, APA e CAF per le situazioni con patologie dementigene. Quota parte del fondo, il cui dato storico relativo all'annualità 2019 è presente in allegato, è destinato a utenti fragili e il 73% degli utenti sono anziani.

 - Fondo Gravissimi finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazione di bisogno assistenziale a elevatissima intensità, di cui al DPR 247/2009. Quota parte del fondo, il cui dato storico relativo all'annualità 2019 è presente in allegato, è destinato a utenti fragili e il 13% degli utenti sono anziani.

 - Fondo Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), programma a sostegno della domiciliarità rivolto alle persone affette da SLA, le cui finalità principali si realizzano tramite il riconoscimento di benefici economici a favore dei malati e delle loro famiglie. Quota parte del fondo, il cui dato storico relativo all'annualità 2019 è presente in allegato, è destinato a utenti fragili e il 63% degli utenti sono anziani.

 - E' in procinto di essere adottato il regolamento per il trasferimento e l'utilizzo delle risorse destinate al sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare. Con il decreto ministeriale 27 ottobre 2020 recante "Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020" è stato ripartito il fondo triennale:
 -  **euro 1.591.731,63 per il primo triennio**

- **Individuare il fabbisogno di personale nel sistema di presa in carico, adeguare la formazione e promuovere nuove logiche organizzative**
 - Le Linee di gestione per il SSR del 2021 hanno individuato le Aziende sanitarie a supporto delle attività di formazione per il conseguimento della qualifica di OSS e OSS C., al fine di contribuire al soddisfacimento del fabbisogno di personale per tali profili. Sono previsti almeno 6 corsi per OSS e 3 corsi per OSS C. In particolare, la formazione complementare degli OSS (OSS C) supporterà il

bisogno di personale qualificato con particolare riferimento all'assistenza sociosanitaria residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Per tali interventi formativi è stato stanziato un apposito finanziamento nell'ambito delle attività finalizzate e/o delegate dalla Regione (sovraziendali DGR 189/2021):



euro 216.000,00

➤ **Individuare e promuovere meccanismi e strumenti per la presa in carico leggera, coinvolgendo anche le risorse informali:**

- Contributi start up a sostegno di nuove sperimentazioni Abitare Inclusivo di cui alla LR 31/2017, articolo 9, commi 60-65 e D.P.Reg. 265/2017:



circa 750.000,00 euro già stanziati per il triennio 2021-2023

- Budget di salute destinato alle persone anziane per il finanziamento delle sperimentazioni Abitare Inclusivo di cui alla DGR 1624/2019: quota giornaliera recante una componente sanitaria e una componente sociale variabile in base al profilo di bisogno e al reddito da 12 a 29,93 euro al giorno a persona:



stima indicativa 500.000,00 euro

- Risorse da destinare al sostegno di sperimentazioni domiciliari a favore di persone anziane non autosufficienti, i cui contenuti saranno definiti con apposita deliberazione di Giunta regionale (connesso anche all'obiettivo "Identificare procedure di accreditamento degli enti pubblici e privati che partecipano alla rete dei servizi e degli interventi per l'anziano fragile") di cui all'art. 13 della LR 10/1997, come modificato dalla LR 26/2020. Le risorse sono ancora da quantificare.
- Manifestazione di interesse per la coprogettazione di interventi per la presa in carico leggera di persone anziane in condizione di fragilità, anche con riferimento alle situazioni emergenziali derivate dalla pandemia da Covid-19 di cui alle risorse ministeriali ex artt. 72 e 73 del Codice del Terzo settore:



1.217.192,00 euro

- Contributi a favore degli Enti del Terzo Settore per la promozione degli interventi di presa in carico delle persone fragili, supporto ai caregiver familiari, mobilità e accessibilità a favore di persone con disabilità o con limitata autosufficienza e di persone anziane di cui al Decreto del presidente della Regione 31 luglio 2020, n. 0102/Pres:



