




QUADERNI DELL'ORDINE



LA DIMENSIONE SOCIALE
NELLA VALUTAZIONE
MULTIDIMENSIONALE:
ASPETTI METODOLOGICI
E DEONTOLOGICI

CONTRIBUTI DEI LABORATORI DEONTOLOGICI DEL GRUPPO
PER LA FORMAZIONE CONTINUA DELLA PROVINCIA DI PAVIA

COMPONENTI 3^A LABORATORIO PER LA STESURA DEL DOCUMENTO:

ANTONAZZO ARIANNA, BELLAGENTE MADDALENA, SILVANI MIRELLA, SIMONETTI CINZIA, SISTI PAOLA

REFERENTE LABORATORIO:
BELLAGENTE MADDALENA

REFERENTE CONSILIARE:
SILVANI MIRELLA



INDICE

2	Indice
3	Introduzione
6	1 Elementi della valutazione nella professione di assistente sociale
10	2 La valutazione multidimensionale negli indirizzi normativi
17	3 La dimensione sociale nella VMD e nella metodologia professionale
22	4 Aspetti deontologici della valutazione sociale nella VMD
30	5 Osservazioni conclusive
32	Bibliografia
37	I partecipanti ai laboratori
38	Allegato 1 La valutazione multidimensionale (VMD) nella normativa di Regione Lombardia
39	Allegato 2 Scheda di sintesi "Rilevazione strumenti di valutazione"
40	Allegato 3
40	Riepilogo Normativa di Regione Lombardia (X legislatura) in tema di misure a sostegno della fragilità'

Il presente documento costituisce la sintesi di un percorso di approfondimento avviato dal Gruppo per la Formazione Continua della provincia di Pavia sul tema della valutazione della dimensione sociale nell'ambito della valutazione multidimensionale (VMD).

Regione Lombardia con la X legislatura ha introdotto diversi provvedimenti e misure a favore della non autosufficienza e sostegno ai soggetti fragili inserendo, per l'accesso alle misure, la VMD inclusiva della valutazione della dimensione sociale, quale premessa fondamentale per comprendere i bisogni della persona e condividere con lei la definizione del progetto di intervento.

In conseguenza a ciò ed al significativo coinvolgimento degli assistenti sociali nell'applicazione delle misure, è risultato opportuno verificare l'impatto della normativa con particolare attenzione alle modalità valutative della dimensione sociale rispetto alle componenti metodologie e deontologiche proprie della professione.

I temi toccati nel convegno "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili tra mandato professionale dell'assistente sociale e politiche regionali... quale sintesi possibile?" (Pavia, 10 marzo 2015) hanno da subito stimolato l'esigenza di approfondire le connessioni tra mandato professionale e dettato normativo.

In considerazione dell'interesse espresso dai colleghi sono stati così attivati due momenti formativi:

- Laboratorio 1^ edizione: "La dimensione sociale nella valutazione multidimensionale per gli accessi ai servizi e misure a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili" (23 novembre, 1, 14 dicembre 2015 e 25 febbraio 2016) rivolto ad assistenti sociali inseriti in servizi dove viene prevista, da normativa, la VMD per l'accesso alle misure (ADI, RSA aperta, misure B1 e B2, servizio dipendenze, interventi per adolescenti a rischio, ecc.).
- Laboratorio 2^ edizione "La dimensione sociale nella valutazione multidimensionale nei servizi sociali, sociosanitari e sanitari" (21, 28 gennaio, 4 febbraio e 25 febbraio 2016) rivolto ad assistenti sociali impegnati in contesti lavorativi tra loro eterogenei (vigilanza, consultori, invalidità, URP, ospedali, UEPE, PdZ, CPS, ecc.) dove non è prevista da normativa la VMD.

Nel corso del 1° Laboratorio sono stati approfonditi gli aspetti e le modalità di applicazione della valutazione della dimensione sociale nella VMD in relazione a quanto previsto dalla normativa ed alle esperienze locali. La discussione si è svolta intorno ad alcune parole chiave: "norma di riferimento", "strumenti di valutazione", "con chi" "tempi", "ambiti della valutazione", "finalità-esito", "osservazioni-criticità".

Il focus del 2° Laboratorio è stato orientato agli aspetti teorici e di senso della valutazione sociale nell'ambito della VMD anche attraverso ricerche e verifiche bibliografiche sul tema e sulla disponibilità di strumenti/scale dedicate alla valutazione sociale. Le domande chiave



sono state “cos'è la valutazione e la valutazione multidimensionale?”, “cosa si intende per dimensione sociale nella VMD dei bisogni della persona nei servizi socio sanitari?”, “quali strumenti e quali scale di valutazione riconosciute/sperimentate per la valutazione della dimensione sociale?”.

In entrambi i laboratori è stata condotta una rilevazione circa gli strumenti di valutazione utilizzati dai partecipanti nei contesti lavorativi ove è prevista, da normativa, la VMD per l'accesso alle misure (1° Laboratorio) ed in ambiti di servizi diversi ove non prevista (2° Laboratorio). Gli esiti della rilevazione, che hanno evidenziato alcuni limiti e difficoltà nell'esercizio delle funzioni valutative, sono stati raccolti in una Scheda di sintesi (All. n. 2). Parallelamente è stato prodotto un riepilogo dei principali provvedimenti della X legislatura di Regione Lombardia (All. n. 3) che introducono le misure a sostegno della fragilità nelle aree della non autosufficienza/disabilità, maternità/natalità/genitorialità e reddito di autonomia.

Le osservazioni in ordine alle disposizioni normative, al significato ed alla finalità della valutazione sociale, alle prassi operate, ai contributi risultati dalle ricerche bibliografiche e metodologiche sul tema, sono risultate numerose e significative in entrambi i Laboratori.

Da qui l'esigenza di organizzare un 3° Laboratorio composto da un piccolo gruppo di colleghi che si è dedicato da un lato a sistematizzare e documentare gli apporti rilevati e dall'altro a confrontarli con gli aspetti deontologici peculiari della professione. Per rendere concreto tale confronto è risultato anche opportuno verificare i riferimenti normativi circa la valutazione multidimensionale e gli strumenti per la valutazione sociale indicati a livello regionale; è stata così predisposta una scheda riepilogativa dei principali contenuti sul tema richiamati negli atti di Regione Lombardia a partire dal 2003 sino alla recente riforma del sistema socio sanitario (All. n. 1).

L'esito del 3° Laboratorio è il presente documento nel quale sono stati raccolti i diversi contributi teorico pratico fin qui emersi ed elaborati sulla base di ricerche bibliografiche, verifiche normative, osservazioni esperienziali e deontologiche. In sintesi vengono descritte in successione:

- le finalità generali della funzione valutativa nella professione di assistente sociale a partire dal significato stesso della valutazione;
- le evidenze della VMD nella evoluzione normativa;
- le peculiarità della dimensione sociale nella VMD e nella metodologia professionale;
- gli strumenti della VMD e della valutazione della dimensione sociale utilizzati;
- gli aspetti deontologici più rilevanti che guidano il processo valutativo dell'assistente sociale;
- alcune proposte sul piano deontologico per superare le criticità rilevate.



Completano il documento, in Allegato, le seguenti schede di sintesi esito delle rilevazioni e degli approfondimenti condotti nel corso dei Laboratori:

- All. n. 1 **“La VMD nella normativa di Regione Lombardia”** con riferimento alle seguenti aree: Assistenza Domiciliare Integrata, Misure a sostegno della non autosufficienza/fragilità; Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo;
- All. n. 2 **“Rilevazione strumenti di valutazione”**: Scheda di sintesi in esito alla rilevazione condotta tra i partecipanti i Laboratori (1^a e 2^a edizione) circa gli strumenti utilizzati per la valutazione sia nei contesti lavorativi ove, da normativa, è prevista la VMD per l'accesso alle misure, sia in altri servizi;
- All. n. 3 **“Riepilogo normativa di Regione Lombardia (X legislatura) in tema di misure a sostegno della fragilità”**: Scheda riepilogativa della principale normativa relativa alle misure a sostegno alla fragilità nelle seguenti aree: non autosufficienza/disabilità; maternità/natalità/genitorialità; reddito di autonomia.

Auspichiamo che il documento possa rappresentare un punto di partenza per promuovere successivi momenti di verifica, confronto e sviluppo circa le modalità della valutazione della dimensione sociale nella VMD e stimolare l'Ordine affinché sostenga verso gli Organismi regionali, che normano i servizi, l'ottica della professione necessaria per valorizzare la dimensione sociale nelle funzioni valutative e più in generale nella programmazione e attuazione delle misure/interventi per i soggetti fragili.



Il tema della valutazione risulta di particolare interesse in quanto caratterizza ed accompagna vari aspetti della vita personale, sociale, professionale, istituzionale.

Etimologicamente il termine valutazione deriva da valutato, antico participio del verbo latino valere, ossia “dare valore” esprimere un giudizio mediante un atto di costruzione di significato; si differenzia da altri termini quali verifica e controllo che implicano il raggiungimento di un determinato risultato atteso¹.

La valutazione, in primo luogo, è un atto spontaneo della vita quotidiana in quanto ciascun individuo si trova in maniera inconsapevole a dover valutare frequentemente situazioni, persone, relazioni che orientano le proprie scelte, come pure ad essere valutato da altri. Se si considera, però, la valutazione professionale, quest'azione assume un significato di funzione consapevole, puntuale, guidata da criteri, metodi e strumenti precisi. La valutazione espressa sia da un professionista, sia da un organismo/istituzione, infatti, è elemento essenziale e preliminare da cui possono scaturire decisioni, interventi, programmi relativamente a un singolo soggetto ma anche alla comunità. Si pensi alla valutazione in campo scolastico o sanitario rispetto al singolo, ma pure alla valutazione di un progetto in un contesto istituzionale o di una politica con fini pubblici/sociali.

Nell'ambito della ricerca sociale diversi autori hanno studiato le caratteristiche e le forme della valutazione, di interesse ricordiamo le definizioni di Claudio Bezzi²:

Valutazione implicita (o sommersa): “la spontanea formulazione di giudizi operata dagli individui nella loro vita quotidiana. Non ha alcuna dimensione scientifica ed è farcita di pregiudizi, a differenza della valutazione spontanea e di quella formale”.

Valutazione spontanea (o informale): “una forma di valutazione informale operata dagli individui senza criteri di scientificità (a differenza della valutazione formale), ma con esplicitazione delle argomentazioni (a differenza della valutazione implicita)”.

Valutazione formale (o istituzionale): “ogni forma di valutazione esplicita e programmata, basata su regole e modalità tecniche e scientifiche, finalizzata alla redazione di un rapporto valutativo (a differenza delle valutazioni ‘implicite’ e ‘spontanee’)”.

Una definizione sintetica di Mauro Palumbo, esponente dell'Associazione Italiana di Valutazione (www.valutazioneitaliana.it), indica la **valutazione quale “attività cognitiva rivolta a fornire un giudizio su di un'azione (o complesso di azioni coordinate) intenzionalmente svolta o che si intende svolgere, destinata a produrre effetti esterni, che si fonda su un'attività di ricerca delle scienze sociali e che segue procedure rigorose e codificabili”**³.

Nell'ambito delle politiche pubbliche e dei servizi, la valutazione si è sviluppata in Italia a partire dagli anni '90 in particolare nell'area dei servizi sanitari, socio sanitari e più di recente nei servizi sociali con la legge 328/2000⁴, in stretto collegamento con i sistemi di qualità e accreditamento.

1 “L'assistente sociale e la valutazione - Esperienze e strumenti” a cura di U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, ed. Carocci 2007 - pag. 117.

2 “Glossario della ricerca sociale e valutativa, versione 5.1” - 2007 Claudio Bezzi.

3 “Il processo di valutazione” Mauro Palumbo, ed. F. Angeli, 2001.

4 Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.



Nella prassi dell'assistente sociale la funzione valutativa si riscontra in molte fasi dell'intervento, è parte integrante del processo metodologico in quanto costituisce il parere tecnico-professionale che dà senso all'intervento sia esso espresso nei confronti di un singolo utente, di un gruppo/comunità o di un progetto/servizio.

Pur essendo presenti funzioni valutative in numerosi ambiti di attività dell'assistente sociale (si pensi alle valutazioni per l'Autorità giudiziaria, alle relazioni per l'inserimento di un minore in comunità, alle valutazioni di esito di un progetto finanziato, ecc.), la valutazione è risultata nel tempo, una dimensione praticata con scarso rigore metodologico alla quale sono state dedicate limitate elaborazioni teoriche e sperimentazioni⁵. Al riguardo alcuni autori (ricercatori e assistenti sociali)⁶ hanno evidenziato che le difficoltà, o resistenze da parte degli stessi assistenti sociali, ad individuare ed esplicitare indicatori, criteri e strumenti sperimentati e condivisi, da applicare nei processi valutativi, sono riconducibili al fatto che l'oggetto del lavoro prodotto dai servizi alla persona è rappresentato principalmente da beni immateriali. In particolare la relazione di aiuto, per il carattere dinamico e imprevedibile pare particolarmente incompatibile con la tensione all'oggettività dei processi valutativi che si basano, invece, su rigore metodologico, codificazioni, classificazioni, verifiche. Gli stessi autori sottolineano, però, che la valutazione deve essere intesa non come giudizio sulla persona, ma come un processo dinamico che permette di raccogliere informazioni complete, evidenziare i bisogni, le potenzialità, gli ostacoli e le risorse che consentono di affrontare le problematiche evidenziate. Non si tratta di pareri estemporanei, di impressioni volubili, ma di giudizi finalizzati ai quali conseguono azioni conseguenti⁷.

La valutazione si differenzia dall'assessment, concetto che, sviluppatosi nella letteratura e nei servizi anglosassoni, viene spesso associato e tradotto con valutazione. In realtà l'assessment significa accertamento dei fatti e situazioni in vista di un giudizio professionale e di una successiva decisione ponderata⁸; corrisponde più ad una prima raccolta e analisi dei bisogni in quanto non ha l'obiettivo di cogliere come si sta modificando una situazione durante l'intervento dell'operatore o quali ne siano gli esiti nel tempo⁹.

La valutazione, invece, deve essere intesa come un processo continuo di correlazione di informazioni necessario per una adeguata conoscenza e comprensione della situazione

5 "Valutazione nel processo di aiuto" di S. Filippini, F. Merlini in "Dizionario di Servizio Sociale" diretto da Maria Dal Pra Ponticelli, ed. Carocci 2005.

6 "L'assistente sociale e la valutazione - Esperienze e strumenti" a cura di U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, ed. Carocci 2007.

7 "Conoscere e valutare il Servizio sociale" Materiale didattico, Elena Allegri - Corso FAD 2015 "Rischi, responsabilità, e dilemmi nel lavoro dell'assistente sociale, valutazione di efficacia degli interventi del servizio sociale".

8 "Valutazione dei casi e diagnosi sociale" di S. Filippini, F. Merlini, T. Bertotti in L'assistente sociale e la valutazione - Esperienze e strumenti" a cura di U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, ed. Carocci 2007.

9 "L'assessment nei servizi sociali. La valutazione iniziale negli interventi di aiuto e controllo" Judith Milner, Patrick O'Byrne, ed. Erickson 2005.



delle persone coinvolte¹⁰, processo che accompagna lo sviluppo di tutto il percorso di aiuto dalla fase di accoglienza, alla costruzione e realizzazione del progetto di intervento, alla fase conclusiva per comprendere se gli obiettivi sono stati raggiunti o se occorre ripensare al progetto.

Inoltre, se si considera che, proprio per le caratteristiche di dinamicità della relazione di aiuto, l'intervento dell'operatore, o anche il non intervento, è nei fatti orientato a produrre effetti (in termini informativi, relazionali, di accesso o non a un servizio o altro), diventa fondamentale per l'operatore stesso un **"agire riflessivo"** con momenti di analisi e verifica, reperimento di nuove informazioni, riprogettazione, ecc. utilizzando criteri non discrezionali, ma metodologicamente fondati e rigorosi. In tal senso la valutazione risulta indispensabile per ottenere indicazioni utili a riorientare, modificare, migliorare il processo di aiuto in corso. Non si tratta di un'azione statica finalizzata a verificare qualcosa stabilito a priori, ma un processo dinamico, orientato a **"costruire correggendo"**¹¹.

Non si può trascurare che i valori personali dell'operatore, il contesto socio culturale di riferimento, il servizio di appartenenza possono condizionare contenuti e modalità della valutazione che, in parte, è un processo inevitabilmente soggettivo. Un aspetto critico lo si riscontra proprio nella dimensione soggettiva della valutazione in quanto nella sua costruzione entrano in gioco le premesse mentali dell'assistente sociale, compresi stereotipi e pregiudizi¹². Per evitare la formulazione di "giudizi" sulla persona frutto di visioni soggettive della realtà, è necessario che l'operatore sviluppi un'approfondita conoscenza di sé e un solido ancoraggio alle dimensioni teoriche-metodologiche che lo aiutino nell'utilizzo di criteri valutativi espliciti, il più possibile sostenibili e condivisi.

Realizzare il processo valutativo implica, quindi, la necessità di identificare e utilizzare, a partire dalla documentazione, strumenti (griglie di rilevazione, schede di osservazione e monitoraggio, questionari, ecc.), che aiutino a:

- elaborare ipotesi di lettura e analisi del problema;
- monitorare l'intervento definito;
- verificare il raggiungimento degli obiettivi;
- rendere riconoscibili i risultati.

Alcune **regole base** della valutazione definite in ambito scientifico, **possono essere**

10 "Valutazione nel processo di aiuto" di S. Filippini, F. Merlini in "Dizionario di Servizio Sociale" diretto da Maria Dal Pra Ponticelli, ed. Carocci 2005.

11 "La valutazione nel servizio sociale" Materiale didattico, Teresa Bertotti - Corso di Metodi e tecniche del servizio sociale Università Milano Bicocca, 28-1-2011.

12 "Nuovo Dizionario di Servizio sociale" diretto da Anna Maria Campanini, ed. Carocci 2013 pag. 766.



opportunamente applicate nelle prassi dell'assistente sociale e così sintetizzate¹³:

- Le procedure e gli strumenti utilizzati per la raccolta delle informazioni devono essere esplicitati, chiari e riproducibili;

- Le informazioni raccolte devono essere pertinenti e complete così come le fonti affidabili;

- l'interpretazione deve essere coerente, plausibile, non formulata tramite asserzioni o pregiudizi, ma attraverso una serie di argomentazioni rese disponibili per eventuali confutazioni;

- Le argomentazioni che sostengono il giudizio devono consentire di evidenziare gli elementi raccolti, analizzati e le connessioni logiche dei diversi passaggi utilizzati.

Inoltre le valutazioni relative ai singoli casi ed agli esiti degli interventi, oltre a migliorare la qualità degli interventi stessi, possono concorrere a determinare valide fonti informative per valutazioni più ampie a livello di conoscenza ed analisi della domanda e dell'offerta.

Tanto più si riuscirà a rendere evidenti dati conoscitivi/valutativi, metodologicamente rilevati, dei bisogni espressi e degli effetti degli interventi, tanto più tali elementi potranno essere considerati nelle opportune sedi istituzionali per la pianificazione generale dei servizi.

13 "Metodi e tecniche di servizio sociale I" Materiale didattico, Cristina Pregno - Corso di Laurea in Servizio sociale Università di Torino, a.a. 2006-2007.



Un ambito in cui sta crescendo a livello normativo il riconoscimento della funzione valutativa per l'accesso alle prestazioni/servizi/unità di offerta nell'area della disabilità e non autosufficienza, è quella della valutazione multidimensionale (VMD), funzione a cui concorrono più competenze professionali tra cui quella dell'assistente sociale.