900.000,00 euro

➤ **Dare diffusione e applicazione alle tecnologie assistive**

- Servizio di Telesoccorso di cui alla LR 26/1996 e alla DGR 161/2020: 2021-2023



4.920.000,00 euro per il triennio 2021-2023

➤ **Riqualificare e innovare il sistema residenziale**

- Contributo abbattimento retta a favore di ospiti non autosufficienti accolti in residenze per anziani non autosufficienti regolarmente autorizzate e, a titolo sperimentale, agli anziani non autosufficienti e alle persone affette da demenza o morbo di Alzheimer, accolti in servizi semiresidenziali e residenziali alternativi alle strutture (LEA), di cui alla LR 10/1997, art. 13:



56.600.000,00 euro per l'anno 2021

- Oneri sanitari (rimborso alle strutture residenziali per anziani per spese relative a personale infermieristico e riabilitativo, gestione rifiuti speciali e trasporti sanitari) di cui alla DGR 124/2019:



35.400.000,00 euro per l'anno 2021

Il presente Piano, come detto, rappresenta dunque un quadro complessivo verso il quale indirizzare la programmazione e le conseguenti risorse a sostegno delle azioni esplicitate. In tal senso si ritiene necessario pianificare adeguatamente i fondi del PNRR e gli altri fondi ministeriali ed europei, al fine di dare concreta attuazione alle ulteriori progettualità ancora ad oggi non avviate (es. Centro Servizi).

ALLEGATO 1

STRUTTURA DEMOGRAFICA E NON AUTOSUFFICIENZA IN FVG

Il “problema demografico”, assieme al peso della non autosufficienza che grava sulle famiglie e alla frammentazione del sistema sociosanitario, rappresentano le questioni che rischiano di pregiudicare il futuro della comunità regionale.

La diminuzione della natalità e l'allungamento della speranza di vita che da anni ormai stanno interessando la popolazione regionale hanno portato il suo invecchiamento ad assumere un andamento alquanto rapido e una portata particolarmente ampia. Unito alla ridotta natalità, l'aumento della speranza di vita si riflette, da un lato, in un peso maggiore della popolazione anziana sul totale della popolazione e, dall'altro, in un contestuale incremento del peso della componente più anziana, ossia dei “grandi anziani”.

Il Friuli Venezia Giulia si posiziona al decimo posto fra le regioni più “anziane” dell'Unione Europea:

- il 26,4 % della popolazione ha più di 65 anni;
- l'8,5% della popolazione ha più di 80 anni;
- l'incidenza della popolazione anziana su quella dei minori di 14 anni e su quella in età attiva (15-64 anni)¹ diventa pertanto rilevante: rispettivamente pari a 223 anziani ogni 100 minori e a 42,9 anziani ogni 100 persone in età attiva;
- il numero della popolazione anziana è in aumento e si stima che nei prossimi 10 anni arriverà al 29.6% della popolazione;
- nel 2040 e nel 2050 le proiezioni ISTAT stimano la presenza in Regione di un numero di anziani ultra 65enni pari a rispettivamente 404.666 (34,2% della popolazione) e 402.745 (35% della popolazione).

(con riferimento ai dati Demoistat 01.01.2020)

Al fine di stimare il numero di anziani non autosufficienti presenti in regione, è stato preso in considerazione uno studio condotto in Toscana da Francesconi e altri¹. Applicando alla popolazione anziana del Friuli Venezia Giulia i risultati di questo studio, si stima che attualmente in regione vi siano circa 37.849 anziani non autosufficienti, residenti a domicilio o accolti in strutture residenziali. Per quanto riguarda gli anziani ancora autonomi, invece, circa 44.141 (13,8%) sono classificabili come fragili ad altissimo rischio di perdita dell'autosufficienza.

Applicando il medesimo processo di stima alle proiezioni demografiche ISTAT e mantenendo costante il dato sugli ospiti presenti nelle strutture, si stima che nel 2030 ci saranno in regione circa 43.656 non autosufficienti residenti a domicilio o accolti in strutture residenziali e che tale cifra raggiungerà presumibilmente quota 48.687 nel 2040 e quota 54.985 nel 2050 con un aumento, rispetto al dato attuale, del 15,3% nei prossimi dieci anni, del 28,6% nei prossimi venti e del 45,3% nei prossimi trenta.

¹Francesconi P. et al, (2013), *Bisogno sociosanitario degli anziani in Toscana: un esempio di epidemiologia integrata in un ciclo di programmazione regionale*, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze. Lo studio è stato svolto al fine di raggiungere una stima plausibile e più reale possibile circa il fabbisogno della popolazione anziana a domicilio. Tale studio stratifica gli anziani non autosufficienti residenti a domicilio in tre livelli (lieve, moderato, grave) e ne quantifica il numero utilizzando percentuali differenziate a seconda delle fasce d'età. Le percentuali dello studio applicate alla popolazione anziana della Regione quantificano in 27.526 gli anziani non autosufficienti a domicilio. Al fine di stimare il numero complessivo di anziani non autosufficienti, a tale valore è stata aggiunta la quota di anziani non autosufficienti accolti in strutture residenziali che in FVG è stimata in circa 8.978 unità.

Tabella 1: Struttura demografica e non autosufficienza in FVG

	FVG	Italia
Popolazione al 1° gennaio 2020 (demoistat)	1.211.357	60.244.639
Popolazione ≥ 65 anni	320.347	13.946.954
Popolazione ≥ 80 anni	103.568	4.442.048
Popolazione ≥ 85 anni	51.354	2.198.208
% popolazione ≥ 65 anni / popolazione totale	26,4%	23,15%
% popolazione ≥ 80 anni / popolazione totale	8,5%	7,37%
% popolazione ≥ 85 anni / popolazione totale	4,24%	3,65%
Popolazione ≥ 85 anni / popolazione ≥ 65 anni	16,03%	15,76%
Età media	47,8	45,7
Indice di vecchiaia (val. %)	223	178,4
Indice di dipendenza degli anziani (val. %)	42,9	36,2
Stima anziani non autosufficienti	36.504	

Tabella 2: Struttura demografica in FVG: dal 2020 al 2050 (proiezioni su dati ISTAT – ipotesi centrale)

Anno	FVG	popolazione 65+				popolazione 85+			
		N	% su pop. Tot	incremento		N	%s su pop tot	Incremento	
				anno prec	2020-2050			anno prec	2020-2050
2020	1.213.475	319.872	26,4%	-	26%	51.646	4,3%	-	81,2%
2025	1.208.469	333.029	27,6%	4,1%		59.929	5,0%	16,0%	
2030	1.201.739	355.948	29,6%	6,9%		66.712	5,6%	11,3%	
2035	1.193.208	382.353	32,0%	7,4%		73.358	6,1%	10,0%	
2040	1.183.116	404.666	34,2%	5,8%		75.853	6,4%	3,4%	
2045	1.169.906	410.706	35,1%	1,5%		80.962	6,9%	6,7%	
2050	1.151.319	402.745	35,0%	-1,9%		93.565	8,1%	15,6%	

Tabella 3: Stima anziani non autosufficienti a domicilio in FVG: dal 2020 al 2050 (ISTAT-ipotesi centrale)

Anno	ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI				A RISCHIO (18,8%)
	livello lieve	livello moderato	livello grave	TOTALE	
2020	8.810	7.220	12.477	28.507	44.141
2025	9.619	7.980	13.635	31.234	45.957
2030	10.541	8.716	15.057	34.314	49.122
2035	11.320	9.336	16.160	36.816	52.764
2040	12.071	9.889	17.385	39.345	55.844
2045	12.740	10.617	18.557	41.915	56.677
2050	13.655	11.695	20.293	45.643	55.579

Al fine di rilevare la potenziale fragilità, soprattutto inespressa, la Regione Friuli-Venezia Giulia ha inoltre avviato un protocollo sperimentale **di screening** per la conduzione di un programma-intervento di **sorveglianza attiva** nella popolazione anziana a rischio di fragilità.

La rilevazione di screening è iniziata nel 2018 su 4 distretti pilota della regione ed è proseguita nel 2019 su tutto il territorio regionale, attraverso la selezione di un campione di 50.000 abitanti. Nel 2020 e 2021 lo screening proseguirà fino a raggiungere tutti gli over 75 del territorio regionale.

Diverse sono le esperienze di indagini e programmi di screening avviati negli ultimi anni, in Italia e all'Estero, valutati positivamente ai fini della rilevazione della fragilità sommersa. Tali sperimentazioni hanno rilevato, infatti, che vi è una significativa quota di persone fragili non note e/o non prese in carico dalle aree dei servizi di cura-protezione e pertanto a rischio di un decadimento psico-fisico, di uno scompenso clinico, di una perdita o riduzione di autonomia, di un ricorso alle cure ospedaliere, di istituzionalizzazione, ecc.