La VMD è una metodologia nata in Inghilterra in ambito geriatrico finalizzata ad indagare con modalità pluridimensionale ed interdisciplinare lo stato di salute fisica, psichica e sociale dell'individuo, conoscerne le potenzialità ed i bisogni così da poter programmare una serie coordinata ed integrata di interventi.

Nella letteratura geriatrica-scientifica si ritrovano, infatti, le definizioni più indicative:

- Valutazione multidimensionale: processo diagnostico interdisciplinare multidimensionale che ha l'intento di individuare le condizioni mediche, psicosociali, funzionali e i problemi degli anziani fragili e di sviluppare un programma generale per il trattamento e il follow up del paziente¹⁴.
- Valutazione multidimensionale: processo di tipo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere, o predire, la natura e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio diagnostico globale, attraverso l'utilizzo di scale e strumenti validati, consente di individuare un piano di intervento sociosanitario coordinato e mirato al singolo individuo¹⁵.

A partire dagli anni '90 vengono approvati nel nostro Paese importanti atti di programmazione socio sanitaria che riconoscono l'efficacia della VMD per la valutazione dei bisogni e la pianificazione degli interventi a favore degli anziani.

Il Progetto obiettivo nazionale "Tutela della salute degli anziani"¹⁶ del 30 gennaio 1992, nel riconoscere che la perdita della autosufficienza può derivare dalla compromissione concomitante di più fattori (deficit organico, disagio psico-affettivo, svantaggio sociale), sottolinea la necessità di un approccio multidimensionale per l'individuazione dell'intervento ed individua nell'Unità di Valutazione Geriatrica - UVG¹⁷ - il gruppo multidisciplinare in grado di affrontare i problemi terapeutici, riabilitativi e socio assistenziali del paziente anziano.

Altro importante documento a livello nazionale ove risulta sancito il principio della VMD è l'"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"¹⁸. Il documento

14 1987, Consensus Conference on Geriatric Assessment Methods for clinical decision-making.

15 2001, Ferrucci Luigi, Marchionni Niccolò e il Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale.

16 Risoluzioni approvate il 30 gennaio 1992 dalle commissioni Affari Sociali della Camera e Igiene e Sanità del Senato.

17 L'UVG è il mezzo per realizzare l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari, è il gruppo multidisciplinare dove nessuno ha tutte le risposte per tutte le domande, dove tutti in qualche modo dipendono dalla competenza altrui e dove ciò che si ottiene dall'insieme è superiore alla somma delle parti.

18 DPCM del 14 febbraio 2001 pubblicato in GU il 6 giugno 2001 n. 129.



che definisce natura e criteri di finanziamento delle prestazioni (sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria), indica che “per favorire l’efficacia e l’appropriatezza delle prestazioni socio sanitarie, l’erogazione delle stesse sia organizzata attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione periodica di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti”.

Nel sistema di welfare di Regione Lombardia l’applicazione della VMD nei servizi alla persona trova riscontro in maniera diversificata e discontinua.

Il “Progetto Obiettivo anziani regionale per il triennio 1995/97”¹⁹ nel dare avvio al modello a rete dei servizi per gli anziani (servizi domiciliari, territoriali e residenziali), riconosce la valutazione scientifica e multidimensionale del bisogno assistenziale quale criterio di governo degli accessi degli anziani ai servizi e di mobilità tra gli stessi. Nelle successive Linee di indirizzo²⁰ vengono forniti indirizzi circa la VMD che deve prendere in esame: stato di salute, funzioni cognitive ed affettive, livelli di autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana, livelli di autonomia nelle attività di base della vita quotidiana, situazione sociale, culturale e relazionale, condizione abitativa ed economica, risorse del microcontesto, ecc.

Nel primo decennio 2000, il modello di welfare regionale si sviluppa su alcuni linee e principi dominanti: ampliamento delle tipologie di offerta, miglioramento degli standard di qualità, parità pubblico/privato, libertà di scelta del cittadino del servizio a cui rivolgersi, nei quali la VMD non trova spazio. Espressione tipica di tali indirizzi si riscontra con l’introduzione (2013) del voucher socio sanitario, il trasferimento ai soggetti pubblici e privati del ruolo di erogatori ADI, già svolto dalle ASL, e l’attribuzione a queste ultime delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni. In questo modello non sono presenti indicazioni circa le funzioni valutative finalizzate alla rilevazione dei bisogni e all’individuazione del profilo assistenziale del paziente ai fini dell’assegnazione del voucher. Con la X legislatura, tuttora in corso, Regione Lombardia reintroduce la centralità della VMD con l’obiettivo di assicurare appropriatezza nella lettura del bisogno e nell’allocazione delle risorse. Questi indirizzi si ritrovano con continuità nei provvedimenti delle principali linee di attività/servizi a favore della non autosufficienza/fragilità:

1. **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);**
2. **Misure per gravi, gravissime disabilità** (misura B1 e misura B2 introdotte dai Programmi annuali regionali attuativi del Fondo Nazionale non Autosufficienza - FNA);

¹⁹ DCR n. V/1439 dell’8 marzo 1995.

²⁰ DGR n. VI/35213 del 20 marzo 1998 “Linee di indirizzo per il funzionamento delle UVM nell’area degli anziani anche ai sensi del Progetto obiettivo anziani per il triennio 1995/1997 (DCR V/1439)”; le Unità di valutazione sono equipe multidisciplinari composte da medico geriatra o medico di comprovata esperienza nei servizi per anziani, infermiere professionale, assistente sociale.



3. **Misure/nuovi servizi a sostegno dei soggetti fragili e loro famiglie** (misure innovative introdotte a seguito della DGR n. X/116/2013 che istituisce il Fondo famiglia, quali RSA aperta, ecc.);

e negli atti relativi **all'evoluzione del sistema socio sanitario lombardo** (L.R. n. 23/2015²¹ e Linee guida relative alla Rete integrata di continuità clinico assistenziale -RICCA - Sub allegato delle Linee guida Poas di ATS e ASST)²².

In primo luogo con la sperimentazione nel 2012 del nuovo modello di **ADI**²³, viene riconosciuta la valutazione dei bisogni per l'accesso alle prestazioni domiciliari e la definizione del profilo assistenziale a cui associare il valore economico del voucher. Le ASL adottano il modello e gli strumenti per la valutazione multidimensionale (VMD) che deve articolarsi in due fasi (Triage e VMD di secondo livello)²⁴.

Nei **Piani annuali attuativi del Fondo Nazionale non Autosufficienza (FNA) e relativi programmi operativi regionali**²⁵ che introducono, a partire dal 2013, le **misure per gravi, gravissime disabilità (misura B1: erogazione di buono da parte delle ASL a favore di persone con disabilità gravissime per compensare le prestazioni di care giver o assistente personale; misura B2: erogazione di Buono sociale da parte dei Comuni a favore di persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti per prestazioni di care giver o assistente personale, potenziamento SAD, ecc.)**, viene previsto che la presa in carico della persona e le prestazioni da erogare siano definite dal Piano di assistenza individuale (PAI) **a seguito di VMD integrata ASL/ Comune utilizzando gli strumenti in uso per l'accesso all'ADI**.

Il principio della VMD viene sostenuto anche nell'atto di indirizzo regionale²⁶ che istituisce il

21 Legge regionale n. 23 del 11/8/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".

22 DGR n. X/5513 del 2/8/2016 "Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle agenzie di tutela della salute (ATS), delle aziende socio sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU".

23 Decreto n. 6302 del 6/7/2012 "Determinazione in ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione dl bisogno per l'assistenza domiciliare integrata".

24 Valutazione Triage: primo contatto con il caregiver che si occupa di attivare i servizi, ha l'obiettivo di identificare i bisogni complessi di natura sociosanitaria dai bisogni di natura monoprofessionale; VMD: valutazione di secondo livello, cui si accede a seguito di un esito positivo di valutazione Triage (punteggio > 2) o in caso di dimissione ospedaliera; è gestita da equipe multidisciplinare – Unità di Valutazione Multidisciplinare (medico, infermiere, assistente sociale).

25 DGR n. X/740 del 07/09/2013 "Approvazione programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013 n. 590. Determinazioni conseguenti"; DGR n. X/2665 del 14/11/2014 "Programma operativo regionale in materia di gravissime disabilità in condizione di dipendenza vitale, di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2014. Prime determinazioni"; DGR n. 2883 del 12/12/2014 "Programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienza di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2014. Ulteriori determinazioni"; DGR n. X/4249 del 30/10/2015 "Programma operativo regionale a favore di persone in dipendenza vitale e in condizioni di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non Autosufficienze anno 2015".

26 DGR n. X/116 del 14/05/2013 "Determinazioni in ordine al fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi soggetti fragili: atto d'indirizzo".



Fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili e nei provvedimenti successivi²⁷ che declinano l'insieme delle **misure innovative/nuovi servizi** (Residenzialità minori con grave disabilità; Residenzialità leggera; RSA/RSD aperta; Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico; Comunità minori per vittime di abuso/violenza). In tutti questi atti, che attribuiscono, ad ASL ed Ambiti territoriali, le risorse per la sostenibilità delle misure e forniscono indicazioni circa destinatari, azioni migliorative, ecc., **viene confermata la VMD** quale sintesi del profilo funzionale della persona e della valutazione dei contesti sociali di vita per la definizione del PAI e l'accesso alle misure stesse.

Nei recenti **atti di evoluzione del sistema socio sanitario lombardo**²⁸ si rileva la presenza costante di alcuni concetti chiave (“dalla cura al prendersi cura”, “integrazione socio sanitaria”, “continuità assistenziale”, ecc.) strettamente interconnessi alla “valutazione dei bisogni”, intesa quale attività funzionale alla presa in carico globale della persona fragile.

In particolare la **VMD** viene ampiamente descritta nelle linee guida relative alla Rete integrata di continuità clinico assistenziale (RICCA)²⁹ laddove viene definita come **“momento valutativo che esplora le diverse dimensioni (clinica, funzionale, cognitiva, assistenziale) e la situazione socio-relazionale-ambientale della persona nella sua globalità. Può essere intesa come l'esito dell'analisi di indicatori di fragilità di natura clinica (cronicità), funzionale (disabilità), relazionale e sociale (vulnerabilità) accompagnata da un'analisi dei “sostegni”, risorse individuali, famigliari e sociali.**

In tutti questi provvedimenti si riscontra coerenza di finalità e funzioni della VMD quale strumento di valutazione per l'accesso appropriato alla misura e per l'integrazione fra i soggetti (ASL, Comune; Medico di medicina generale, ecc.), si rilevano, però, alcuni elementi differenti per quanto riguarda **le responsabilità della VMD** conseguenti l'evoluzione del sistema socio sanitario.

A seguito della L.R. n. 23/2015 vengono istituiti i due nuovi soggetti giuridici pubblici: Agenzie Tutela della Salute - ATS - e Agenzie Socio Sanitarie Territoriali - ASST -, con contestuale soppressione di ASL e AO. Le ATS hanno prevalentemente ruolo di governance sul territorio di riferimento, mentre le ASST hanno funzioni erogative mediante il polo

27 DGR n. X/856 del 25/10/2013 “Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR n. X/116/2013: primo provvedimento attuativo; DGR X/2942 del 19/12/2014 “Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative”.

28 LR n. 23 del 11/08/2015 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”.

29 Sub Allegato 1 - Rete integrata di continuità clinico assistenziale (RICCA) - DGR n. X/5513 del 2/8/2016 “Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle agenzie di tutela della salute (ATS), delle aziende socio sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU”.



ospedaliero e quello della rete territoriale, che viene ad assorbire le funzioni distrettuali precedentemente svolte dalle ASL.

Nel periodo precedente le nuove linee introdotte dalla L.R. n. 23 la **VMD è posta in capo alle ASL** che hanno l'onere, sul piano operativo, di rendere effettiva la VMD mediante il coinvolgimento del Medico di medicina generale, dell'Ambito/Comune per gli aspetti sociali e dell'AO per gli aspetti specialistici, e sul piano istituzionale di stabilire, mediante la Cabina di regia, con gli Ambiti territoriali appositi protocolli nei quali siano definiti gli apporti delle professionalità sanitarie e sociali per garantire l'integrazione ed evitare sovrapposizione di intervento.

Secondo **gli ultimi indirizzi regionali delle Linee guida POAS**, all'**ATS** spetta il compito generale di definire, nell'ambito del governo della presa in carico e in accordo con le indicazioni regionali, i criteri e le modalità di attuazione della **VMD che può essere effettuata dai diversi erogatori accreditati**. In quanto erogatore, anche l'**ASST** è tenuta a garantire la VMD e la conseguente presa in carico (tra le funzioni distrettuali svolte precedentemente dalle ex ASL). Più specificatamente nelle linee guida RICCA è ribadito che la VMD e "fisicamente" realizzata dagli erogatori in grado di garantire le competenze necessarie, anche tramite la costituzione di equipe, e in grado di attuare o orientare la conseguente presa in carico, in base a criteri di appropriatezza e vincoli programmatori definiti dalle ATS secondo le indicazioni regionali.

Le ultime indicazioni pongono alcuni interrogativi e incertezze. Se da un lato nelle Linee guida per l'implementazione delle RICCA viene, infatti, dato ampio spazio e quasi enfatizzato il ruolo sia della rete, sia della VMD, dall'altro non risultano, invece, sufficientemente chiare le responsabilità relative la titolarità della VMD ed al governo dei singoli percorsi assistenziali che, rivolti ad utenti fragili con bisogni complessi, richiedono continuità. **Il rischio è che la VMD da processo dinamico** gestito da un preciso soggetto di governo, **si riduca a prestazione**, potenzialmente erogabile da più soggetti con il solo fine di verificare l'accessibilità ad una determinata misura/servizio. Infatti in assenza di precise responsabilità e titolarità della VMD, è possibile che il PAI, redatto in relazione ad una specifica misura, non evolva, in base ai bisogni in successivi passaggi in altri servizi/interventi della rete, come invece indicato nelle Linee guida, ma rimanga indefinito. Oppure, ancora che un nodo della rete, a fronte di un PAI concluso e in presenza di nuovi bisogni, nell'impossibilità di effettuare la VMD per assenze di competenze adeguate, si trovi nell'indeterminatezza di segnalare (a chi?) la necessità di un nuova VMD e/o il passaggio ad un altro nodo della rete.

E' auspicabile che, come indicato nelle Linee guida, l'ATS assuma un effettivo ruolo di governo in ordine ai criteri ed alle modalità di praticabilità della VMD da parte dei soggetti erogatori affinché il rischio di frammentarietà e incertezza dei percorsi valutativi e di presa in carico dei soggetti fragili, nei cui confronti la norma regionale assicura continuità di



interventi, risulti il più possibile limitato.

Parallelamente alle misure per la non autosufficienza/disabilità previste nei Piani operativi del Fondo per la non autosufficienza e del Fondo per la famiglia di cui sopra, in questi ultimi anni le politiche regionali hanno previsto l'introduzione, in maniera alternata, di specifiche misure (**Nasko, Cresco, Sostengo**) destinate a sostenere in maniera settoriale alcuni bisogni legati a: natalità, maternità, genitorialità. Recentemente queste tipologie di misure stanno evolvendo in un più ampio concetto di sostegno al **reddito di autonomia** mediante il **Bonus Famiglia**.

Non interessa in questo contesto approfondire le componenti e gli aspetti di applicazione di tali misure (per cui rimandiamo al documento Quaderni dell'Ordine³⁰ prodotto dal Gruppo di lavoro Consulitori familiari – CROAS Lombardia), ma solo richiamare il fatto che per il loro accesso non viene prevista la valutazione professionale.

Se da un lato tali misure rappresentano concreti aiuti a fronte di necessità economiche, si riscontra la frammentarietà delle misure stesse erogate in determinati periodi temporali in base a requisiti socio-anagrafici-economici (residenza, disagio economico, numerosità di figli, stato di gravidanza, ecc.) senza il supporto di una valutazione dei bisogni nel loro insieme.

Per l'erogazione del Bonus famiglia viene introdotto oltre ai requisiti anagrafici, economici, ecc., anche la condizione di vulnerabilità certificata dal Comune/CAV con apposita scheda predefinita. Tale elemento si configura come una vera e propria certificazione priva però di quegli indicatori opportuni a stabilire un serio processo valutativo all'interno di una relazione di aiuto condivisa; appare, inoltre, discutibile il fatto che la certificazione possa essere redatta in ugual modo sia da un professionista del servizio sociale, sia da un rappresentante del volontariato, pur riconoscendo le peculiari funzioni di quest'ultimo ruolo. Anche il Progetto di presa in carico da parte del consultorio, durante l'erogazione del Bonus Famiglia, appare più un atto formale di controllo; inoltre qualora si verificasse la necessità di una continuità della misura, questa non potrebbe essere concessa oltre ai tempi stabiliti dalla normativa.

Infine, tra le misure previste dal reddito di autonomia, la VMD viene citata nel recente Decreto n. 5672/2016³¹ la cui applicazione risulta però ancora da verificare. Il Decreto prevede, infatti, di promuovere a favore di anziani e disabili (con un determinato ISEE) azioni di presa in carico globale attraverso la valutazione multidimensionale e la predisposizione di un progetto individuale finalizzato a sostenere percorsi di autonomia e migliore qualità della vita.

30 "L'assistente sociale nei consultori familiari lombardi e gli effetti delle trasformazioni in atto", 2016 www.ordineaslombardia.it
31 Decreto n. 5672 dell'11/10/2016 "Misura reddito di autonomia 2016: implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia e sviluppo di autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili".



Nelle ultime fasi di stesura del presente documento verificiamo, nei recenti provvedimenti regionali, alcuni **elementi di interesse relativi alle funzioni valutative, che dovranno essere opportunamente approfonditi.**

Ci riferiamo alla DGR n. X/5940 del 5/12/2016³² che, nel recepire la nuova definizione di disabilità gravissima indicata nel Decreto interministeriale³³, indica la necessità di reimpostare il modello valutativo, fondato, in questi anni, sulle équipes pluriprofessionali ASL (ora ASST) con ripercussioni sia organizzative, sia formative.

Infine le Regole di sistema per il 2017³⁴ nel prevedere una possibile revisione delle misure innovative in relazione ad un loro utilizzo più performante rispetto agli obiettivi di “presa in cura” della L.R. n. 23/15, sottolineano l’opportunità di confronti tra gli attori coinvolti a livello sia di governance, sia di attivazione delle misure, per la condivisione delle possibili soluzioni alle criticità emerse e per assicurare una maggiore omogeneità delle prassi valutative. Al riguardo viene rimandato alle ATS il compito di sostenere i necessari raccordi con le équipes valutative, a salvaguardia e a presidio delle funzioni proprie di rilevazione dei bisogni della popolazione residente, di programmazione e corretto utilizzo delle risorse economiche in funzione dell’appropriatezza dei servizi resi.

32 DGR n. X/5940 del 5/12/2016 “Programma operativo regionale a favore di persone con gravissime disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2016”

33 Decreto interministeriale Fondo non autosufficienza 2016 del 3/11/2016.

34 DGR n. X/5954 del 5/12/2016 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2017”.



In tutte le definizioni normative relative alla VMD si ritrovano indicate le **componenti** afferenti **la dimensione sociale della persona umana**. Nelle definizioni più sintetiche la dimensione sociale viene circoscritta alla “condizione familiare, abitativa e ambientale”.

Più articolata e completa è la definizione contenuta nella DGR n. X/856/2013³⁵ che recita “La condizione di **fragilità**, per essere compresa nella sua interezza, deve essere valutata anche nella **dimensione sociale**, perché il benessere della persona passa anche attraverso le relazioni familiari e sociali, la capacità organizzativa e di copertura della rete sociale che permettono, da una parte, la soddisfazione di bisogni pratici e dall'altra rispondono a necessità di sostegno affettivo e di sicurezza. La fragilità va letta in relazione sia alla persona da assistere, sia alle capacità e alle risorse fisiche ed emotive della famiglia impegnata nell'opera di assistenza”.

Circa la **finalità della valutazione sociale** a questa, in linea di massima, è attribuita la **verifica di alcuni aspetti della persona e del suo contesto di vita**: le condizioni abitative, familiari e relazionali, la presenza di supporti (familiari, solidali, di privati e/o di servizi) già attivi o attivabili, le risorse personali intese anche come autonomia della condizione economica e presenza di eventuali provvidenze derivanti dallo stato di invalidità.

Occorre sottolineare che peculiare della valutazione della dimensione sociale è la **considerazione dei bisogni della persona nel loro insieme e nella interrelazione** con l'ambiente di vita. La metodologia del servizio sociale è proprio quella di comprendere le necessità della persona in senso globale: non solo i bisogni manifesti ed oggettivi derivanti ad esempio da condizioni cliniche e compromissione dell'autonomia fisica e/o evidenti carenze di supporti, ma anche quelli più profondi relativi alla sfera emotiva/relazionale ed alle aspettative della persona fragile e del suo contesto di riferimento.

La valutazione della dimensione sociale richiede quindi attenzione non solo ai bisogni formalmente espressi mediante la richiesta di accesso ad una misura o a quelli rilevati da precisi scale/indicatori del livello di autosufficienza, ma anche a quelli eventualmente sommersi per quanto riguarda la persona ed i soggetti (familiari e non) coinvolti al fine di comprendere quanto sia opportuno sostenere le risorse già presenti o fronteggiare eventuali vuoti assistenziali. Tutto ciò in relazione anche all'organizzazione in cui è inserito il professionista che deve tenere conto di: risorse attivabili, tempi, procedure, ecc..

Le metodologie valutative tendono alla raccolta e analisi di dati oggettivi, ma nella valutazione della dimensione sociale è importante tenere conto anche dei giudizi soggettivi delle persone, del loro punto di vista e grado di consapevolezza al fine di promuovere ipotesi e percorsi assistenziali condivisi e sostenibili. Sicuramente la rilevazione di tali elementi,

35 DGR n. X/856 del 25/10/2013 “Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR X/116/2013: primo provvedimento attuativo”.



che necessita di tempo e attenzione, può risultare più difficile e meno oggettivabile, ma il loro approfondimento è fondamentale per l'efficacia del piano di intervento che si andrà a definire. Potrebbe infatti verificarsi che la misura richiesta non sia del tutto rispondente ai bisogni rilevati oppure concretamente non attivabile, pertanto la funzione valutativa della dimensione sociale può contribuire ad identificare, orientare, accompagnare verso diverse altre forme di intervento. Inoltre risulta fondamentale monitorare nel tempo la situazione e gli interventi attivati per adeguarli all'evoluzione dei bisogni che si presentano sempre in maniera dinamica.

La valutazione della dimensione sociale è la componente che, all'interno della VMD, maggiormente considera i bisogni nel loro insieme, le potenzialità dei soggetti coinvolti e favorisce integrazione delle risorse presenti o attivabili. Ed è proprio dall'equilibrio dell'insieme che può scaturire appropriatezza di risposta ai bisogni.

Come riconosciuto anche nella letteratura didattica-metodologica, l'ottica dell'assistente sociale ha **carattere pluridimensionale** in ragione dell'attenzione che l'operatore pone in fase sia di valutazione, sia d'intervento, a tre ambiti specifici: dell'utente, della comunità e dell'organizzazione³⁶.

Pur essendo ampiamente condivisi, dai partecipanti i Laboratori, i principi metodologici professionali, le rilevazioni condotte circa gli strumenti e le modalità di valutazione della dimensione sociale all'interno della VMD (vedi All. n. 2), hanno evidenziato alcuni limiti e difficoltà nell'esercizio della funzione valutativa.

E' parso quindi opportuno:

- ricostruire un quadro sintetico degli strumenti utilizzati e delle loro finalità;
- approfondire gli aspetti deontologici più rilevanti che dovrebbero orientare il processo valutativo della dimensione sociale in relazione alle criticità incontrate anche al fine di ipotizzare proposte ed azioni migliorative.

³⁶ "L'ottica pluridimensionale è definita anche trifocale in quanto il lavoro dell'assistente sociale è orientato a ricomporre le interdipendenze tra utente/bisogni - struttura assistenziale/organizzazione - comunità" in "Nuovo Dizionario di Servizio sociale" diretto da Anna Maria Campanini - ed. Carocci 2013 pag. 398.



3.1. Strumenti della VMD e della valutazione della dimensione sociale

Nel corso dei Laboratori sono state analizzate le schede/scale di valutazione conosciute ed utilizzate per la VMD, contenenti sezioni e/o indicatori finalizzati alla valutazione della dimensione sociale.

Di seguito è riportato un quadro riepilogativo degli strumenti di valutazione previsti da Regione Lombardia per l'accesso alle misure ed utilizzati nei nostri servizi. In particolare sono indicate, con le relative osservazioni, le scale o parti/sezioni di esse utilizzate dagli assistenti sociali.

Schede/scale di valutazione previste da Regione Lombardia ed utilizzate nei servizi di riferimento dei partecipanti i Laboratori

Scheda/scale (norma che la prevede)	Utilizzata per	Scala o sezione utilizzata da AS	Caratteristiche	Note/Osservazioni
Triage (Decreto 6932 del 6/7/2012)	ADI: valutazione di 1° livello monoprofessionale	No	Scheda "filtro" che permette una lettura immediata, a grandi linee, dei bisogni sanitari e sociali (con punteggio > 2 si attiva la valutazione di 2° livello)	Dovrebbe essere somministrata in prima istanza (a seguito della richiesta di ADI) in quanto il risultato determina la necessità o meno della VMD, ma non sempre viene applicata in questa fase
FIM (Functional Independence Measure) Scheda di valutazione sociale della Società della salute di Firenze (Decreto 6932 del 6/7/2012 - fase sperimentale 2013)	ADI: valutazione di 2° livello multidisciplin	Si "Scheda di valutazione sociale" della società della Salute di Firenze	Le due scale consentono la VMD, in particolare: - la FIM è uno strumento diagnostico che misura la disabilità - la "Scheda di valutazione sociale" rileva gli aspetti sociali	La "Scheda di valutazione sociale" permette una rilevazione puntuale e completa dei dati sociali relativi ai vari aspetti della vita dell'assistito; il suo utilizzo è stato limitato al periodo sperimentale dell'ADI (anno 2013)
Vaor_InterRAI HomeCare - ADI a regime dal 2014 (DGR 1185 del 20/12/2013) - Misura B1 (Circolare 1 del 15/1/2014)	- ADI: valutazione di 2° livello multidisciplinare (sostituisce FIM e Scheda di valutazione sociale) - Gravissima disabilità Misura B1 (SLA, SV e altre patologie)	Si Sezioni della Vaor: F - O - P - Q (benessere psicosociale, responsabilità legale, relazioni sociali e informali, valutazione ambiente)	La Vaor è un unico strumento che include in maniera completa la rilevazione degli aspetti clinici, cognitivi, funzionali, relazionali e sociali	La struttura della scheda permette una raccolta schematica dei dati sociali e non consente l'inserimento di eventuali note/osservazioni. Per una adeguata somministrazione necessarie tempistiche più lunghe e non, come di norma, una sola visita domiciliare



Scheda/scala (norma che la prevede)	Utilizzata per	Scala o sezione utilizzata da AS	Caratteristiche	Note/Osservazioni
- Scala Glasgow - Scheda di rilevazione compromissioni dei domini richiesti (motricità/ stato di coscienza; respirazione/ nutrizione) (Circolare 1 del 15/1/2014)	Gravissima disabilità Misura B1 (SLA, SV e altre patologie)	No	Si tratta di scale/ schede che rilevano gli aspetti i clinici - sanitari e le compromissioni funzionali	In assenza di strumenti per la rilevazione degli elementi sociali, viene utilizzata la "Scheda sociale" (1) predisposta dal Tavolo tecnico ex ASL - Piani di Zona
Relative Stress Scale (Circolare 1 del 15/1/2014)	RSA Aperta	Si	Permette di definire l'intensità dello stress del care giver (con punteggio > 31 si accede alla misura)	La struttura della scala prevede domande predeterminate che spesso non vengono comprese e condivise dal care giver (il più delle volte persona anziana). Non si rilevano indicatori di interesse per la valutazione dell'accesso alla misura.
Scheda di orientamento (Circolare 1 del 15/1/2014)	Residenzialità Leggera	Si: due item della Scheda di orientamento	Si tratta della scheda Triage: la presenza/ assenza di alcuni indicatori segnala l'adeguatezza/ esclusione alla misura	Molto ridotta la parte sociale, rispetto al tipo di indagine richiesta. Non permette una raccolta dei dati sociali significativi per il tipo di misura
ADL - Activities of Daily Living (DGR 2883 del 14/11/2014)	Interventi a favore delle persone con disabilità grave ed anziani non autosufficienti erogati dai Comuni - Misura B2	Si	Scala che permette di misurare l'indice di dipendenza dell'assistito nelle principali funzioni di base delle attività quotidiane	Non prende in considerazione la sfera relazionale e sociale. Ad integrazione viene utilizzata la "Scheda sociale predisposta dal Tavolo tecnico ex ASL-Piani di Zona (1) per la raccolta dati sociali
IADL - Instrumental Activities of Daily Living (DGR 2883 del 14/11/2014)	Interventi a favore delle persone con disabilità grave ed anziani non autosufficienti erogati dai Comuni - Misura B2	Si	Scala che permette una valutazione delle abilità residue dell'assistito nelle attività strumentali quotidiane più complesse	Non prende in considerazione la sfera relazionale e sociale. Ad integrazione viene utilizzata la "Scheda sociale predisposta dal Tavolo tecnico ex ASL-Piani di Zona (1) per la raccolta dati sociali

(1) Ad integrazione di quanto indicato dal livello regionale, abbiamo verificato che per l'accesso alle misure B1 e B2 nei servizi di riferimento dei partecipanti i Laboratori, in assenza di uno specifico strumento per la rilevazione degli aspetti sociali, è stata predisposta dal Tavolo tecnico istituito tra ex ASL e Piani di Zona con finalità di formazione delle equipe multidimensionali, una apposita Scheda sociale. Non si tratta di una scala di valutazione con indicatori ed indici, ma di uno strumento che consente una raccolta completa degli elementi sociali (ambiente di vita, di relazione della persona, supporti della rete, servizi già attivi, ecc.) e del piano di assistenza individuato.



Scheda/scala (norma che la prevede)	Utilizzata per	Scala o sezione utilizzata da AS	Caratteristiche	Note/Osservazioni
Scheda sociale predisposta da Tavolo tecnico ex ASL-Piani di Zona	Gravissima disabilità Misura B1 (SLA, SV e altre patologie) Interventi a favore delle persone con disabilità grave ed anziani non autosufficienti erogati dai Comuni - Misura B2	Sì	Permette una raccolta completa di informazioni sociali relative alla condizione del paziente ed ai servizi attivi.	In fase di miglioramento e sperimentazione

Nel corso del Laboratorio sono pure state visionate alcune scale impiegate in altri contesti regionali quale ad esempio la “S.Va.M.A.” - Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell’Adulto e dell’Anziano- che contiene sezioni dedicate alla valutazione della dimensione sociale con indicatori misurabili.

Per un approfondimento in merito si rimanda alla lettura del Documento di Raccomandazioni Commissioni Assistenti Sociali Società Italiana Cure Palliative “L’apporto dell’Assistente Sociale nella valutazione multidisciplinare in cure palliative” pubblicato nel 2016 (www.sicp.it). In tale Documento è infatti presentata un’analisi completa con i testi delle principali scale riconosciute, a livello internazionale e nazionale, utilizzate nella valutazione multidimensionale ed in specifico nell’ambito della cure palliative, dove l’apporto professionale dell’assistente sociale per la valutazione dei bisogni risulta significativo.



I contributi teorici sugli approcci ed i metodi di valutazione nel lavoro sociale convergono, come visto, nell'individuare nella valutazione l'atto che accompagna tutto il processo metodologico dell'assistente sociale.

In senso generale, la teoria e la metodologia devono trovare sempre sintonia nella pratica che per gli assistenti sociali deve essere a sua volta coerente con i principi e i doveri del Codice deontologico.

In questa sezione del documento abbiamo cercato di identificare quali sono gli aspetti deontologici che più direttamente guidano il processo valutativo professionale e come si coniugano con la metodologia e le prassi operative sperimentate dai componenti dei Laboratori.

Gli aspetti deontologici più rilevanti messi in luce dal lavoro dei Laboratori risultano principalmente correlati a questi fattori: **tempo, ambiente e strumenti**, che andiamo qui di seguito ad illustrare.

Per ogni argomento trattato viene graficamente riportato l'articolo del Codice deontologico degli Assistenti sociali approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 17 luglio 2009 a cui ci si è ispirati per l'approfondimento deontologico.

Il tempo

La valutazione così come descritta nei paragrafi precedenti è una fase del processo di aiuto ed è finalizzata a fornire aiuto professionale all'interno di un rapporto fiduciario.

Titolo II PRINCIPI

9. "Nell'esercizio delle sue funzioni l'assistente sociale non esprime giudizi di valore sulle persone in base ai loro comportamenti". Gli assistenti sociali valutano le situazioni e formulano proposte competenti, attraverso un rapporto fiduciario con l'utente/cliente finalizzato a offrire aiuto professionale.

La valutazione, quindi, richiede un tempo per

- stabilire una relazione con le persone
- raccogliere le informazioni significative
- formulare ipotesi

precondizioni, queste, necessarie per poi poter individuare proposte competenti, efficaci ed appropriate.



La valutazione richiede anche un tempo in cui il professionista fornisce delle informazioni; l'assistente sociale ha il dovere di dare ai cittadini/utenti la più ampia informazione sui loro diritti, sulle conseguenze e possibili esiti del programmi attivati e sulle risorse dell'intervento professionale.

Titolo III RESPONSABILITÀ DELL'ASSISTENTE SOCIALE NEI CONFRONTI DELLA PERSONA UTENTE E CLIENTE - Capo I Diritti degli utenti e dei clienti

12. Nella relazione di aiuto l'assistente sociale ha il dovere di dare, tenendo conto delle caratteristiche culturali e delle capacità di discernimento degli interessati, la più ampia informazione sui loro diritti, sui vantaggi, svantaggi, impegni, risorse, programmi e strumenti dell'intervento professionale, per il quale deve ricevere esplicito consenso, salvo disposizioni legislative e amministrative.

Inoltre il tempo è senz'altro un elemento cruciale nell'attivazione dei servizi a sostegno delle persone fragili: l'agire professionale richiede quindi anche nell'azione valutativa, il rispetto del "tempo" del bisogno espresso dalla persona e dai suoi familiari, dei tempi dell'organizzazione per cui lavora l'assistente sociale e del tempo necessario per agire in modo competente e professionale.

In quest'ottica trifocale il tempo diventa rilevante anche per l'attuazione degli interventi individuati con la valutazione; i tempi della persona e dei suoi bisogni, la durata del piano d'intervento stabilita ex legis e i tempi del progetto individuato per assicurare una continuità assistenziale devono per quanto possibile armonizzarsi.

Il tempo, infine, è necessario per rivalutare le situazioni, per monitorarle e, quando necessario, ridefinirle e riorientarle in quanto il sistema d'interventi deve essere flessibile, assicurare la presa in carico in modo appropriato evitando sovrapposizioni e consentire l'accesso ai servizi a nuove situazioni bisognose.

Titolo IV RESPONSABILITÀ DELL'ASSISTENTE SOCIALE NEI CONFRONTI DELLA SOCIETÀ - Capo I Partecipazione e promozione del benessere sociale

39. L'assistente sociale deve contribuire ad una corretta e diffusa informazione sui servizi e le prestazioni per favorire l'accesso e l'uso responsabile delle risorse, a vantaggio di tutte le persone, contribuendo altresì alla promozione delle pari opportunità.

L'approfondimento condotto all'interno dei Laboratori ha evidenziato che:



- i tempi stabiliti dalla normativa regionale per l'attivazione dei "servizi" e delle "misure" in molti casi non sono compatibili con un agire professionale nei termini sopradescritti; infatti, dalla rilevazione condotta relativa ai tempi dedicati alla funzione valutativa nell'iter di attivazione delle misure prese in esame, è emerso che il tempo impiegato va da un minimo di 15 minuti a un massimo 40/60 minuti e si esplica, di massima, in un unico incontro con l'utente/famiglia;
- la valutazione multidimensionale e multiprofessionale è per la maggior parte dei casi svolta contemporaneamente e contestualmente da tutta l'equipe creando una situazione in cui i tempi di ciascuno operatore per lo più non si armonizzano;
- molte delle misure e degli interventi previsti dagli atti regionali sono finanziate con un budget predefinito e in alcuni casi per periodi predefiniti non sempre rispondenti ai tempi necessari per la realizzazione dei progetti individualizzati e per assicurare la continuità assistenziale.

L'assistente sociale è posto, quindi, nella situazione di dover decidere quale area dell'agire professionale privilegiare nel tempo "assegnato" e quindi a svolgere parzialmente sia la funzione valutativa che il processo di aiuto, in chiaro contrasto con un corretto agire professionale. I tempi di contatto come quelli sopradescritti, infatti, non facilitano i presupposti per l'instaurarsi di una relazione di aiuto e quindi per la rivalutazione/monitoraggio periodico della misura/ intervento attivato.

Inoltre, se l'accesso ai servizi conseguente alla valutazione è condizionato da fattori quali la disponibilità del budget, i tempi fissati da una normativa e l'attesa del rinnovo/proroga degli interventi, quando sperimentali, ecco che diventa difficile assicurare l'accesso a tutte le persone che ne hanno bisogno garantendo pari opportunità e stabilire con l'utente un rapporto fiduciario.

Titolo VI RESPONSABILITÀ DELL'ASSISTENTE SOCIALE NEI CONFRONTI DELL'ORGANIZZAZIONE DI LAVORO

47. L'assistente sociale deve adoperarsi affinché le sue prestazioni professionali si compiano nei termini di tempo adeguati a realizzare interventi qualificati ed efficaci, in un ambiente idoneo a tutelare la riservatezza dell'utente e del cliente.



L'ambiente

La valutazione, in ambito professionale, è un'attività consapevole attuata con metodo, fortemente condizionata dall'ambiente in cui avviene la relazione; per questo assume rilevanza dove e con chi l'assistente sociale incontra la persona e/o la famiglia.

La valutazione sociale all'interno della valutazione multidimensionale deve essere svolta, sin dalla raccolta dell'anamnesi sociale, dall'assistente sociale in quanto professionista titolato a svolgerla. Pertanto all'interno di una valutazione multiprofessionale risulta necessario definire le funzioni specifiche di ciascun operatore.

Inoltre l'assistente sociale è chiamato a garantire all'utente un ambiente idoneo a tutelare la riservatezza e la privacy in relazione alla presenza di altre persone siano esse familiari o operatori.