Al fine della mappatura è necessario utilizzare strumenti semplici ed efficaci, per individuare le persone potenzialmente a rischio, soprattutto se si intende privilegiare un approccio universale nell'implementazione del programma di screening, applicandolo a tutti i residenti in una determinata area.

In Regione viene svolta una indagine telefonica trasversale alla popolazione target attraverso la somministrazione di un questionario standard.

Il questionario utilizzato è "PRISMA 7", (Programma di Ricerca sulla Integrazione dei Servizi per la Manutenzione dell'Autonomia), sviluppato da gruppi di ricercatori del centro St-Augustin de Beauport (Québec) e del Centro di ricerca sull'invecchiamento dell'Istituto universitario geriatrico - Sherbrooke University Institute of Geriatrics.

PRISMA rappresenta uno strumento semplice ed efficace per individuare le persone potenzialmente a rischio e, di conseguenza, facilitare l'integrazione dei servizi.

Si riportano di seguito i risultati della rilevazione effettuata nel 2018 e 2019 con evidenza fragilità emersa, distribuita fra i vari score (score da 3 a 5 fragilità lieve – 6 e 7 fragilità complessa).

Tabella 4: Rilevazione fragilità per distretto sanitario

	DISTRETTO	POP. OVER 75	ESITI	FRAGILITA'	% FRAGILI su intervistati	SCORE PRISMA				
			INTERVISTATI			3	4	5	6	7
2020	A2D1-DIS 01-ALTO ISONTINO AAS	3.295	1.013	407	40%	148	83	110	58	8
	A2D2-DIS 02-BASSO ISONTINO AAS	3.202	367	164	45%	71	42	29	18	4
	A1D1-DIS 01 - VIA STOCK ASS	2.729	321	113	35%	46	27	23	13	4
	A1D2-DIS 02 - VIA PIETA' AAS	2.213	369	151	41%	57	44	26	19	5
	A7D3-DIS 3 - VALMAURA	864	412	118	29%	42	33	31	11	1
	A1D4-DIS 04 - SAN GIOVANNI AAS	2.420	301	100	33%	39	28	20	13	0
	TOTALE ASUGI	14.723	2.783	1.053	38%	403	257	239	132	22
	A3D1-DIS 01 - GEMONA AAS	1.238	374	138	37%	67	25	27	18	1
	A3D2-DIS 02 - TOLMEZZO AAS	1.402	33	10	30%	5	2	1	2	
	A3D4-DIS 04 - CODROIPO AAS	2.541	105	35	33%	11	7	11	4	2
	A4D2-DIS 02 - TARCENTO AAS	2.103	519	204	39%	80	48	44	31	1
	A4D5-DIS 05 - UDINE AAS	8.583	876	383	44%	141	84	100	49	9
	A6D1-DIS 01 - SAN DANIELE	605	267	61	23%	21	13	13	12	2
	A6D3-DIS 03 - CIVIDALE	643	83	16	19%	4	2	6	3	1