Titolo VI RESPONSABILITÀ DELL'ASSISTENTE SOCIALE NEI CONFRONTI

DELL'ORGANIZZAZIONE DI LAVORO 47. L'assistente sociale deve adoperarsi affinché le sue prestazioni professionali si compiano nei termini di tempo adeguati a realizzare interventi qualificati ed efficaci, in un ambiente idoneo a tutelare la riservatezza dell'utente e del cliente.

Inoltre nel contesto in cui avviene l'incontro devono essere chiari i ruoli e i compiti dei diversi componenti dell'equipe.

La visita domiciliare, il colloquio condotto con altri operatori sono scelte metodologiche del professionista o dell'equipe, ovvero azioni stabilite da protocolli operativi condivisi da chi è chiamato ad attuarli, ma non trovano ragion d'essere disposte a priori così come riscontrato in alcune delle normative esaminate e richiamate in questo documento.

Titolo III RESPONSABILITÀ DELL'ASSISTENTE SOCIALE NEI CONFRONTI DELLA PERSONA UTENTE E CLIENTE - Capo III Riservatezza e segreto professionale

30. L'assistente sociale nel rapporto con enti, colleghi ed altri professionisti fornisce unicamente dati e informazioni strettamente attinenti e indispensabili alla definizione dell'intervento.

L'approfondimento condotto all'interno dei laboratori ha evidenziato che:

- la VMD avviene per la maggior parte delle misure al domicilio della persona, alla presenza di familiari, spesso di badanti, e dell'equipe che può avere diversa composizione;



- la valutazione al domicilio viene attuata con una visita del paziente e la contemporanea compilazione di schede valutative / informative oltre che di altri documenti necessari all'iter amministrativo; si determina così un'eccessiva burocratizzazione dell'intervento a scapito dello spazio all'ascolto;
- l'accesso al domicilio dell'utente da parte di due o più operatori che contemporaneamente visitano il paziente, compilano la documentazione, intervistano e dialogano con il familiare può risultare piuttosto impegnativa per l'interessato e la sua famiglia;
- la dimensione sociale, in molti casi, non viene rilevata ed esaminata dall'assistente sociale, bensì da altri operatori (infermieri, fisioterapisti).

L'assistente sociale si trova spesso, quindi, a dover stabilire il primo contatto della relazione d'aiuto in un ambiente non del tutto adeguato, nel quale la privacy necessaria per esplorare alcune aree della vita della persona non è assicurata.

Inoltre un'errata applicazione del lavoro d'equipe crea situazioni confuse e confusive in cui gli operatori sono interscambiabili e dove si insinua la logica dell'operatore unico competente in tutto a scapito della specificità di ciascuna professione.

Titolo V RESPONSABILITA' DELL'ASSISTENTE SOCIALE NEI CONFORNTI DI COLLEGHI ED ALTRI PROFESSIONISTI - Capo I Rapporti con i colleghi ed altri professionisti

42. L'assistente sociale che, a qualsiasi titolo, stabilisca un rapporto di lavoro con colleghi ed organizzazioni pubbliche o private, si adopera affinché vengano rispettate le norme etico-deontologiche che ispirano la professione; fornisce informazioni sulle specifiche competenze e sulla metodologia applicata per salvaguardare il proprio ed altrui ambito di competenza e di intervento.

Gli strumenti di valutazione

Gli studi per l'elaborazione di strumenti per la valutazione del bisogno sociale sono limitati, benchè la ricerca effettuata nel corso dei Laboratori e il documento di raccomandazioni Commissione assistenti sociali – Società Italiana Cure palliative pubblicato nel 2016 presentino un certo numero di Scale comprendenti aspetti sul benessere psicosociale, la protezione giuridica, le relazioni sociali e il supporto informale e la situazione economica. L'adozione di strumenti che rappresentino i criteri rispetto ai quali valutare la situazione



sociale è stato negli anni ed è ancora per certi aspetti un tema molto dibattuto nella professione, che ora appare avviata a ricercare ed a sperimentare strumenti che possano misurare la fragilità e vulnerabilità sociale consentendo la confrontabilità, la trasparenza ed evitando l'autoreferenzialità.

Inoltre l'adozione di strumenti valutativi validati rafforza la metodologia di lavoro, sostiene l'azione valutativa e oggettiva l'esito della stessa contribuendo a rispondere al principio di appropriatezza e corretta distribuzione delle risorse.

Siamo di fronte ad una situazione in cui l'utilizzo di strumenti professionali per la valutazione dei bisogni sociali e delle risorse dei sistemi familiari è ancora frammentato, opzionale e disomogeneo, sia a livello nazionale e regionale, sia a livello dei singoli territori. L'approfondimento condotto all'interno dei laboratori ha evidenziato che:

- le delibere regionali prevedono la valutazione per accedere alla misure/ interventi con l'utilizzo di precise scale o schede di rilevazione in modo disomogeneo (per alcune misure le DGR individuano le scale di valutazione da applicare, anche difformi l'una dall'altra – per altre gli strumenti di valutazione non sono predeterminati e sono lasciati alla scelta del singolo ente);
- le scale indicate da Regione Lombardia comprendono alcuni aspetti riconducibili alla dimensione sociale, ma non appaiono esaustive ai fini di una compiuta valutazione;
- nei servizi vengono utilizzati strumenti di rilevazione diversi anche elaborati dal singolo professionista;
- la valutazione della dimensione sanitaria ha un peso preponderante nella definizione dei programmi d'intervento;
- è percepita la necessità di dotarsi per la valutazione di accesso alle misure e agli interventi sociosanitari di strumenti validati e riconosciuti dal legislatore regionale per rendere oggettivabili le scelte progettuali e d'intervento proposte.

Titolo II PRINCIPI

10. L'esercizio della professione si basa su fondamenti etici e scientifici, sull'autonomia tecnico-professionale, sull'indipendenza di giudizio e sulla scienza e coscienza dell'assistente sociale. L'assistente sociale ha il dovere di difendere la propria autonomia da pressioni e condizionamenti, qualora la situazione la mettesse a rischio.



4.1. Alcune proposte sul piano deontologico

Risulta evidente dalla lettura delle pagine precedenti come una corretta azione valutativa richieda un'impostazione metodologica e deontologica forte, ancor più se il contesto normativo e istituzionale nel quale il professionista è chiamato a svolgerla non segue paradigmi tipici del servizio sociale.

Infatti il lavoro di documentazione e analisi delle delibere regionali ha messo in luce un sistema d'interventi sociosanitari ancora molto influenzato dalla logica prestazionale.

La stessa VMD è considerata una prestazione da svolgere in un dato tempo, da un certo numero e tipo di professionisti; è chiaro che se nel riferimento teorico dell'assistente sociale la VMD è un processo, l'integrazione tra queste due visioni incontra diverse punti critici.

A noi professionisti spetta il compito di individuare i modi per promuovere e assicurare un agire professionale con interventi su più livelli coerenti fra loro. Di seguito alcune osservazioni/ proposte.

1. Livello operativo

- E' possibile individuare modalità operative che consentano di perseguire la finalità dell'ente di appartenenza e nello stesso tempo di agire in modo professionale. Questo è possibile se i processi in cui si è inseriti vengono analizzati, scomposti e ricostruiti e proposti in modo nuovo. Ad esempio se è stabilito dall'organizzazione dell'ente che la VMD della richiesta (non a caso si è scritto richiesta e non bisogno) deve svolgersi presso il domicilio dell'utente non è escluso a priori che l'assistente sociale possa svolgere un ulteriore colloquio nel conteso che ritiene più idoneo.
- Il singolo professionista può dotarsi di strumenti di valutazione propri, sperimentando in autonomia schede sociali e scale di valutazione già validate e metterle a disposizione dell'ente.
- E' necessario che le criticità incontrate dall'assistente sociale vengano messe, dal professionista stesso, in relazione agli esiti dell'intervento, ricondotte cioè alla verifica sia dell'efficacia del piano di assistenza per la persona, sia al raggiungimento degli obiettivi dell'ente.

2. Livello istituzionale

- E' auspicabile un raccordo, se non un coordinamento, degli assistenti sociali impegnati nella VMD per l'accesso alle misure regionali finalizzato ad un approfondimento dei contenuti delle stesse, delle modalità attuative e degli strumenti utilizzati/utilizzabili.



- L'attuazione dei contenuti delle normative regionali richiede la predisposizione di procedure e protocolli operativi: è possibile presentare all'ente proposte operative, modalità organizzative e strumenti di valutazione specifici per la dimensione sociale.
- E' possibile ricercare e stabilire con gli altri professionisti impegnati nella VMD momenti condivisi di formazione e confronto.
- E' utile che l'esito dell'analisi delle criticità incontrate e degli aspetti positivi dell'iter attuato per la VMD siano presentate in forma scritta al proprio responsabile/ente.

3. Livello interistituzionale

- Le questioni deontologiche sollevate da impianti normativi possono/ devono essere segnalate, argomentate e approfondite con l'Ordine professionale, soggetto titolato a interloquire a livello istituzionale con gli altri soggetti del sistema.
- E' opportuno che vengano promosse da parte dell'Ordine professionale maggiori forme di collaborazione tra i contesti operativi e gli ambienti formativi in merito al tema della valutazione affinché si sviluppino al riguardo ricerche, sperimentazioni ed evidenze metodologiche/strumentali e la professione risulti supportata e accresciuta dal punto di vista scientifico.

Titolo VII RESPONSABILITÀ DELL'ASSISTENTE SOCIALE NEI CONFRONTI DELLA PROFESSIONE - Capo I Promozione e tutela della professione

53. L'assistente sociale deve adoperarsi nei diversi livelli e nelle diverse forme dell'esercizio professionale per far conoscere e sostenere i valori e i contenuti scientifici e metodologici della professione, nonché i suoi riferimenti etici e deontologici. In relazione alle diverse situazioni, deve impegnarsi nella supervisione didattica e professionale, nella ricerca, nella divulgazione della propria esperienza, anche fornendo elementi per la definizione di evidenze scientifiche.



Quando si è pensato di attivare un Laboratorio sul tema in oggetto, l'idea di fondo era quella di sviluppare un confronto/approfondimento sugli aspetti applicativi e professionali della valutazione sociale nell'ambito della VMD prevista da Regione per l'accesso alle misure a favore della disabilità/non autosufficienza.

Considerate le numerose adesioni al 1[^] Laboratorio, da subito è apparso chiaro il forte interesse dei colleghi (giovani e meno giovani) alla tematica: chi, nei propri contesti di lavoro, era direttamente interessato dalla VMD; chi aveva sperimentato l'approccio della VMD negli anni '90; chi, pur non coinvolto in tale metodologia, si trovava comunque ad esercitare/concorrere a funzioni valutative nel servizio di appartenenza e/o a voler conoscere meglio le fasi di intervento che precedono l'attivazione delle misure regionali.

Dando priorità di partecipazione agli assistenti sociali direttamente interessati alla VMD, è stato organizzato, dopo il 1[^], un 2[^] Laboratorio rivolto a tutti gli altri colleghi e di seguito il 3[^] per la sistematizzazione ed elaborazione della riflessioni e documenti raccolti.

L'analisi della normativa ha mostrato un forte riconoscimento al valore della dimensione sociale della persona e del suo contesto familiare/ambientale quale componente fondamentale per valutazione globale dei bisogni e la definizione degli interventi. Nel contempo però la rilevazione degli strumenti utilizzati ha evidenziato alcuni limiti applicativi della valutazione sociale all'interno della valutazione multidimensionale per diverse ragioni (carenza e debolezza degli strumenti per la valutazione della dimensione sociale rispetto a quelli di natura clinica e funzionale, disomogeneità, tempistiche, rigidità criteri di accesso, ecc.). Inoltre sono emerse le note problematiche presenti nell'operatività dei servizi (bisogni molteplici da fronteggiare, emergenze, rigidità istituzionali, introduzione di nuove misure e rapidi adeguamenti organizzativi, scarsa possibilità di incidere a livello programmatico, ecc.).

Attraverso i Laboratori è stato possibile mettere in luce non solo i punti critici, ma anche i possibili punti di forza della professione che qui sottolineiamo nella capacità di analisi e confronto, nella propensione alla diffusione di conoscenze e contributi, nel ricorso ai principi metodologici e deontologici.

La discussione ha permesso, infatti, di soffermarsi e riflettere, in primo luogo, sugli elementi di **"senso"** della **valutazione professionale** che, se esercitata con continuità e metodo, **può contribuire da un lato al miglioramento della qualità dell'intervento e dall'altro al rafforzamento dell'identità professionale**. Alla luce degli approfondimenti sin qui operati, è possibile considerare che proprio **l'approccio riflessivo e dinamico della valutazione professionale**, può essere di aiuto per affrontare la complessità delle situazioni che si presentano a livello sia dei bisogni, sia delle organizzazioni e lavorare oltre al contingente, con atteggiamento di ricerca e miglioramento continuo.

In particolare **l'approfondimento deontologico** ha permesso di analizzare le **variabili significative della valutazione della dimensione sociale** e le problematiche incontrate nella



prassi rispetto ai principi del Codice deontologico. Tale confronto ha rappresentato un forte richiamo all'agire professionale e lo stimolo ad individuare alcune proposte migliorative.

In questa fase di stesura del documento prendiamo atto di nuovi recenti elementi riguardanti l'utilizzo degli strumenti che con facilità stimoleranno la discussione all'interno della professione. Ci riferiamo alla Cartella Sociale Informatizzata (CSI)³⁷, strumento informativo di cui Regione ne prevede l'applicazione presso gli Ambiti territoriali per documentare, mediante soluzioni omogenee, le fasi del processo socio-assistenziale (accesso e orientamento, valutazione del bisogno, elaborazione del progetto individuale, erogazione del servizio e valutazione finale) ed assolvere i relativi debiti informativi.

Oltre al dibattito che, inevitabilmente, si svilupperà nella comunità professionale per l'introduzione della CSI negli Ambiti territoriali³⁸, sarebbe opportuno avviare un confronto per quanto riguarda gli strumenti per la valutazione della dimensione sociale all'interno della VMD allo scopo di verificare, in primo luogo, se in altri contesti territoriali diversi da quello dove si sono svolti i Laboratori oggetto del presente documento, siano utilizzati, ad integrazione di quanto indicato dal livello regionale, strumenti valutativi specifici della professione.

Pensiamo, infatti, che questo documento rappresenti solo l'inizio di ulteriori occasioni di verifica da svilupparsi nella comunità professionale e che il tema della valutazione della dimensione sociale all'interno della VMD e degli strumenti utilizzabili, possa essere di interesse ad una platea più ampia.

Le ricerche bibliografiche hanno rilevato la presenza di numerosi contributi letterari di servizio sociale in ordine sia ai principi della valutazione nel processo di aiuto in generale, sia agli aspetti/tecniche di valutazione dei servizi, ma scarsi, approfondimenti sul tema da noi trattato. Al riguardo sarebbe, altresì, opportuno che le istituzioni formative e di ricerca potessero sostenere, in futuro, sperimentazioni in tale ambito di intervento.

Infine un riferimento al costante impegno dell'Ordine professionale che, mediante i propri Organismi e la Formazione Continua, facilita partecipazione, conoscenza e discussione all'interno della comunità professionale. Il confronto si rende, oggi, ancor più necessario in considerazione del riassetto organizzativo in corso, conseguente l'evoluzione del sistema socio sanitario regionale che, come abbiamo visto, per quanto riguarda la VMD assegna il ruolo di governance alle ATS e quello attuativo alle equipe multidisciplinari dell'ASST e in prospettiva anche agli erogatori che ne abbiano le competenze. In questo quadro evolutivo è importante che il livello professionale sia in grado di conoscere e comprendere i processi interistituzionali per poter far emergere, nelle sedi opportune, gli aspetti più rilevanti della dimensione sociale che possano favorire appropriatezza di valutazione/ intervento/ risposta ai bisogni rilevati.

37 DGR n. X/5499 del 2.08.2016 "Cartella sociale informatizzata – Approvazione Linee guida e specifiche tecniche".

38 La DGR n. X/5939 del 2.08.2016 "Determinazioni in merito alla ripartizione del Fondo Nazionale per le Politiche sociali – Anno 2016", prevede criteri premiali agli Ambiti territoriali per l'attivazione della CSI.



Testi

- Campanini Anna Maria (a cura di) "Nuovo Dizionario di Servizio sociale" - ed. Carocci 2013;
- De Ambrogio Ugo, Bertotti Teresa, Merlini Francesca "L'assistente sociale e la valutazione. Esperienze e strumenti" - ed. Carocci 2007;
- Filippini S., Merlini F. "Valutazione nel processo di aiuto" in "Dizionario di Servizio Sociale" diretto da Maria Dal Pra Ponticelli - ed. Carocci 2005;
- Milner Judith, O'Byrne Patrick "L'assessment nei servizi sociali. La valutazione iniziale negli interventi di aiuto e controllo" - ed. Erickson 2005;
- Palumbo Mauro "Il processo di valutazione" - ed. F. Angeli 2001.

Materiale didattico, convegnistica

- Allegri Elena "Conoscere e valutare il Servizio sociale" Materiale didattico, Corso FAD "Rischi, responsabilità, e dilemmi nel lavoro dell'assistente sociale, valutazione di efficacia degli interventi del servizio sociale", 2015;
- Bertotti Teresa "La valutazione nel servizio sociale" Materiale didattico, Corso Metodi e tecniche del servizio sociale, Università Milano Bicocca, 28/01/2011;
- Bezzi Claudio "Glossario della ricerca sociale e valutativa, versione 5.1", 2007;
- Gori Cristiano "Il Welfare Lombardo e le misure a sostegno della fragilità" in convegno "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili tra mandato professionale dell'assistente sociale e politiche regionali... quali sintesi possibile?" - Pavia, 10/03/2015;
- Pregno Cristina "Metodi e tecniche di servizio sociale I" - Materiale didattico, Corso di Laurea in Servizio sociale Università di Torino, a.a. 2006-2007;
- Sammarco Giovanna "La valutazione nel processo di aiuto" - Materiale didattico, Corso Metodi e tecniche del servizio sociale III, Sapienza Università di Roma, a.a. 2012-2013.

Articoli/riviste/newsletter

- Ghetti Valentina (a cura di) "Non autosufficienza: come cambiano le misure del FNA 2016" in LombardiaSociale.it del 16/12/2016;
- Giunco Fabrizio (a cura di) "La presa in carico nella X legislatura" in LombardiaSociale.it del 22/04/2016;



- Guidetti Cecilia (a cura di) "In avvio i voucher per interventi psico-socio-educativi con adolescenti: come funzionano? in LombardiaSociale.it del 22/12/2015;
- Marceca Maurizio, Pasquarella Amina - Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio "Valutazione multidimensionale" in CARE n. 4, 2004;
- Merlo Giovanni (a cura di) "La valutazione multidimensionale ... questa (s) sconosciuta?" in LombardiaSociale.it del 15/03/2014;
- Pompei Alessandro, Bezze Maria, Corsi Maurizio e Vecchiato Tiziano "Due nuovi strumenti per la valutazione del bisogno sociale: la scala di responsabilizzazione e il livello di protezione nello spazio di vita" in Politiche e Servizi - Studi Zancan n. 6/2005;
- Tidoli Rosemarie (a cura di) "L'integrazione sociosanitaria e la valutazione multidimensionale del bisogno nelle regole 2014" Un contributo di Gianbattista Guerrini - Fondazione Brescia Solidale, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria - in LombardiaSociale.it del 26/02/2014;
- Tidoli Rosemarie (a cura di) "Una valutazione sulle misure rivolte agli anziani nella X legislatura" Un contributo di Giunco Fabrizio - Fondazione Don Carlo Gnocchi - in LombardiaSociale.it dell'1/11/2014.

Documenti dell'Ordine professionale Assistenti sociali

- "Codice deontologico degli Assistenti sociali" approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 17 luglio 2009;
- "L'apporto dell'Assistente sociale nella valutazione multidisciplinare in cure palliative" Documento di Raccomandazioni della Commissione Assistenti sociali Società Italiana Cure Palliative, 2016;
- "L'Assistente sociale nei consultori familiari lombardi e gli effetti delle trasformazioni in atto" - Quaderni dell'Ordine, Gruppo di lavoro Consultori familiari CROAS Lombardia, 2016.

Normativa nazionale

- DPCM del 14 febbraio 2001 n. 129 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie";
- Risoluzioni approvate il 30 gennaio 1992 dalle commissioni Affari Sociali della Camera e Igiene e Sanità del Senato "Progetto obiettivo nazionale Tutela della salute degli anziani";
- Legge n. 328 dell'8 novembre 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".



Normativa di Regione Lombardia

In materia socio-sanitaria con riferimenti alla valutazione multidimensionale

- DGR n. X/1185 del 20/12/2013 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2014”;
- DGR n. X/2989 del 23/12/2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2015”;
- L.R. n. 23 dell’11/8/2015 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”;
- L.R. n. 15 del 29/6/2016 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”;
- DGR n. X/5113 del 29/04/2016 “Linee guida regionali per l’adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di tutela della salute (ATS), delle Aziende socio sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di Areu”;
- DGR n. X/5513 del 2/8/2016 “Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l’adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle agenzie di tutela della salute (ATS), delle aziende socio sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU”;
- DGR n. X/5954 del 5/12/2016 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2017”.

In tema di misure a sostegno della non autosufficienza/disabilità/fragilità e di valutazione multidimensionale

- DCR n. V/1439 dell’8/3/1995 “Progetto Obiettivo anziani regionale per il triennio 1995/97”;
- DGR n. VI/35213 del 20/3/1998 “Linee di indirizzo per il funzionamento delle UVM nell’area degli anziani anche ai sensi del Progetto obiettivo anziani per il triennio 1995/1997(DCR V/1439)”;
- DGR n. VII/12902 del 9/5/2003 “Modello lombardo del welfare: attivazione del voucher socio-sanitario per l’acquisto di prestazioni domiciliari socio sanitarie integrate”;
- Decreto n. IX/6032 del 6/7/2012 “Determinazioni in ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione del bisogno per l’assistenza domiciliare integrata”;



- DGR n. X/116 del 14/5/2013 “Determinazioni in ordine al fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi soggetti fragili: atto d'indirizzo”;
- DGR n. X/740 del 7/9/2013 “Approvazione programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013 n. 590. Determinazioni conseguenti”;
- DGR n. X/856 del 25/10/2013 “Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo”;
- Circolare n. 1 del 15/1/2014 “Prime indicazioni attuative dgr 1185/2013 con riferimento a dgr 856/2013, dgr 392/2013 e dgr 740/2013”;
- DGR n. X/2655 del 14/11/2014 “Programma operativo regionale in materia di gravissime disabilità in condizione di dipendenza vitale, di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2014. Prime determinazioni”;
- DGR n. X/2883 del 12/12/2014 “Programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienza di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2014. Ulteriori determinazioni”;
- DGR n. X/2942 del 19/12/2014 “Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative”;
- DGR n. X/4249 del 30/10/2015 “Programma operativo regionale a favore di persone in dipendenza vitale e in condizioni di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non Autosufficienze anno 2015”;
- DGR n. X/5940 del 5/12/2016 “Programma operativo regionale a favore di persone in dipendenza vitale e in condizioni di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non Autosufficienze anno 2016”.

In tema di misure a sostegno della maternità, natalità, genitorialità e reddito di autonomia

- DGR n. IX/4226 del 25/10/2012 “Determinazioni in ordine alla ridefinizione per l'anno 2013 della sperimentazione di interventi a tutela della maternità e a favore della natalità”;
- DGR n. X/1005 del 29/11/2013 “Determinazioni in ordine agli interventi a tutela della maternità, a favore della natalità e per una corretta alimentazione”;
- DGR n. X/2595 del 31/10/2014 “Nuova disciplina delle misure Nasko e Cresco conseguente ai risultati della sperimentazione”;
- DGR n. X/3045 del 23/01/2015 “Determinazioni in ordine alla prima attuazione della dgr 2595 relativa alla nuova disciplina delle misure a sostegno della natalità e maternità”;



- L.R. n. 18 del 24/06/2014 “Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizioni di disagio, in particolare con figli minori”;
- DGR n. X/2513 del 17/10/2014 “Prima attuazione della LR 24 giugno 2014, n. 18 Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizioni di disagio, in particolare con figli minori. Determinazioni”;
- DGR n. X/4152 dell’8/10/2015 “Reddito di autonomia: determinazioni in merito a misure a sostegno della famiglia per favorire il benessere e l’inclusione sociale”;
- DGR n. X/4155 dell’8/10/2015 “Preso d’atto della comunicazione del Presidente Maroni di concerto con gli Assessori Aprea, Garavaglia e Sala avente oggetto: Avvio della sperimentazione del Reddito di Autonomia in Lombardia – Linee di intervento”;
- Decreto n. 8913 del 27/10/2015 “Determinazioni per l’attuazione della D.G.R. n. 4152/2015 in relazione al Bonus Bebè per sostenere la famiglia nel percorso di crescita del bambino”;
- DGR n. X/5060 del 18/4/2016 “Reddito di Autonomia 2016: evoluzione del programma e misure innovative”;
- DGR n. X/5095 del 29/04/2016 “Determinazioni conseguenti all’adozione della DGR X/5060/2016: approvazione della misura “Bonus Famiglia” del reddito di autonomia”;
- Decreto n. 4760 del 26/05/2016 “Determinazioni per l’attuazione delle DGR X/5060/2016 e X/5095/2016 relative alla misure “BONUS FAMIGLIA” del reddito di autonomia”;
- Decreto n. 5672 dell’11/10/2016 “Misura reddito di autonomia 2016: implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell’autonomia e sviluppo di autonomia finalizzata all’inclusione sociale delle persone disabili”.



1^ edizione: “La dimensione sociale nella valutazione multidimensionale per gli accessi ai servizi e misure a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili”

Agostino Erika, Bellagente Maddalena, Carioni Adriana, Chicconi Vanda,
D'Aleo Barbara, Fazzina Angela, Fuschi Francesca, Lucchini Simona, Mauri Elisabetta,
Menza Daniela, Nardulli Caterina, Pozzi Cristina, Premaschi Ester, Pulvirenti Federica
Rossi Daniela, Savino Maria Giovanna, Silvani Mirella, Simonetti Cinzia, Sisti Paola
Zambianchi Maria Luisa.

2^ edizione “La dimensione sociale nella valutazione multidimensionale nei servizi sociali, sociosanitari e sanitari”

Albrighoni Antonella, Angoli Teresa, Antonazzo Arianna, Bartocci Chiara,
Bellagente Maddalena, Bellè Elena, De Nisco Tatiana, Di Camillo Lucia, Dondè Daniela,
Edera Lorenzo, Falcone Laura, Gadia Federica, Giudice Veronica, Guarneri Graziella,
Locati Tiziana, Malinverno Maria Luisa, Oriti Claudia, Ostè Elisa, Paletti Antonella
Pazzi Annagloria, Reto Maria Domenica, Righetto Elsa, Rodionova Galina, Romeo Elvira,
Russo Luisa, Signaroldi Patrizia, Silvani Mirella, Squillace Maria Grazia, Stivala Antonia,
Trenzoli Maria Antonietta, Ugazio Alessio, Vita Tiziana, Zolla Alessandro.



La valutazione multidimensionale (VMD) nella normativa di Regione Lombardia

AREA: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con voucher socio sanitario

Atto	N°	Data atto	Titolo atto	Allegati	Principali contenuti/Misure previste	Indicazioni su Valutazione Multidimensionale	Indicazioni su Strumenti di valutazione	Indicazioni su Progetto individuale di assistenza
DGR	12902	09/05/2003	Modello lombardo del welfare: attivazione del voucher socio-sanitario per l'acquisto di prestazioni domiciliari socio sanitarie integrate	<p>All. A Estensione del voucher socio-sanitario sul territorio lombardo</p> <p>All. B Requisiti del patto di accreditamento</p> <p>All. C Questionario di gradimento</p>	<p>Stabilisce entro 30/6/2003:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attivazione voucher per acquisto di prestazioni domiciliari socio sanitarie; - graduale trasferimento ai soggetti pubblici e privati del ruolo di erogatori ADI, già svolto da ASL; - requisiti di accreditamento (Patto di accreditamento Erogatori/ASL) 	Non prevista	Viene rinviata a successivo provvedimento la definizione della scheda di valutazione del bisogno dell'utente, quale modalità di flusso informativo obbligatorio da parte dei soggetti erogatori ai fini della sottoscrizione del Patto di accreditamento con le ASL	Il sogetto accreditato , all'atto della presa in carico dell'assistito, s'impegna a definire con lui e la sua famiglia, un programma personalizzato di assistenza individuando le prestazioni socio-sanitarie da svolgere a domicilio mediante operatori dotati di competenza tecnico-professionale. Il soggetto accreditato è responsabile della qualità delle prestazioni e della relazione di aiuto poste in essere dai propri operatori.
Decreto	6032	06/07/2012	Determinazioni in ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione del bisogno per l'assistenza domiciliare integrata	<p>All. 1 Indirizzi sperimentali per l'organizzazione ed il funzionamento dell'ADI</p> <p>All. 2 Strumenti per la VMD del bisogno</p> <p>All. 3 Format voucher l'ADI</p>	<p>Stabilisce la sperimentazione in tutte le ASL del nuovo modello di ADI.</p> <p>Viene prevista la valutazione dei bisogni per l'accesso all'ADI e la definizione del profilo assistenziale a cui viene associato il valore economico del voucher (titolo spendibile per acquisto prestazioni)</p>	<p>Le ASL adottano il modello e gli strumenti per la valutazione multidimensionale (VMD) secondo quanto indicato nell'Allegato 1.</p> <p>La valutazione prevede due fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione (v.) Triage: primo contatto con il caregiver che si occupa di attivare i servizi, ha l'obiettivo di identificare i bisogni complessi di natura sociosanitaria dai bisogni di natura monoprofessionale. 2. VMD di secondo livello, cui si accede a seguito di v. Triage (punteggio ≥ 2) o in caso di dimissione ospedaliera; esamina bisogni sociosanitari (v. funzionale) e sociali (v. sociale); è gestita da equipe multidisciplinare - Unità di Valutazione Multidisciplinare (medico, infermiere, assistente sociale). Si articola in: a) v. funzionale applicata a 8 domini riconosciuti come essenziali, svincolati dalla patologia causante e b) v. sociale che considera gli aspetti sociali: rete assistenziale (familiare e non), adeguatezza della condizione abitativa e dell'ambiente di vita. 	<p>La scala di valutazione Triage, somministrata da personale formato, separa il bisogno semplice (prestazionale sanitario o sociale) dal bisogno complesso (servizi socio sanitari). Con punteggio ≥ 2 è necessaria la valutazione di secondo livello, con punteggio < 2 la persona va indirizzata verso altra forma di servizi.</p> <p>Per la VMD, svolta di norma al domicilio della persona, è prevista la scala FIM strumento diagnostico internazionale di misura della disabilità che include il maggior numero di domini (respirazione, nutrizione, ecc.) identificati dal modello regionale, integrata dalla scheda di valutazione sociale della Società della Salute di Firenze che individua la valutazione della rete assistenziale (familiare e non), della condizione abitativa e della capacità economica. Nella v. sociale si tiene conto del supporto attivo della famiglia/caregiver.</p>	<p>Il cittadino, a seguito della VMD, avrà assegnato un voucher (corrispondente al profilo assistenziale/prestazionale) e la lista di soggetti accreditati per l'ADI nell'ambito dei quali opererà la propria scelta per la presa in carico.</p> <p>Il sogetto erogatore prende in carico la persona e procede, dopo l'analisi dei bisogni emersi dalla VMD, alla stesura del PAI.</p>
DGR	1185	20/12/2013	Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014	All. 4 Regole di sistema 2014 Ambito socio sanitario	<p>Delinea le linee programmatiche del sistema socio sanitario per l'anno 2014</p>	<p>La VMD del bisogno è la modalità che consente di rilevare e valutare i bisogni complessivi della persona nelle diverse dimensioni (individuale, relazionale e sociale), oltre ad uno strumento per il governo delle risorse destinate al sistema socio sanitario. Assicura non solo una presa in carico, ma costruisce concretamente l'integrazione a livello professionale e istituzionale.</p> <p>Regione ha avviato due sperimentazioni per la costruzione di un modello organizzativo di valutazione e l'identificazione di strumento idoneo (scala di VMD) da applicare sul territorio. La sperimentazione ha riguardato la valutazione di persone:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non autosufficienti/con disabilità che accedono ad ADI e RSA; - con problemi di dipendenza da sostanze. 	<p>A seguito alla sperimentazione, lo strumento più idoneo è risultato il sistema VAOR che, oltre ad essere validato scientificamente a livello nazionale, - fa emergere i bisogni della persona; consente la formulazione del piano di assistenza; - permette, in sede di prima valutazione al domicilio, un orientamento sull'eventualità di un ricovero in strutture di lungoassistenza; - facilita i controlli di appropriatezza dell'ASL.</p> <p>Il sistema VAOR viene assunto dal 2014 quale strumento regionale per la VMD per l'accesso alle unità d'offerta per non autosufficienti a partire dall'ADI. Le ASL dovranno prevedere la formazione all'utilizzo della scala VAOR.</p>	

La valutazione multidimensionale (VMD) nella normativa di Regione Lombardia

AREA: Misure a sostegno della non autosufficienza e delle persone fragili e delle loro famiglie

Atto	N°	Data atto	Titolo atto	Allegati	Principali contenuti/Misure previste	Indicazioni su Valutazione Multidimensionale	Indicazioni su Strumenti di valutazione	Indicazioni su Progetto individuale di assistenza (PAI)
DGR	116	14/05/2013	Determinazioni in ordine al fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi soggetti fragili: atto d'indirizzo	<p>Scheda A Persone con gravi disabilità</p> <p>Scheda B Persone anziane fragili e non autosufficienti</p> <p>Scheda C Persone affette da ludopatia</p> <p>Scheda D Persone vittime di violenza</p>	<p>Atto di indirizzo regionale. Istituisce il Fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili.</p> <p>Destinatari: - persone con gravi disabilità, - anziani fragili e non autosufficienti, - persone affette da ludopatia, - vittime di violenza (minori allontanati da TM, donne vittime di violenza intra-famigliare in presenza di minori).</p> <p>Misure: buoni per autosoddisfamento dei bisogni, voucher per acquisto prestazioni e accesso alla rete di offerta, ecc..</p>	<p>Per l'attivazione degli interventi si renderà necessaria la presa in carico globale ed integrata delle famiglie e dei suoi componenti fragili da parte degli Enti territoriali competenti - ASL e Comuni - realizzata anche attraverso una valutazione multidimensionale (VMD) condivisa del bisogno.</p> <p>... la valutazione della "grave disabilità" (determinata dal grado di dipendenza e dall'intensità del bisogno di cura) assume significati diversi e si "modifica" nel corso del ciclo di vita di un individuo, del suo contesto familiare e sociale e delle patologie che ne hanno determinato l'insorgenza e determinano l'evoluzione.</p>		
DGR	740	07/09/2013	Approvazione programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013 n. 590. Determinazioni conseguenti	<p>AII. A Fondo per le non autosufficienze. Piano attuativo regione Lombardia</p> <p>AII. B Programma operativo regionale anno 2013 relativo alle misure a favore di gravissime disabilità (B1) e di disabilità gravi o anziani non auto (B2)</p> <p>AII. C Riparto delle risorse del FNA alle ASL</p> <p>AII. D Riparto per Ambito distrettuale delle risorse del FNA</p>	<p>Approva Programma operativo regionale FNA 2013 con introduzione di:</p> <p>- misura B1 a favore di persone con disabilità gravissime di qualsiasi età se affette da malattie del motoneurone o in stato vegetativo, persone < 65 a. con altre patologie che comportano assistenza 24 ore (Buono mensile € 1.000 per compensare prestazioni care giver o assistente personale);</p> <p>- misura B2 a favore di persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti (Buono sociale sino a max € 800 per compensare prestazioni care giver o assistente personale, potenziamento SAD, ecc.).</p>	<p>La presa in carico della persona e le prestazioni da erogare saranno definite dal Piano di assistenza individuale (PAI) a seguito di VMD integrata ASL/ Comune utilizzando gli strumenti in uso.</p> <p>Per l'accesso a:</p> <p>- misura B1: la VMD è la sintesi del profilo funzionale della persona e della valutazione sociale - condizione familiare, abitativa e ambientale - effettuata con modalità integrata ASL/ Comune;</p> <p>- misura B2: i Comuni possono avvalersi della VMD effettuata dall'ASL utilizzando gli strumenti in uso per l'accesso all'ADI.</p>	<p>misura B1:</p> <p>- Glasgow Coma Scale per le persone in Stato vegetativo</p> <p>- sistema di valutazione già in uso per le persone affette da malattie del motoneurone e da altre patologie che comportano dipendenza vitale e assistenza 24 ore</p> <p>misura B2:</p> <p>strumenti già in uso per accesso ADI.</p>	<p>Per entrambe le misure (B1 e B2) il Progetto individuale di assistenza deve contenere l'esito della VMD della persona e gli interventi da sostenere con il buono mensile (assistenza diretta alla persona, interventi di aiuto domestico, prestazioni ADI, altre forme integrative, ecc.) e declinare le prestazioni rese dal care giver familiare /assistente personale.</p>
DGR	856	25/10/2013	Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo	<p>AII. A Quadro generale delle misure DGR 116</p> <p>AII. B Quadro delle misure da realizzare in fase di prima attuazione DGR 116</p> <p>AII. C Requisiti sperimentali e attività di controllo</p> <p>AII. D Contratto per la definizione dei rapporti giuridici</p> <p>AII. E Schema convenzione per la definizione di rapporti giuridici ed economici ASL/Enti gestori</p> <p>AII. F Riparto risorse FSR per attuazione DGR 116</p>	<p>Definisce misure/nuovi servizi in attuazione DGR 116/2013:</p> <p>- Residenzialità minori con grave disabilità; - Residenzialità leggera; RSA/RSD aperta; - Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico; - Comunità minori per vittime di abuso/violenza; - valutazione multidimensionale.</p> <p>Stabilisce: - requisiti erogatori per attuazione delle misure; - ASL ruolo di governance (responsabilità VMD, PAI, contratto con erogatori, convenzioni con Comuni/Ambiti territoriali, monitoraggio e controllo interventi da rendicontare a Regione).</p>	<p>La condizione di fragilità, per essere compresa nella sua interezza, deve essere valutata anche nella dimensione sociale, perché il benessere della persona passa attraverso le relazioni familiari e sociali, la capacità organizzativa e di copertura della rete sociale che permettono la soddisfazione dei bisogni e rispondono alla necessità di sostegno affettivo e di sicurezza. La fragilità va letta in relazione sia alla persona da assistere, sia alle capacità e alle risorse fisiche ed emotive della famiglia impegnata nell'assistenza.</p> <p>La ASL di residenza dovrà effettuare la VMD, quale sintesi del profilo funzionale della persona e della valutazione dei contesti sociali di vita (condizione familiare, abitativa e ambientale) ed individuare le modalità di raccordo con il Comune/Ambito territoriale di riferimento.</p>	<p>La VMD deve essere realizzata attraverso l'utilizzo degli strumenti in uso presso le ASL o definiti da Regione Lombardia.</p> <p>La VMD viene svolta da equipe pluriprofessionali composte da: medico, infermiere, assistente sociale.</p> <p>La VMD è una misura finanziata dal provvedimento (€ 1.300.000 per 6 mesi).</p>	<p>La ASL di residenza della persona è responsabile della stesura del PAI che, sulla base della valutazione, fissa obiettivi, interventi, attori coinvolti, modalità e tempi di verifica.</p> <p>La persona/famiglia sceglie l'erogatore delle prestazioni, sulla base dell'elenco fornito dalla ASL.</p> <p>L'erogatore d'intesa con la famiglia definisce il Piano di assistenza, in coerenza con il progetto predisposto dall'ASL in collaborazione con il Comune/ambito territoriale di residenza.</p>