	A2D3-DIS 03 - CERVIGNANO AAS	2.788	598	230	38%	83	56	54	27	10
	A2D4-DIS 04 - LATISANA AAS	2.423	448	199	44%	67	51	57	20	4
	TOTALE ASUFC	22.326	3.303	1.276	39%	479	288	313	166	30
	A5D1-DIS 01-SAN VITO(EST) AAS	1.571	457	193	42%	66	45	52	26	4
	A5D2-DIS 02 - MANIAGO	637	309	69	22%	18	16	23	11	1
	A5D3-DIS 03-SACILE(OVEST) AAS	2.672	698	257	37%	98	57	61	34	7
	A5D4-DIS 04-AZZANO X (SUD) AAS	2.063	579	243	42%	81	58	56	42	6
	A5D5-DIS 05 - PORDENONE AAS	4.608	412	174	42%	58	42	42	24	8
	TOTALE ASFO	11.551	2.455	936	38%	321	218	234	137	26
	TOTALE	48.600	8.541	3.265	38%	1.203	763	786	435	78
2019	A2D1-DIS 01-ALTO ISONTINO AAS	3.513	2.198	515	23%	255	120	84	50	6
	A2D2-DIS 02-BASSO ISONTINO AAS	3.681	2.284	595	26%	281	154	87	64	9
	A2D3-DIS 03 - CERVIGNANO AAS	2.400	1.728	384	22%	212	74	47	46	5
	A2D4-DIS 04 - LATISANA AAS	2.166	1.519	338	22%	165	80	54	33	6
	A3D1-DIS 01 - GEMONA AAS	1.414	911	270	30%	141	67	42	16	4
	A3D2-DIS 02 - TOLMEZZO AAS	1.890	1.175	351	30%	207	86	37	18	3
	A3D4-DIS 04 - CODROIPO AAS	2.076	1.454	469	32%	222	140	78	22	7
	A5D1-DIS 01-SAN VITO(EST) AAS	1.692	1.071	226	21%	131	56	28	10	1
	A5D3-DIS 03-SACILE(OVEST) AAS	2.419	1.630	448	27%	219	112	80	34	3
	A5D4-DIS 04-AZZANO X (SUD) AAS	2.231	1.408	304	22%	170	87	32	12	3
	A5D5-DIS 05 - PORDENONE AAS	4.128	2.721	758	28%	380	174	136	58	10
	A1D1-DIS 01 - VIA STOCK ASS	3.417	2.180	737	34%	345	188	134	60	10
	A1D2-DIS 02 - VIA PIETA' AAS	2.976	1.754	523	30%	258	130	89	44	2
	A1D4-DIS 04 - SAN GIOVANNI AAS	3.277	2.030	710	35%	352	188	99	64	7
	A4D2-DIS 02 - TARCENTO AAS	1.783	1.242	413	33%	200	100	76	28	9
	A4D5-DIS 05 - UDINE AAS	6.994	4.785	1.587	33%	720	389	318	136	24
	TOTALE	46.057	30.090	8.628	29%	4.258	2.145	1.421	695	109
2018	A4D1 - DIS01 - CIVIDALE DEL FRIULI	4.823	2.426	957	39%	401	241	177	124	19
	A1D3 - DIS 03 - VALMAURA	7.796	4.738	1919	41%	860	478	365	198	24
	A3D3 - DIS 03 - SAN DANIELE	5.313	2.495	806	32%	389	202	116	92	12
	A5D2 - DIS 02 - DELLE VALLI E DELLE DOLOMITI FRIULANE	5.190	2.664	1111	42%	476	287	209	127	15
	TOTALE	23.122	12.323	4.793	39%	2129	1212	872	547	77
TOTALE COMPLESSIVO REGIONE FVG 2018/2019/2020		117.779	50.954	16.686	33%	7.590	4.120	3.079	1.677	264