La valutazione multidimensionale (VMD) nella normativa di Regione Lombardia

AREA: Misure a sostegno della non autosufficienza e delle persone fragili e delle loro famiglie

Atto	N°	Data atto	Titolo atto	Allegati	Principali contenuti/Misure previste	Indicazioni su Valutazione Multidimensionale	Indicazioni su Strumenti di valutazione	Indicazioni su Progetto individuale di assistenza (PAI)
Circolare	1	15/01/2014	Prime indicazioni attuative dgr 1185/2013 con riferimento a dgr 856/2013, dgr 392/2013 e dgr 740/2013	All. 1 Fac simile per la candidatura alle Misure ex dgr 856/2013 All. 2 Strumenti di valutazione relativi all'attuazione delle misure ex dgr 856/2013	Fornisce: - Sezione 1: indicazioni generali (tipologie Enti gestori che possono proporsi per le misure DGR 856/2013; criteri di accesso, Progetto individuale, presa in carico, rendicontazioni, ecc.). - Sezione 2: indicazioni specifiche per ogni singola misura (destinatari, scale di valutazione, gestione del Piano di assistenza individuale, ecc.).	Precondizione per l'accesso alle misure DGR 856/2013 è la v. che considera gli aspetti sociosanitari e sociali , finalizzata alla scelta del percorso assistenziale più appropriato. La v. è in capo all'ASL che deve coinvolgere nel percorso il Medico/Pediatra di Famiglia, il Comune per i profili di rilievo sociale e l'Azienda Ospedaliera per i profili di rilievo specialistico. Ciascuno, metterà a disposizione le proprie competenze e, con riferimento ai Comuni, le figure professionali sociali necessarie.	1) Misura 1 (Interventi di sostegno per gravissime disabilità): DB_SLA per SLA, Glasgow coma scale per SV, ADI/SPER per altre persone con gravissima disabilità 2) Misura 2 (Residenzialità leggera): Scheda di orientamento 3) Misura 3 (Residenzialità per minori con gravissima disabilità): Scheda Sidi 4) Misura 4 (RSA/RSD aperta): Relativa Stress Scale (RSS)	Entro 15 gg. lavorativi dalla richiesta, l'ASL consegna al richiedente: esito v. Progetto individuale con indicazione misura, elenco Enti erogatori. Il Progetto individuale indica: • responsabile della gestione del caso (ASL, Comune, Ente erogatore, ecc.); • obiettivi, prestazioni, tempi, ecc.. Deve essere condiviso e sottoscritto da persona/famiglia; comunicato al Medico/Pediatra di Famiglia; riportare il valore del voucher assegnato.
DGR	2655	14/11/2014	Programma operativo regionale in materia di gravissime disabilità in condizione di dipendenza vitale, di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze 2014. Prime determinazioni	All. A Fondo per le non autosufficienze 2014 Piano attuativo di R.L. All. B Programma operativo regionale FNA 2014	Approva Piano attuativo FNA 2014 e conferma: Misura B1 a favore di persone con disabilità gravissime in dipendenza vitale. In particolare: persone già in carico; di qualsiasi età se affette da motoneurone o stato vegetativo; di età inferiore a 65 a. se affette da altre patologie che necessitano assistenza 24 h. e presentano compromesse alcune funzioni (respiratorie, motorie, nutrizionali, stato di coscienza).	I beneficiari sono individuati attraverso la VMD effettuata da equipe pluriprofessionali attivate in ogni ASL composte da medico, infermiere e assistente sociale (quest'ultimo operatore in molti è comunale). La VMD è la sintesi del profilo funzionale della persona e della v. sociale - condizione familiare, abitativa e ambientale - effettuata con modalità integrata ASL/ Comune in base a protocolli operativi definiti da Cabina di regia (DGR 326/2013) in coerenza con gli indirizzi regionali.	La VMD è effettuata con strumenti omogenei su tutto il territorio regionale. Dal 2015 entra in vigore la Scala di valutazione InterRai Home care adottata da Regione Lombardia in seguito a piano formativo che ha coinvolto 700 operatori nel 2014 come strumento di valutazione omogeneo.	La presa in carico della persona prevede stesura del PAI, a seguito di VMD. In esso trovano ricomposizione gli interventi - sociali e socio sanitari - per rispondere ai bisogni e garantire continuità assistenziale. Il PAI è sottoscritto da: rappresentante ASL, rappresentante Comune/Ufficio di Piano, persona/ famiglia e responsabile del caso (case manager).
DGR	2883	12/12/2014	Programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienza di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2014. Ulteriori determinazioni	All. A Programma operativo regionale FNA 2014 All. B Ripartizione FNA Misura B2	Approva Programma operativo regionale FNA 2014 e conferma: - Misura B1: innalza a 69 a. requisito di persone affette da patologie diverse da motoneurone e stato vegetativo. - Misura B2 a favore delle persone con disabilità grave o comunque in condizione di non autosufficienza.	La VMD è la sintesi del profilo funzionale della persona e della v. sociale che emerge oltre che dall'analisi della situazione della persona e del contesto di vita, anche da strumenti validati, utili a rilevare grado di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (ADL) e in quelle strumentali (IADL). Per assicurare una presa in carico globale ed evitare sovrapposizioni di interventi, la valutazione sarà multidimensionale, integrata ASL/Comune in base a protocolli operativi in cui sarà specificato l'apporto professionale dell'ASL per la componente sociosanitaria e quella sociale dei Comuni.	... i destinatari della misura B2 sono coloro che evidenzino un elevato indice di fragilità sociale (attraverso specifica scala di valutazione individuata a livello di ASL) e non riescono a svolgere in modo autonomo le attività di vita quotidiana (ADL) e le attività strumentali della vita quotidiana (IADL).	Il PAI contiene: esito valutazione sociale e/o multidimensionale, interventi .. E' sottoscritto: - nel caso di v. sociale dal referente dell'Ambito e dalla persona/famiglia e trasmesso all'ASL di competenza; - nel caso di VMD da: rappresentante del Comune/Ufficio di Piano, rappresentante ASL, persona/famiglia e responsabile del caso (case manager).
DGR	2942	19/12/2014	Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative	All. A Indicazioni operative per il 2015 e azioni migliorative All. B Requisiti minimi sperimentali e attività di vigilanza e controllo All. C Schema contratto tra ASL ed Enti gestori Sezione 1 Andamento prima fase ex DGR 856/2013 Sezione 2 Misura RSA aperta - esempi pacchetti prestazionali	Conferma: Misure DGR 856 con azioni migliorative generali (Piano comunicazione) e specifiche per ogni misura - Residenzialità leggera; - RSA aperta (oltre a demenze anche > 75 a.); - Residenzialità minori con gravissime disabilità; - Comunità per minori vittime di violenza; - Presa in carico ambulatoriale persone affette da gioco d'azzardo patologico ASL ruolo di governance: responsabilità VMD, PAI, contratti erogatori, convenzioni con Comuni, monitoraggio e controllo	La VMD del bisogno è il primo luogo della presa in carico globale della persona e richiede integrazione tra professionalità e istituzioni diverse. I tre nodi della rete (Comuni, Medici di famiglia ed ASL) solo occasionalmente operano in modo integrato. La DGR 116/2013 e gli atti successivi richiedono operatività integrata e ricomposizione delle risposte. Precondizione per l'accesso alle misure è la VMD, che, in capo all'ASL , deve coinvolgere il Medico/Pediatra di Famiglia, il Comune per i profili di rilievo sociale e l'Azienda Ospedaliera per quelli di rilievo specialistico. Parte del fondo è destinata al processo valutativo.	Residenzialità leggera/assistita: scheda di orientamento utilizzata non in funzione del punteggio raggiunto, ma della presenza del numero di domini compromessi. RSA aperta: in attesa di uno strumento omogeneo regionale, VMD mediante le scale in uso nelle ASL. Le persone con demenza, accedono con le modalità individuate nella circolare 1/2014 (certificazione UVA/specialista neurologo/geriatra). Scala RSS (punteggio minimo 31) per la valutazione care giver/familiare.	Il PAI definisce: misura, obiettivi, interventi, valore voucher, durata (max 12 mesi) e deve essere trasmesso anche a MMG/PLS. Fatti salvi i casi particolari, entro 10 gg. lavorativi dalla richiesta, l'ASL consegna al richiedente esito valutazione e Progetto individuale. La persona sceglie l'ente erogatore. Il PAI deve essere redatto dal Soggetto gestore entro 5 gg. lavorativi dalla consegna della documentazione e deve essere sottoscritto dall'interessato.

La valutazione multidimensionale (VMD) nella normativa di Regione Lombardia

AREA: Misure a sostegno della non autosufficienza e delle persone fragili e delle loro famiglie

Atto	N°	Data atto	Titolo atto	Allegati	Principali contenuti/Misure previste	Indicazioni su Valutazione Multidimensionale	Indicazioni su Strumenti di valutazione	Indicazioni su Progetto individuale di assistenza (PAI)
DGR	2989	23/12/2014	Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015	All. C Regole di sistema 2015 Ambito socio sanitario	<p>Delinea le linee programmatiche del sistema socio sanitario 2015 tra cui il potenziamento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale per garantire risposta globale alla multidimensionalità dei bisogni; - sviluppo coordinato dei due pilastri del sistema sociosanitario: Rete strutture accreditata e Fondo a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili. 	<p>La VMD è di competenza dell'ASL che la realizza attraverso équipe pluriprofessionali, anche integrando risorse professionali dei Comuni laddove necessario.</p> <p>Le ASL che, non dispongono di adeguate risorse per effettuare le attività di VMD, potranno acquisire risorse professionali da integrare nelle équipe valutative attraverso procedimenti ad evidenza pubblica.</p>	<p>La "Suite InterRAI" viene assunta, a partire dal 1° gennaio 2015, quale strumento regionale per la VMD per l'accesso delle persone all'ADI.</p>	
DGR	4249	30/10/2015	Programma operativo regionale a favore di persone in dipendenza vitale e in condizioni di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non Autosufficienze anno 2015	All. A Fondo per le non autosufficienze Piano attuativo RL All. B Programma operativo regionale FNA 2015	<p>Approva Programma operativo regionale FNA 2015 e conferma:</p> <p>Misura B1 alle persone in condizione di dipendenza vitale di qualsiasi età se affette da motoneurone o SV; con età fino ai 69 a. se affette da altre patologie; oltre i 69 a. se affette da altre patologie già in carico;</p> <p>Misura B2 alle persone, di qualsiasi età, con gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono autosufficienza, autonomia personale e di relazione. In particolare coloro con elevato indice di fragilità sociale e che non riescono a svolgere autonomamente le attività di vita quotidiana (ADL) e quelle strumentali (IADL).</p>	<p>Misura B: la VMD è la sintesi del profilo funzionale della persona e della valutazione sociale effettuata con modalità integrata ASL/Comuni sulla base di protocolli operativi definiti da Cabina di regia e in coerenza con indirizzi regionali.</p> <p>Misura B2: la valutazione è la sintesi del profilo funzionale della persona e della valutazione sociale che emerge, oltre che dall'analisi della situazione della persona e del contesto, anche dall'utilizzo di strumenti validati (ADL e IADL). Per assicurare una presa in carico globale della persona e per evitare sovrapposizioni di interventi, la valutazione sarà di carattere multidimensionale, integrata ASL/Comuni sulla base di appositi protocolli in cui sarà specificato l'apporto professionale dell'ASL per la componente sociosanitaria che affiancherà quella sociale dei Comuni.</p>	<p>Misura B1 per la VMD si richiamano i protocolli operativi definiti nell'ambito della Cabina di regia e in coerenza con gli indirizzi regionali. Costituisce parte rilevante della VMD l'esplicitazione degli elementi che identificano la condizione di dipendenza vitale.</p> <p>Misura B2 per la valutazione del profilo delle persone si richiama l'utilizzo di strumenti validati, utili a rilevare l'indice di fragilità sociale (attraverso specifica scala di valutazione individuata a livello di ASL), il grado di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (ADL) e in quelle strumentali della vita quotidiana (IADL).</p>	<p>La presa in carico globale della persona si concretizza con la VMD effettuata da équipe integrata ASL/Comuni e con PAI che contiene: esito VMD e interventi (sanitari, socio sanitari e sociali) necessari.</p> <p>Il PAI è sottoscritto: Misura B1 da: rappresentanti ASL, Comune/ Ufficio di Piano, persona/famiglia e responsabile del caso (case manager); Misura B2 - nel caso di valutazione sociale da: referente dell'Ambito e persona /famiglia e deve essere trasmesso all'ASL di competenza; - nel caso di VMD da: rappresentante del Comune/Ufficio di Piano, rappresentante ASL, dalla persona/ famiglia e responsabile del caso (case manager).</p>
DGR	5940	05/12/2016	Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non Autosufficienze anno 2016	All. A Piano attuativo Regione Lombardia Fondo per le non autosufficienze 2016 All. B Il sistema dei servizi e interventi a favore delle persone con disabilità -grave o gravissima- e non autosufficienti	<p>Approva Programma operativo regionale FNA 2016.</p> <p>Sulla base della definizione di disabilità gravissima indicata nel Decreto interministeriale FNA 2016 (persona con indennità di accompagnamento o non autosufficienti affette da una delle patologie indicate nel Decreto o in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza nelle 24 h.) prevede un ampliamento dei beneficiari delle misure con conseguenze: - revisione dei criteri di accesso (modalità valutative, priorità, ecc.) - integrazione delle risorse (FNA 2016, Fondo a sostegno della famiglia, ecc.) in un'ottica di budget di cura.</p>	<p>Misura B1: la nuova definizione di disabilità gravissima, oltre ad un ampliamento delle persone ammissibili, implicherà la necessità di reimpostare il modello valutativo, fondato, in questi anni, sulle équipe pluriprofessionali ASL (ora ASST) con ripercussioni organizzative e formative e con attenzione a salvaguardare le buone prassi di VMD integrata e l'utilizzo della scala InterRAI Home Care, che consente una fotografia delle condizioni di salute della persona e delle risorse di contesto socio-familiare.</p> <p>Misura B2: stesse indicazioni DGR 4249/2015.</p>	<p>Misura B1: per le molteplici gravissime disabilità (indicate nel Decreto), valutazione di specialista di struttura pubblica e/o accreditata che certifica condizione e punteggio (scale nel Decreto); per altra condizione di dipendenza vitale che richiede assistenza nelle 24 h., valutazione dell'équipe pluriprofessionale ASST secondo criteri Decreto interministeriale FNA 2016.</p> <p>Misura B2: per la valutazione del profilo delle persone di qualsiasi età con gravi limitazioni funzionali che compromettono autosufficienza e autonomia nelle attività di vita quotidiana, di relazione e sociale, si richiamano le indicazioni DGR n. 4249/2015</p>	<p>Il PAI contiene: Misura B1: esito VMD, obiettivi, interventi da sostenere; a fini conoscitivi: forme integrative, condizione ISEE familiare Misura B2: esito v. sociale o VMD, progetti di vita indipendente, interventi e forme integrative, valutazione ISEE.</p> <p>Il PAI è sottoscritto: Misura B1 da: rappresentante ATS/ASST, rappresentante Comune/ Ufficio di Piano, persona/famiglia e responsabile del caso (case manager); Misura B2 oltre che da un referente dell'Ambito, da persona/famiglia e trasmesso ad ASST; nel caso di valutazione congiunta con équipe ASST anche da rappresentante ASST</p>

La valutazione multidimensionale (VMD) nella normativa di Regione Lombardia

AREA: Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo

Atto	N°	Data atto	Titolo atto	Allegati	Principali contenuti/Misure previste	Indicazioni su Valutazione Multidimensionale	Indicazioni su Strumenti di valutazione	Indicazioni su Progetto individuale di assistenza
LR	23	11/08/2015	Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)		Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo (SSL) con l'istituzione dal 1/1/2016 dei nuovi soggetti giuridici pubblici: Agenzie Tutela della Salute (ATS) e Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST); contestuale soppressione di ASL e AO. Le ATS sul territorio di riferimento attuano la programmazione regionale (negoiazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, vigilanza sulle strutture erogatici, governo delle cure primarie, ecc.). Le ASST concorrono, con gli altri soggetti del sistema, ad erogare i livelli di assistenza nella logica della presa in carico della persona. Si articolano in due settori: polo ospedaliero e rete territoriale . Il settore rete territoriale, oltre ad erogare le prestazioni specialistiche di prevenzione sanitaria, diagnosi e cura e riabilitazione a media e bassa complessità, garantisce le prestazioni distrettuali erogate dalle ex ASL.	La Regione al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al sistema socio sanitario lombardo, definisce, anche attraverso l'introduzione di strumenti di VMD dei bisogni, le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali integrate. Tra le funzioni dell'ATS vi è il governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali, anche attraverso la VMD personalizzata del bisogno e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale da parte degli erogatori pubblici e privati.		
LR	15	29/06/2016	Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)		Apporta delle modifiche/sostituzioni alla legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità). In particolare vengono normati: - il Titolo V in materia di Salute mentale (obiettivi, organizzazione funzioni e servizi, criteri erogativi, ecc.) - il Titolo VIII in materia di Sanità pubblica veterinaria	Obiettivi della salute mentale: presa in carico globale e continuativa, di concerto con gli enti locali, delle persone con disabilità e con disturbi dello spettro autistico, nell'intero ciclo di vita, in base alla VMD e all'integrazione di servizi/programmi di natura sanitaria e riabilitativa, con quelli di natura socio sanitaria, sociale ed educativa, ecc.. Le unità operative del DSM ASST sostengono la prevenzione, la VMD , la presa in carico, la diagnosi e cura precoce dei casi di competenza, anche attraverso il coinvolgimento di erogatori pubblici e privati accreditati, terzo e quarto settore in raccordo con il Tavolo per la salute mentale. La Regione sostiene la formazione dei professionisti sanitari, socio sanitari, sociali, dell'educazione e dei pediatri sugli strumenti di valutazione e le metodologie di intervento abilitativo e riabilitativo, validati a livello internazionale, al fine della costituzione sul territorio di unità funzionali integrate e multidisciplinari per la diagnosi precoce e la VMD del bisogno.		
DGR*	5513	02/08/2016	Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle agenzie di tutela della salute (ATS), delle aziende socio sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico di RL e di AREU	All.1 Linee guida per l'adozione dei piani di organizzazione ... Sub Allegati 1 - Rete integrata di continuità clinico assistenziale (RICCA) 2 - Rete integrata materno-infantile (RIMI) segue dettaglio	Atto di indirizzo per la redazione dei Piani di organizzazione aziendale strategici -POAS- degli enti interessati dall'evoluzione del sistema del socio sanitario a seguito della L.R. n. 23/2015. Il documento si articola in: - Parte A - Indicazioni generali (contesto normativo, ruolo POAS, modello organizzativo, relazioni esterne, ecc.) - Parte B - ATS (soggetto di governo della rete sanitaria e socio sanitaria e di raccordo tra il sistema socio sanitario ed il sistema sociale) - Parte C - ASST (soggetto erogatore di servizi socio sanitari mediante il polo ospedaliero ed il settore rete territoriale) - Sub Allegato 1 (linee guida per l'implementazione e la gestione della Rete integrata di continuità clinico assistenziale -RICCA-) - Sub Allegato 2 (indicazioni per lo sviluppo della Rete integrata materno-infantile -RIMI-)	L'ATS definisce, nell'ambito del governo della presa in carico e in accordo con le indicazioni regionali, i criteri e le modalità di attuazione della VMD . La VMD è funzionale alla presa in carico del paziente fragile e può essere effettuata dai diversi erogatori accreditati secondo le indicazioni della ATS . Come erogatore, anche ASST è tenuta a garantire la VMD e la conseguente presa in carico (tra le funzioni distrettuali prima garantite dalle ex-ASL) nel rispetto dei criteri definiti dall'ATS. La rete territoriale delle ASST è costituita da diversi punti di erogazione (ambulatoriali, sportelli di VMD, ecc.).		

La valutazione multidimensionale (VMD) nella normativa di Regione Lombardia

AREA: Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo

Atto	N°	Data atto	Titolo atto	Allegati	Principali contenuti/Misure previste	Indicazioni su Valutazione Multidimensionale	Indicazioni su Strumenti di valutazione	Indicazioni su Progetto individuale di assistenza
<p>Nota: la DGR n. 5513 segue la DGR n. 5113 del 29/04/2016 "Linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di tutela della salute (ATS), delle Aziende socio sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di Areu"</p>								
DGR	5513	02/08/2016	Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle agenzie di tutela della salute (ATS), delle aziende socio sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU	segue dettaglio Sub Allegato 1 - Rete integrata di continuità clinico assistenziale (RICCA)	<p>La RICCA è una funzione della rete territoriale della ASST finalizzata alla presa in carico delle persone in condizione di cronicità e fragilità, garantendo continuità e appropriatezza nell'accesso ai servizi/Unità d'Offerta di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e l'integrazione con le prestazioni sociali. Non è una nuova struttura organizzativa, ma una modalità di integrazione tra le risorse degli erogatori di attività sanitarie per acuti e le risorse socio sanitarie territoriali dell'ex ASL e degli accreditati.</p> <p>I nodi della rete sono tutti i servizi che partecipano alla presa in carico del paziente. La funzione di ciascun nodo è di attivare in modo proattivo la presa in carico, definire il PAI e stabilire una relazione orizzontale con i restanti nodi per predisporre, condividere e attuare il PAI in modo da garantire una presa in carico unitaria.</p> <p>Strumenti di integrazione della rete - VMD quale esito dell'analisi di indicatori di fragilità di natura clinica (cronicità), funzionale (disabilità), relazionale e sociale (vulnerabilità) e dell'analisi dei "sostegni", risorse individuali, familiari e sociali; - classificazione: esito della VMD orientata a definire tipologia ed intensità della risposta; - PAI, anche nelle articolazioni educative/riabilitative; - case manager: l'operatore "responsabile del caso" per verifica PAI e raccordo fra i nodi della rete; - centro servizi per il coordinamento degli interventi sanitari ed amministrativi della presa in carico; - formalizzazione ed assegnazione di obiettivi specifici ai nodi della rete a gestione ASST; - sistema informativo per la produzione e consultazione del PAI da parte di tutti i nodi della rete.</p>	<p>La VMD è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona, si configura come operazione dinamica e continua che segue il paziente e la sua famiglia all'interno della rete dei servizi e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione .</p> <p>Definizione: momento valutativo che esplora le diverse dimensioni -clinica, funzionale, cognitiva, assistenziale- e la situazione socio-relazionale-ambientale della persona .</p> <p>Finalità: - 1. esplora in maniera sistematica le dimensioni della persona in relazione alle problematiche ; - 2. assicura appropriatezza degli interventi di cura e riabilitazione ; - 3. è riferimento per l'integrazione tra interventi sanitari , sociosanitari e sociali ; - 4. orienta alla tipologia di servizio e intervento - 5. pone le condizioni per definire il PAI .</p> <p>La VMD è "fisicamente" realizzata dagli erogatori in grado di garantire le competenze necessarie, anche tramite la costituzione di equipe, e di attuare o orientare la presa in carico in base ai criteri di appropriatezza ed ai vincoli programmatori definiti dalle ATS secondo le indicazioni regionali.</p> <p>La VMD, essendo effettuata nel contesto di una potenziale presa in carico, tiene conto delle scelte dell'utente , in base all'esito ne consegue la presa in carico da parte di un erogatore o il passaggio concordato ad altro erogatore (come nel caso di VMD effettuata in ambito ospedaliero). La VMD va ristretta quanto più possibile agli utenti fragili con bisogni su diverse dimensioni assistenziali che necessitano follow-up/prese in carico durature, in cui, di norma, sono coinvolte le strutture sociosanitarie .</p>	<p>La valutazione per la presa in carico del paziente cronico può essere effettuata con livelli, strumenti e intensità diversi, anche in riferimento alle fasi del progetto di assistenza.</p> <p>Gli strumenti per la VMD possono essere compresi tra quelli gestiti da un singolo professionista, sino ad approcci multiprofessionali più articolati.</p> <p>L'output della VMD individua: - l'area assistenziale (verde, gialla e rossa) in cui una determinata persona si colloca; - le risorse necessarie per un intervento appropriato; - i tempi per una nuova valutazione (se necessaria); - i target assistenziali/livelli di miglioramento concretamente raggiungibili.</p>	<p>Il PAI anche nelle articolazioni educative o riabilitative , proposto da un nodo della rete anche a seguito della VMD, deve essere redatto sulla base dei protocolli validati dal responsabile della rete . Ne deve essere garantita la sua consultazione dai nodi della rete previa sottoscrizione del Patto di Cura da parte del paziente. Questo processo è strumento di coordinamento organizzativo gestito con appropriati supporti tecnologici.</p> <p>Nel PAI vengono esplicitati gli obiettivi e i risultati attesi a medio lungo termine di mantenimento o miglioramento dello stato di salute del paziente, individuando la tipologia di servizi e le prestazioni sanitarie e sociosanitarie che dovranno essere erogate (anche da più erogatori).</p> <p>Il PAI è redatto sotto la responsabilità dell'erogatore che ha in carico il paziente, effettua la valutazione (anche multidimensionale), in collaborazione con gli altri erogatori coinvolti nella presa in carico .</p>
"	"	"	"	segue dettaglio Sub Allegato 2 - Rete integrata materno-infantile (RIMI)	<p>L'area materno infantile non è una specialità d'organo ma insiste con diversi ambiti specialistici su una ben identificata fascia di età e su aspetti peculiari della salute della donna; per questo è multidisciplinare.</p> <p>La rete è funzionale (aggregazione di singole professionalità e unità operative, appartenenti anche a dipartimenti e Istituzioni diverse da ASST orientate alla realizzazione di obiettivi comuni) e gestionale (aggregazione di unità operative, semplici e complesse della ASST). Obiettivo della rete è la presa in carico (attraverso modelli organizzativi e PDTA) di: donne, neonati, bambini e adolescenti per garantire continuità di accesso ai Punti di Offerta e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali .</p> <p>Nodi della rete: Ospedali, Cure primarie, Consultori, Unità funzionali d'offerta della rete per le cronicità e le fragilità nell'area minori .</p>	<p>L'area del bisogno assistenziale che intercetta cronicità, disabilità, età pediatrica necessita di integrazioni e sinergie profonde con la rete della cronicità, oltre che ai tradizionali strumenti volti al sostegno della genitorialità . Quest'area di bisogno è caratterizzata, più di altre, dalla centralità del ruolo genitoriale e dalla necessità di VMD con definizione di progetti d'intervento finalizzati a sostenere obiettivi riabilitativi e rieducativi e percorsi di inserimento in contesti di vita sociale e familiare .</p> <p>Unità di offerta : - Centri diurni per persone con disabilità (CDD): - Istituti di Riabilitazione per minori - Residenza per minori con gravi disabilità - Asili Nido - Assistenza domiciliare (ADM) - Comunità educative e familiari .</p>		

Scheda di sintesi "Rilevazione strumenti di valutazione"

AREA: Servizi che valutano l'accesso alle Misure a favore di non autosufficienza/disabilità/fragilità

Misura/ tipologia intervento	Normativa di riferimento della misura/ intervento	Strumento di valutazione utilizzato	Composizione equipe valutativa	Ambiti della valutazione sociale	Tempi stabiliti per concludere il procedimento dalla richiesta all'attivazione dell'intervento	Tempi per la valutazione	Finalità - esito della valutazione	Osservazioni, criticità, ecc.
Assistenza domiciliare integrata (ADI)	DGR n. 12902 del 9.05.2003 Decreto n. 6032 del 6.07.2012 DGR n. 1185 del 20.12.2013	Previsti da normativa: <u>Triage telefonico</u> <u>Scala VAOR Home Care</u> (sezioni F-O-P-Q sono d'interesse per la valutazione sociale) <u>Scheda sociale</u> , utilizzata in alcuni casi per la valutazione della rete assistenziale (non prevista da normativa) Ascolto professionale e osservazione colloquio/visita domiciliare	Assistente sociale - medico - infermiere (come previsto dal decreto n. 6032/2012), medico di medicina generale	Con <u>Triage</u> : composizione nucleo familiare - autonomia funzionale - rete familiare. Con <u>scheda sociale</u> : risorse formali ed informali del territorio - condizione socioeconomica - ambiente di vita - condizioni relazionali e di convivenza - peso di assistenza	Entro tre giorni dal ricevimento della richiesta	La valutazione avviene nei tempi di accesso al domicilio (40/60 minuti, ma in molti casi 15 minuti)	Stesura del <u>progetto individuale</u> nella prospettiva di creare le condizioni per la continuità assistenziale una volta conclusa l'ADI. La valutazione esita in: - lettura integrata dei bisogni nelle diverse dimensioni della persona - Progetto Individuale - in alcuni casi nella <u>segnalazione a servizi</u> territoriali comunali per un potenziamento dell'assistenza alla persona ed alla famiglia con prestazioni ASA - in attività di <u>segretariato sociale</u> e orientamento verso altri servizi sociali e/o sociosanitari - informazione su misure di sostegno regionali	L'organizzazione delle attività non garantisce in alcuni casi la presenza dell'AS nella VMD. Si rilevano modelli organizzativi non omogenei anche all'interno dello stesso ambito istituzionale (ex ASL). Debolezza dell'equipe. La VAOR Home Care è uno strumento di rilevazione prevalentemente sanitario, non vi è riscontro sugli esiti da parte di Regione. Mancanza di strumenti/schede di valutazione sociale propri del servizio sociale. La prevalenza dell'aspetto sanitario fa sì che sia dato poco spazio alla valutazione sociale durante la visita domiciliare. Inoltre lo strumento di rilevazione pensato per una utenza adulta poco si addice alla valutazione dei bisogni in caso di minori. Il Progetto Individuale esito della VMD risulta per lo più riferito alla prestazione che si va a concedere. Difficoltà nel realizzare la continuità tra prestazioni del voucher ADI e prestazioni sociali comunali, non sempre attivabili perché erogate sulla base anche di criteri economici predefiniti. Non sempre definiti protocolli tra enti, la continuità del progetto si realizza grazie a prassi stabilite tra operatori dei due enti interessati.
RSA aperta misura destinata a persone con demenza o alzheimer (certificate da specialista neurologo/geriatra o certificazione UVA) o persone non autosufficienti che abbiano compiuto 75 anni.	DGR n. 2942 del 19.12.2014	Previste da normativa: <u>RSS (Relative Stress Scale)</u> Scale per la rilevazione dell'autonomia della persona (es: <u>ADL</u> , <u>IADL</u>) L'AS utilizza osservazione diretta e colloquio nel corso della visita domiciliare	La normativa prevede equipe multiprofessionale integrata ASL, Comune/PdZ e MMG. "La valutazione è in capo all'ASL di residenza della persona fragile. L'ASL deve coinvolgere nel processo lavorativo il MMG e PLS, il Comune per i profili di rilievo sociale e l'Azienda Ospedaliera per i profili di rilievo specialistico." Nell'organizzazione dell'ATS di Pavia l'equipe, sulla base del protocollo adottato da ex ASL di Pavia e PdZ, prevede: fisioterapista (ex ASL) e assistente sociale (PdZ/Comune).	Analisi e lettura del bisogno. La valutazione deve sempre: - considerare gli aspetti sociosanitari e sociali della persona, della famiglia e del contesto più prossimo - verificare la presenza in famiglia di risorse che possano essere di supporto - essere finalizzata alla scelta del percorso assistenziale più appropriato, indipendentemente dalla richiesta di accesso ad una delle misure previste.	Entro 10 gg dalla data di richiesta di valutazione multidimensionale	Nei tempi di accesso al domicilio (dai 20 ai 40 minuti)	Stesura del Progetto Individualizzato mirato al mantenimento al domicilio del paziente mediante l'individuazione di prestazioni assistenziali, sociali, educative e di socializzazione. Nel caso di misura appropriata (secondo DGR 2942/14: punteggio RSS \geq 31) il beneficiario può usufruire di uno dei pacchetti previsti (profilo 1: bassa intensità assistenziale; profilo 2: media intensità assistenziale; profilo 3: alta intensità assistenziale). All'interno dei pacchetti è previsto un mix di prestazioni declinate poi nel Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) redatto dal Soggetto gestore scelto e condiviso dalla persona/famiglia. Qualora il percorso assistenziale non fosse coerente con la richiesta formulata, orientamento verso altre misure più idonee o altri interventi di tipo sociale o sociosanitario presenti sul territorio.	Non prevista, ne utilizzata alcuna scala sociale. Si rileva difformità nelle modalità di effettuare la valutazione e la definizione dei servizi erogabili/erogati. La realizzazione del progetto individuale affidata, secondo normativa, ad altro Soggetto rispetto all'equipe di valutazione, rende confusa l'eventuale presa in carico. Si riscontra il rischio di frammentazione degli interventi a scapito della continuità assistenziale ed una mancata verifica degli esiti della valutazione e del progetto individuale.

Scheda di sintesi "Rilevazione strumenti di valutazione"

All. n. 2

AREA: Servizi che valutano l'accesso alle Misure a favore di non autosufficienza/disabilità/fragilità

Misura/ tipologia intervento	Normativa di riferimento della misura/ intervento	Strumento di valutazione utilizzato	Composizione equipe valutativa	Ambiti della valutazione sociale	Tempi stabiliti per concludere il procedimento dalla richiesta all'attivazione dell'intervento	Tempi per la valutazione	Finalità - esito della valutazione	Osservazioni, criticità, ecc.
Residenzialità leggera misura destinata a persone fragili che abbiano compiuto 60 anni in condizioni di fragilità/parziale autosufficienza	DGR n. 2942 del 19.12.2014	Prevista da normativa: <u>Scheda di orientamento</u> (due item sociale) nessuna scheda sociale ad integrazione	La normativa prevede equipe multiprofessionale integrata ASL, Comune/PdZ e MMG. "La valutazione è in capo all'ASL di residenza della persona fragile. L'ASL deve coinvolgere nel processo lavorativo il MMG e PLS, il Comune per i profili di rilievo sociale e l'Azienda Ospedaliera per i profili di rilievo specialistico." Nell'organizzazione dell'ATS di Pavia l'equipe, sulla base del protocollo adottato da ex ASL di Pavia e PdZ, prevede: fisioterapista (ex ASL) e assistente sociale (PdZ/Comune).	La valutazione deve sempre: - considerare gli aspetti sociosanitari e sociali della persona, della famiglia e del contesto più prossimo - verificare la presenza in famiglia di risorse che possano essere di supporto - essere finalizzata alla scelta del percorso assistenziale più appropriato, indipendentemente dalla richiesta di accesso ad una delle misure previste.	Entro 10 gg dalla data di richiesta di valutazione multidimensionale	Nei tempi di accesso al domicilio (dai 20 ai 40 minuti)	Definire il Progetto Individualizzato finalizzato a mantenere l'autonomia e favorire la socializzazione della persona fragile in una situazione abitativa di protezione sociosanitaria. Nel caso di misura appropriata, secondo DGR 2942/14 (presenza di almeno una compromissione sociale e una sociosanitaria e assenza dei criteri di esclusione), il beneficiario può usufruire di uno dei voucher previsti: -livello bassa intensità del bisogno: 300 m.ti di assistenza settimanali; -livello media intensità del bisogno: 500 m.ti di assistenza settimanali. Qualora il percorso assistenziale non fosse coerente con la richiesta formulata, orientamento verso altre misure più idonee o interventi di tipo sociale o sociosanitario presenti sul territorio.	La maggior parte dei pazienti valutati si trovano già in RSA, in contesto tutelato. Pertanto la valutazione sociale incide in minima parte.
Gravissima disabilità Misura B1 (SLA, SV e altre patologie)	DGR n. 740/2013 DGR n. 2655/2014 DGR n. 4249/2015	<u>Scala VAOR</u> (dal 2014 strumento regionale per la vmd) <u>Scala Glasgow</u> (per gli SV) <u>Scheda di rilevazione delle compromissioni dei domini richiesti</u> (motricità/stato di coscienza; respirazione/nutrizione) <u>Scheda sociale</u> predisposta da un tavolo tecnico presso ex ASL di Pavia	Equipe multidimensionale composta, secondo normativa, da Assistente sociale, Medico, Infermiere. Il protocollo adottato tra ex ASL di Pavia e PdZ/Comuni prevede: assistente sociale (PdZ/Comune), medico e infermiere ASL.	La normativa prevede la valutazione delle condizioni sociali (benessere psicossociale, relazioni familiari ed interpersonali) e delle condizioni ambientali di vita	Entro 15 giorni dalla richiesta	Nei tempi di accesso al domicilio (dai 40 ai 90 minuti)	Verificare le condizioni socio-sanitarie del paziente e del contesto familiare; definire il Progetto Individualizzato con l'obiettivo di favorire il mantenimento del paziente al domicilio e fornire un sostegno alla famiglia nella gestione e nell'accudimento, attraverso l'erogazione di un buono mensile.	Tempi ristretti per coordinare i servizi e attivare la procedura; carenza di momenti di condivisione con gli altri operatori della VMD per adeguati approfondimenti; eccessiva burocrazia al domicilio e poco spazio all'ascolto; mancanza di schede specifiche per la valutazione dei minori.