Grafico 1: Fragilità per distretto sanitario

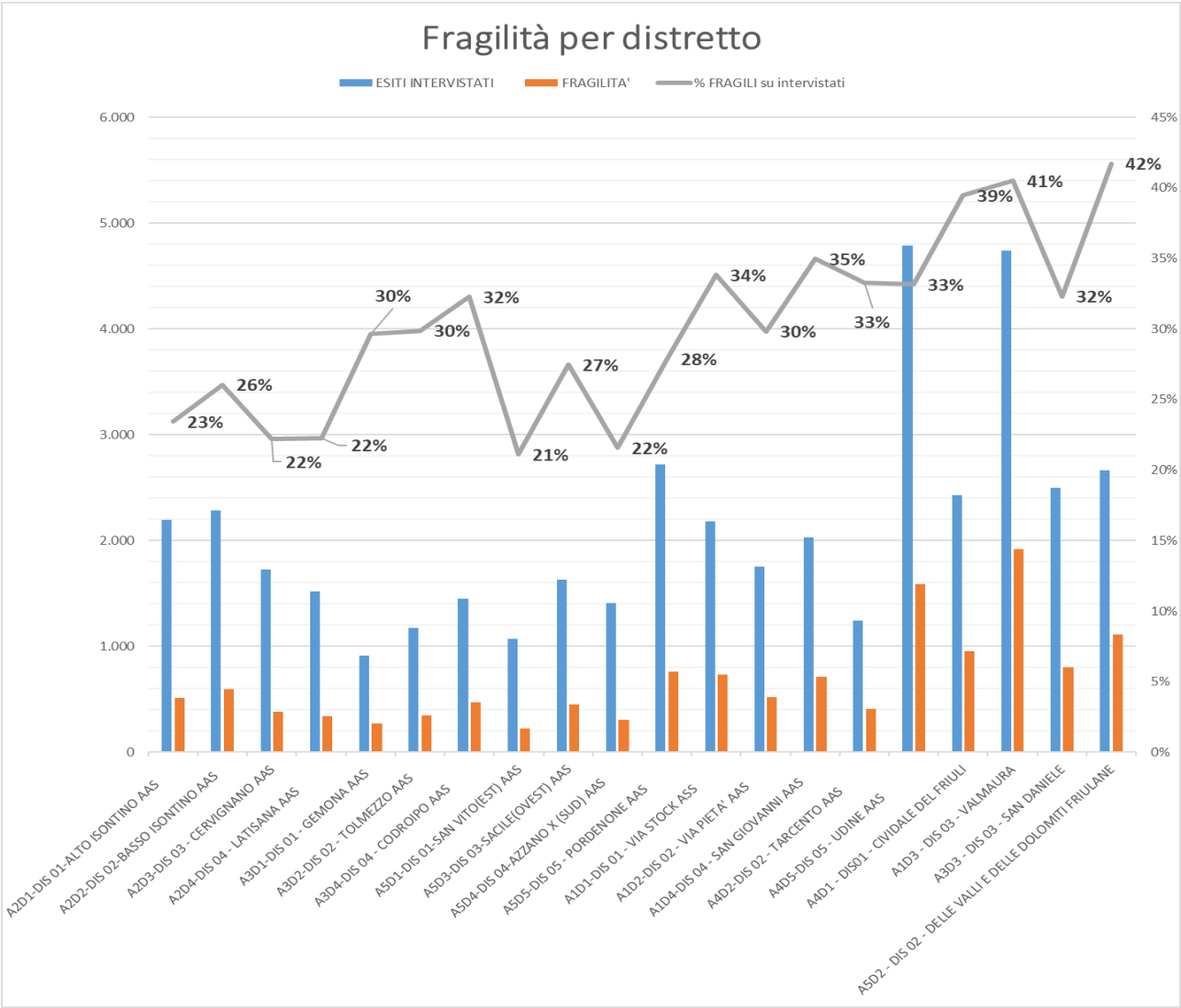
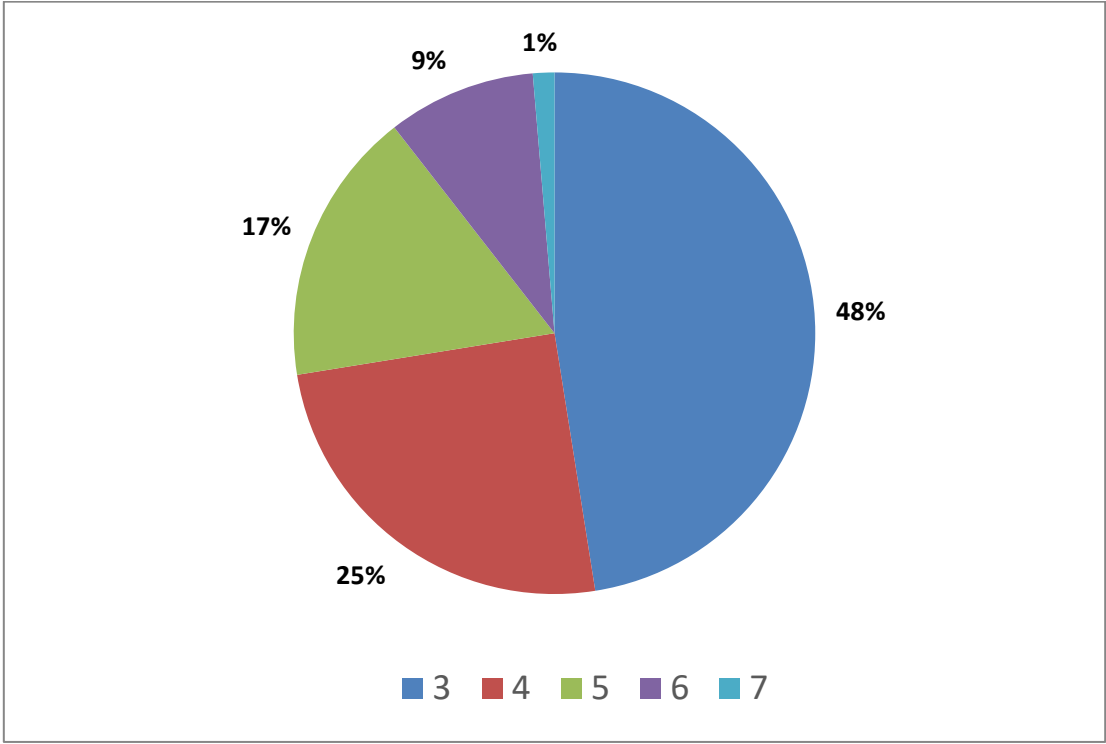


Grafico 2: ripartizione della fragilità in base allo score



ALLEGATO 2

LA RETE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI CHE CONTRIBUISCONO ALLA PRESA IN CARICO DELL'ANZIANO FRAGILE

LIVELLO	Servizio	Descrizione	Dati (quando disponibili)
DOMICILIARE	SAD Servizio assistenza domiciliare	Erogato dai Servizi Sociali dei Comuni (SSC) - Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione o in condizione di non autosufficienza, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio. Il SAD si caratterizza per una presa in carico generalmente di lungo periodo.	6.465 utenti, rappresentati per l'86,2% da anziani (dati 2018)
	SID Servizio Infermieristico domiciliare	Erogato dal Distretto sanitario	33.460 anziani che rappresentano l'89,7% degli utenti totali del servizio e il 10,6% della popolazione anziana FVG (dati 2018)
	SRD Servizio riabilitativo domiciliare	Erogato dal Distretto sanitario	13.009 anziani pari al 89,6% degli utenti totali del servizio e al 4,1% della popolazione anziana (dati 2018)
	Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)	L'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (ad es. cura e igiene della persona, aiuto nella deambulazione, supervisione assunzione terapia farmacologica). Queste ultime sono realizzate dagli operatori dei Servizi sociali dei Comuni.	5.719 utenti con una media di 11,5 accessi a domicilio per utente (dati 2018)
	ADI Assistenza domiciliare integrata	Sono cure caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze. Dette cure consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche. ➤ malati terminali (oncologici e non); ➤ malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);	

		➤ fasi avanzate e complicate di malattie croniche; ➤ pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale; ➤ pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo; ➤ pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza. Tra questi per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe dedicata di cui fa parte il medico di medicina generale. A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al <i>caregiver</i>	
	ADO Assistenza domiciliare ospedaliera	Quando l'équipe che eroga le cure domiciliari è di provenienza ospedaliera. Tale tipologia assistenziale è infatti erogata attraverso le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative a malati terminali.	
	Ospedalizzazione domiciliare	È un servizio della Regione rivolto alle persone anziane o fragili che desiderano essere seguite e protette restando a casa propria. Personale qualificato, attivo 24 ore su 24, è pronto a intervenire in qualunque situazione di bisogno o di emergenza dell'anziano	
	Telesoccorso	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio. L'accesso al servizio passa attraverso il distretto sanitario anche in collaborazione con il Servizio sociale dei Comuni	3.700 utenti (dati 2018)

La Regione Friuli Venezia Giulia interviene inoltre con interventi economici per sostenere la permanenza a domicilio delle persone fragili e non autosufficienti.

Interventi economici a supporto della domiciliarità	
Tipologia	Dati disponibili
Fondo per l'Autonomia Possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP) LR 41/2006. Si articola in: ➤ assegno per l'autonomia (APA), ➤ contributo per l'aiuto familiare (CAF) ➤ sostegno alla vita indipendente (SVI) ➤ sostegno ad altre forme di emancipazione e di inserimento sociale ➤ sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale ➤ APA e CAF per le situazioni con patologie dementigene.	Nel corso dell'anno 2019, il FAP ha visto un finanziamento complessivo pari a euro 44.294.536,00 e il numero di persone che ne hanno usufruito è stato pari a 8212 utenti, di cui il 75% anziani

Fondo Gravissimi finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazione di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (DPR Reg. 247/2009)	Finanziamento pari a euro 3.466.214,00 e ha coinvolto 361 beneficiari, di cui il 15% over 65 anni (dati 2019)
Fondo Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), programma a sostegno della domiciliarità rivolto alle persone affette da SLA, le cui finalità principali si realizzano tramite il riconoscimento di benefici economici a favore dei malati e delle loro famiglie	Finanziamento pari a euro 726.000,00 e ha coinvolto 62 beneficiari, di cui il 63% over 65 anni (dati 2019)

Accanto ai servizi e interventi sopra descritti, un ruolo importante a sostegno della domiciliarità viene rivestito dal supporto assistenziale fornito dal personale privato, le cosiddette assistenti familiari o badanti, che da diversi anni integrano o sostituiscono l'intervento di cura un tempo garantito dai familiari. I dati dell'INPS sul fenomeno evidenziano che il numero di **“badanti” in regione è passato da 2.794 unità nel 2008 a 12.448 nel 2017, di cui 9.876 sono straniere**. A questi dati si aggiunge un consistente numero di assistenti familiari non contrattualizzate che garantiscono la tenuta del sistema assistenziale domiciliare.

SEMIRESIDENZIALE		I servizi semiresidenziali attivi in regione nel 2019 sono 37 per un totale di 675 posti, con una spesa complessiva di circa 700.000 euro per l'abbattimento della retta di accoglienza di anziani non autosufficienti. Nell'intento di sostenere il ruolo importante e strategico svolto dai servizi semiresidenziali nelle politiche di contrasto all'istituzionalizzazione, con deliberazione n. 429 del 02 marzo 2018 la Giunta ha stabilito di aumentare la contribuzione regionale finalizzata all'abbattimento della retta nei servizi semiresidenziali destinati all'accoglimento di persone affette da demenza. Il contributo regionale è quindi passato da euro 12,50 o 10,50 al giorno (a seconda che il servizio semiresidenziali sia autonomo o collocato all'interno di una residenza per anziani) a euro 18,00 al giorno, abbattuto del 30% qualora la presenza giornaliera sia inferiore alle 5 ore. A seguito di tale previsione normativa, su 37 servizi semiresidenziali autorizzati all'esercizio, 10 (per un totale di circa 200 posti) sono stati riconosciuti dall'Azienda sanitaria territorialmente competente come "Servizi semiresidenziali destinati all'accoglimento di persone affette da demenza, in quanto in possesso dei requisiti previsti (in particolare, il servizio deve garantire uno standard assistenziale complessivo di almeno 80 minuti al giorno per utente).
-------------------------	--	--

RESIDENZIALE	Strutture intermedie (individuata dalla LR 17/2014, art. 23)	Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) svolgono una funzione intermedia fra l'ospedale e i servizi domiciliari e ambulatoriali, destinata alla presa in carico del paziente affetto prevalentemente da malattie croniche, che necessita di assistenza o monitoraggio continui al di fuori dell'ospedale, al fine di assicurare la continuità delle cure qualora non si sia verificato il completo recupero dell'autonomia o non vi siano le condizioni per il trattamento ambulatoriale o domiciliare.	<i>L'offerta di posti letto complessiva nelle strutture intermedie ammonta a 883 posti letto pari a 2,8 posti ogni 1000 (dati 2018).</i> <i>Le RSA regionali hanno accolto oltre 11.000 persone per circa 278.000 gg di degenza</i> <i>La durata media dei ricoveri è pari a 25 giorni e l'età media degli assistiti è di 80 anni.</i> <i>Oltre il 70% degli ammessi proviene dalla rete ospedaliera mentre dopo un ricovero in RSA il 62% rientra al proprio domicilio e circa il 14% viene accolto in una residenza per anziani non autosufficienti.</i>
		Hospice	
		Strutture di riabilitazione funzionale ex art 26 L.833/78	
		Ospedali di Comunità	
	Residenze per la lunga assistenza		<i>Rete di circa 170 strutture con una disponibilità di 10.640 posti letto dei quali circa 9.338 autorizzati per accogliere persone anziane non autosufficienti.</i>