Scheda di sintesi "Rilevazione strumenti di valutazione"

All. n. 2

AREA: Servizi che valutano l'accesso alle Misure a favore di non autosufficienza/disabilità/fragilità

Misura/ tipologia intervento	Normativa di riferimento della misura/ intervento	Strumento di valutazione utilizzato	Composizione equipe valutativa	Ambiti della valutazione sociale	Tempi stabiliti per concludere il procedimento dalla richiesta all'attivazione dell'intervento	Tempi per la valutazione	Finalità - esito della valutazione	Osservazioni, criticità, ecc.
Interventi a favore delle persone con disabilità grave ed anziani non autosufficienti erogati dai Comuni Misura B2	DGR n. 740/2013 DGR n. 2883/2014 DGR n. 4249/2015	Scheda <u>Triage</u> <u>ADL/IADL</u> <u>ISEE</u>	Assistente sociale PdZ/Comune e componente socio-sanitaria ex ASL secondo appositi protocolli. La ex ASL di Pavia ha definito, nel protocollo adottato con il PdZ/Comuni che la valutazione multidimensionale integrata ASL /PdZ (infermiere, medico ASL, AS PdZ) sia attivata in caso di esito valore Triage ≥ 3	La normativa prevede la valutazione delle condizioni sociali (benessere psicosociale, relazioni familiari ed interpersonali), delle condizioni economiche (ISEE) e delle condizioni ambientali di vita	La normativa non prevede tempi di conclusione del procedimento e rimanda alla programmazione singolo ambito territoriale	Nei tempi di accesso al domicilio (dai 20 ai 40 minuti)	Tracciare un profilo funzionale della persona, della situazione economica e sociale, condizione familiare, abitativa e ambientale. In caso di problematiche socio-sanitarie (esito Triage ≥ 3) la valutazione avrà carattere multidimensionale, pertanto verranno valutate anche le condizioni sanitarie. L'esito della valutazione consente di strutturare il Progetto Individuale di assistenza, condiviso e sottoscritto dalla persona/famiglia.	Non omogeneità nell'applicazione del protocollo per la valutazione multidimensionale, nonché nelle modalità di accesso alla misura (accesso in seguito a Bando, accesso tramite presentazione della domanda).
Valutazione multifunzionale e del bisogno per le dipendenze	DGR n. 2989/2014	Questionario europei on line	Medico, assistente sociale, psicologo	Situazione lavorativa, legale, familiare, rete sociale attraverso principalmente la compilazione delle parti interessate dell'ASI	Per Regione: 21gg Per ASL Pavia: 15 gg	Circa 60 minuti per la rilevazione e 60 minuti per la definizione in equipe del progetto	Certificazione con indice di gravità e prestazioni da eseguire	Il funzionamento dello strumento (EUROPASI) non è chiaro: si tratta di un programma che definisce in base agli item compilati l'indice di gravità dell'utente. Impossibilità di valutare il paziente in un unico colloquio. Etichettamento a discapito del lavoro di accoglienza e definizione del bisogno tipico della nostra professione. L'AS è esposta al rischio di effettuare una valutazione superficiale e un programma non adeguato. Nel definire la complessità della situazione e della presa in carico dell'utente la valutazione di gravità nella dimensione sociale non "pesa" quanto la valutazione della gravità nella dimensione sanitaria.
Erogazione di voucher per interventi psico-socio-educativi a famiglie con adolescenti (13 - 25 anni) in difficoltà, per favorire i processi di inclusione sociale e di contrasto alla povertà.	DGR n. 3206/2015 (risorse FSE)	L'equipe effettua al massimo <u>2 colloqui</u> (il 1^ finalizzato alla valutazione, il 2^ per consegna voucher) con adolescente e famiglia. Coinvolge, se necessario, Servizio Sociale Comune, Servizi specialistici.... Somministra "strumenti" (non specificati) per effettuare vmd. Questionario (format) PRE e POST intervento, somministrato all'adulto di riferimento (x misurare la migliore gestione dei tempi di vita e di lavoro).	Equipe multidisciplinare di valutazione: la normativa prevede Dip. Dipendenze + Dip. Assi. Nell'ex ASL Pavia l'equipe è composta dal solo Dip. Dipendenze (assistente sociale, psichiatra, psicologo)	Scuola-Formazione, Relazione tra pari, Tempo libero, Area legale	Entro 15 gg dalla data di richiesta del riconoscimento del buono		Stesura (in format) di Progetto Individualizzato (PI) e sua condivisione (tipologia di area di intervento, durata, voucher riconosciuto) con adolescente e famiglia. Invio PI in Regione per validazione, assegnazione voucher (correlato a intensità di bisogno bassa, media, alta); scelta dell'erogatore a cura dell'utente. L'Ente erogatore definisce il PEI (format) che deve essere validato dall'equipe ASL per verificarne la coerenza con PI.	Nell'ambito dell'ex ASL di Pavia, l'equipe di valutazione è composta da operatori SERT che si riuniscono centralmente. L'esito della valutazione effettuata dall'equipe deve essere validata dalla Regione. I Progetti individuali hanno durata massima di sei mesi e le segnalazioni per la valutazione possono essere accolte solo entro un tempo limitato. Si evidenzia un impianto prevalente di tipo burocratico, con ridotta attenzione ad una vera valutazione del bisogno ed attenzione all'utenza (adolescente e minore).

Scheda di sintesi "Rilevazione strumenti di valutazione"

AREA: Altri Servizi

Misura/ tipologia intervento	Normativa di riferimento della misura/ intervento	Strumento di valutazione utilizzato	Composizione equipe valutativa	Ambiti della valutazione sociale	Tempi stabiliti per concludere il procedimento dalla richiesta della persona all'attivazione dell'intervento	Tempi per la valut.ne	Finalità - esito della valutazione	Osservazioni, criticità, ecc.
Commissione Invalidi ASST (Pavia) Valutazione per il riconoscimento dell'handicap grave	Legge n. 104/1992 (art 3, comma 3 e art. 4); Legge n. 68/1998 (norme sul diritto al lavoro dei disabili)	Lettura della documentazione prodotta dall'interessato per la valutazione 104/92; <u>cartella sociale</u> all'interno di una scheda di rilevazione clinico - sanitaria	Medico legale, medici specialisti, assistente sociale, medico rappresentante associazioni persone disabili, medico INPS, medici ASST	Risorse per assistenza della famiglia, risorse sul territorio, situazione economico sociale	90 giorni dalla presentazione della domanda per la valutazione legge 68/98	10 minuti	Ricoscimento dello stato di handicap in gravità, prevenzione di emarginazione sociale	Valutazione prevalentemente medico-legale
Consultorio familiare ASST (Pavia)	Legge n. 405/75; LR n. 44/76 DPCM 14/02/2001 Nelle leggi non si parla di valutazione multidimensionale ma di lavoro in equipe, Il DPCM indica la VMD per tutti gli interventi dell'ambito socio sanitario	Colloquio riunione d'equipe	Ginecologo, ostetrica assistente sociale per alcune tipologie d'intervento; assistente sociale e psicologo per casi psicosociali	Area delle relazioni Ambito economico Situazione sanitaria	Da 7 giorni per l'IVG a un mese per la stesura del Progetto individuale		Orientamento ai servizi, accesso a prestazioni, rilascio certificazioni, attivazione della rete	Rischio di frammentazione dell'equipe in due momenti: uno fra AS, ostetrica e ginecologo, l'altro fra AS e psicologo. Nel lavoro relativo ai progetti regionali, Cresco, Nasko e Sostengo non è prevista l'equipe e una valutazione è irrilevante stante che l'accesso alle prestazioni è esclusivamente su base burocratica
Centro Psico Sociale (CPS) ASST (Pavia)	Piano Regionale Salute Mentale DGR n. 17513 del 15/05/2004 ridefinisce i percorsi di cura nel territorio e i modelli clinico-organizzativi della residenzialità	PTI (Progetto Terapeutico Individuale) Lo strumento base è stato inviato da Regione Lombardia, facoltà di ogni Servizio di ampliarlo	Medico, assistente sociale, infermiere, a volte psicologo e/o animatore	Competenze sociali del paziente e autonomia Contesto familiare Situazione lavorativa Situazione penale	Sei mesi Rivalutazione a distanza di 6 mesi con rinnovo/modifica/chiusura		Stilare un progetto riabilitativo per il paziente in ambito territoriale/comunitario	Perplessità sull'utilizzo di scale e scelta di uno strumento che aiuti la valutazione sociale
Servizio sociale ospedaliero (Policlinico San Matteo, Ospedale San Raffaele) dimissioni protette, consulenza sociale, segretariato sociale		Non presenti strumenti per la valutazione definiti da normative. Assistente sociale effettua colloqui	Medico, assistente sociale, caposala, fisioterapista - integrati in alcuni casi a psicologo, psichiatra, avvocato	Situazione cognitiva, funzionale e sociale del paziente contingente e precedente al ricovero Ambiente di vita Rete di sostegno primaria e secondaria Situazione economica Bisogno di protezione giuridica	Presso Ospedale San Raffaele previsto nel Modello organizzativo gestionale un tempo massimo per la prima valutazione con il medico (48 ore dalla segnalazione dal reparto). Presso Policlinico San Matteo presente istruzione operativa per l'organizzazione del Servizio Sociale. Presa in carico da parte del SSO nelle prime 24/48 ore dalla segnalazione, fatto salve quelle del fine settimana.		Individuazione delle soluzioni più idonee per il paziente con l'attivazione dei servizi/interventi più appropriati Riduzione dell'utilizzo improprio di strutture residenziali Riduzione dei tempi di degenza	Difficoltà di integrare il paradigma di riferimento del medico (centrato sulla malattia) con quello dell'assistente sociale (centrato più sulla qualità di vita) Il SSO non dispone di schede di rilevazione del bisogno
Servizio Vigilanza ATS (Pavia)	DGR n. 1765/2014 DGR n. 2569/2014	<u>Check list</u> (DGR 1765/14) per rilevazione indicatori di appropriatezza delle prestazioni erogate <u>Modello di verbale unico regionale</u> (DGR 2569/14) per la rilevazione del possesso dei requisiti di esercizio e accreditamento	Assistente sociale, medico igienista, infermiera, fisioterapista, educatore	Appropriatezza della presa in carico da parte delle UdO per quanto attiene la valutazione dei bisogni sociali, la definizione di progettualità e l'attuazione degli interventi; Adeguatezza degli aspetti organizzativi/gestionali posti in essere dalle UdO - appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni all'utente	Nessun tempo prestabilito		Tutela dell'utente inserito o fruitore di UdO socio sanitarie e sociali Lavoro sulla rete delle unità di offerta Corretto utilizzo delle risorse del sistema in favore degli utenti	Si tratta di valutazione riferita a strutture organizzative ed alle modalità poste in essere dalle stesse per la presa in carico degli utenti: è una meta valutazione Elementi di possibile criticità: assenza di scale validate, previste da normativa, per le valutazioni sociali all'interno delle UdO. Discrezionalità dell'operatore coinvolto nella raccolta delle "informazioni"
Servizio Disabilità ASST (Lodi)		Scheda di segnalazione prodotta dal servizio sociale del Comune che ha il compito di svolgere la prima valutazione sociale e chiede all'ASST la VMD	Psicologo, neurologo, educatore e assistente sociale con funzione di case manager	Situazione socio-assistenziale: carico assistenziale; situazione socio-abitativa; situazione rete socio-familiare; situazione socio-economica; proposta di intervento socio-assistenziale	45 giorni lavorativi come indicato nella procedura del servizio		Individuazione della tipologia di servizi diurni o residenziali rispondenti ai bisogni della persona	Difficoltà a conciliare i tempi tra ASST e Servizi Sociali dei Comuni
Servizio Sociale Comunale (Tromello)		Colloquio - visita domiciliare - scheda di rilevazione della situazione creata dall'AS	Nessuna equipe predefinita; in base alla situazione viene instaurata una collaborazione con professionisti di altri servizi ed enti		7 giorni per la valutazione di richieste di aiuto economico; due/tre mesi per valutazione di altri casi		Predisposizione di un progetto mirato per il richiedente che possa contribuire ad alleviare/ eliminare la situazione di precarietà che ha condotto a presentare richiesta di intervento di aiuto	Assenza di un'equipe stabile per la valutazione e necessità di individuare per ogni singolo caso collaborazioni con operatori diversi

Riepilogo Normativa di Regione Lombardia (X legislatura) in tema di misure a sostegno della fragilità

AREA: non autosufficienza, disabilità, soggetti fragili e loro famiglie

Atto	N°	Data atto	Titolo atto	Allegati	Principali contenuti/Misure previste
Atto di indirizzo regionale					
DGR	116	14/05/2013	Determinazioni in ordine al fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi soggetti fragili: atto d'indirizzo	Scheda A Persone con gravi disabilità Scheda B Persone fragili e non autosufficienti Scheda C Persone affette da ludopatia Scheda D Persone vittime di violenza	In un'ottica di ripensamento del modello di welfare regionale, rappresenta il pilastro aggiuntivo delle politiche regionali in ambito sociosanitario attraverso il riconoscimento del " diritto di fragilità " come bene suscettibile di una protezione giuridica, a tutela delle persone fragili che non trovano nella rete regionale dei servizi sociosanitari una adeguata risposta. Istituisce il fondo a sostegno della famiglia e dei suoi soggetti fragili e individua le seguenti categorie destinatarie: - persone con gravi disabilità - persone anziane fragili e non autosufficienti - persone affette da ludopatia persone vittime di violenza (minori allontanati, con provvedimento del Tribunale Minorenni, donne vittime di violenza intra-famigliare in presenza di minori).
Misure per gravi e gravissime disabilità e nuovi servizi per la famiglia e i suoi componenti fragili					
DGR	740	07/09/2013	Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013 n. 590. Determinazioni conseguenti	All. A Fondo per le non autosufficienze 2013 Piano attuativo All. B Programma operativo regionale FNA 2013 a favore delle disabilità gravissime o disabilità gravi o anziani non autosufficienti All. C Riparto alle ASL del FNA 2013 All. D Riparto agli Ambiti territoriali del FNA 2013	Approva il Piano attuativo del Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA) anno 2013 e introduce: Misura B1 a favore delle persone con disabilità gravissime. Si concretizza in interventi di carattere assistenziale, tutelare e/o educativo, atti a garantire la permanenza a domicilio e nel proprio contesto di vita delle persone in condizione di dipendenza vitale e che necessitano di assistenza continua nelle 24 ore. Si realizza attraverso l'erogazione di un Buono da parte delle ASL, che hanno anche il compito di garantire la valutazione multidimensionale (VMD) e stendere il Progetto di Assistenza Individuale in raccordo con il Comune e con la persona/famiglia. L'ammissione alla misura prevede la VMD quale sintesi del profilo funzionale della persona e della valutazione sociale - condizione familiare, abitativa e ambientale -, effettuata con modalità integrata ASL/Comune. Sulla base della valutazione viene definito il Progetto Individuale che, in una visione integrata come budget di cura, deve contenere l'esito VMD e gli interventi da sostenere con il Buono. Misura B2 a favore di persone con disabilità grave e anziani non autosufficienti: si concretizza in interventi di carattere sociale di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia per garantire una piena possibilità di permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio e nel suo contesto di vita. L'ammissione alla misura prevede la valutazione sociale della persona, effettuata dal Comune/PdZ o con modalità integrata ASL/Comune nelle situazioni di complessità sociosanitaria.
DGR	856	25/10/2013	Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo	All. A Indicazioni operative per il riconoscimento del Bonus Famiglia All. B Domanda di accesso al Bonus Famiglia ai sensi della DGR 5060 del 18/04/2016 e della DGR 5095 del 29/04/2016	Attuativa della DGR 116, demanda alle ASL: titolarità azioni di governance, responsabilità VMD, stesura del Progetto individuale di assistenza, stipula del contratto con gli enti erogatori, convenzione con i Comuni/Ambiti territoriali, monitoraggio e controllo costante degli interventi. Prevede Nuovi servizi : - Residenzialità minori con gravissima disabilità; - Residenzialità leggera; RSA/RSD aperta; - Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico; - Comunità minori vittime di abuso/violenza/ maltrattamento. Le persone destinatarie sono quelle che vivono una condizione di fragilità. La condizione di fragilità , per essere compresa nella sua interezza, deve essere valutata anche nella dimensione sociale, proprio perché il benessere della persona passa anche attraverso le relazioni familiari e sociali, la capacità organizzativa e di copertura della rete sociale che permettono, da una parte, la soddisfazione di bisogni pratici e dall'altra rispondono a necessità di sostegno affettivo e di sicurezza. La fragilità, quindi, va letta in relazione sia alla persona da assistere, sia alle capacità e alle risorse fisiche ed emotive della famiglia. La VMD è condizione indispensabile per una lettura complessiva dei bisogni della persona e per garantire la presa in carico globale.
Circolare	1	15/01/2014	Prime indicazioni attuative dgr 1185/2013 con riferimento a dgr 392/2012 e dgr 740/2013	All. 1 Fac simile per la candidatura alle Misure All. 2 Strumenti di valutazione relativi all'attuazione delle misure	Fornisce indicazioni sull'attuazione delle misure previste dalle diverse delibere regionali: quelle previste dal Fondo famiglia DGR 856/2013 (residenzialità leggera, RSD-RSA aperte, residenzialità per minori con gravi disabilità ecc.), quelle relative al sostegno delle famiglie con persone affette da autismo (DGR 392/2013) e quelle riferite al Fondo non autosufficienza (DGR 740/2013). Per ognuna delle misure previste dalle tre DGR, la circolare fornisce indicazioni in riferimento ai target da considerare, condizioni e soglie di accesso, strumenti valutativi, tipologia di gestori candidabili all'erogazione delle misure, tempi di applicazione, specifiche sulla rendicontazione e sul monitoraggio.

Riepilogo Normativa di Regione Lombardia (X legislatura) in tema di misure a sostegno della fragilità

AREA: non autosufficienza, disabilità, soggetti fragili e loro famiglie

Atto	N°	Data atto	Titolo atto	Allegati	Principali contenuti/Misure previste
DGR	2655	14/11/2014	Programma operativo regionale in materia di gravissime disabilità in condizione di dipendenza vitale, di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2014. Prime determinazioni	<p>All. A Fondo per le non auto 2014 Piano attuativo</p> <p>All. B Programma operativo regionale FNA 2014 modalità di valutazione ed erogazione Misura B1 a favore di gravissime disabilità</p>	Approva il Piano attuativo FNA 2014, stabilisce i nuovi criteri definiti per la valutazione della condizione di dipendenza vitale, coerenti con la normativa ministeriale per il FNA 2014 e conferma la Misura B1 a favore di persone con disabilità gravissime in dipendenza vitale, con interventi di carattere assistenziale e socio sanitario atti a garantire la permanenza a domicilio e nel contesto di vita delle persone in condizione di dipendenza vitale che necessitano di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 h, per bisogni complessi derivanti da gravi condizioni psico-fisiche (compromissione funzioni respiratorie, nutrizionali, stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona). La misura è attuata, oltre all'erogazione del buono già previsto dalla DGR 740, anche attraverso voucher socio sanitario mensile, fino ad un massimo di € 500, per minori con vita di relazione fortemente inibita, per progetti a carattere educativo/socializzante e voucher, fino ad un massimo di € 360, per adulti e anziani per il monitoraggio condizioni di salute e altre prestazioni previste.
DGR	2883	12/12/2014	Programma operativo regionale in materia di gravi disabilità e non autosufficienti di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze Anno 2014. Ulteriori determinazioni.	<p>All.A Programma operativo regionale - FNA 2014 - ulteriori determinazioni</p> <p>All. B Ripartizione per ambito distrettuale delle risorse del fondo nazionale per le non autosufficienze Anno 2014 - Misura B2</p>	<p>Approva il Programma operativo regionale - FNA 2014, conferma le Misure B1 e B2 in particolare:</p> <p>- per Misura B1 innalza a 69 anni il requisito per l'accesso di persone affette da patologie diverse da motoneurone e non in stato vegetativo;</p> <p>- Misura B2: l'accesso delle persone con disabilità grave ed anziani non autosufficienti avviene previa valutazione, sintesi del profilo funzionale e della valutazione sociale -condizione familiare, abitativa e ambientale- che emerge, oltre che da un'analisi della situazione della persona e del suo contesto di vita, anche dall'utilizzo di strumenti validati, utili a rilevare il grado di dipendenza nelle attività della vita quotidiana (ADL) e in quelle strumentali (IADL). Per assicurare una presa in carico globale della persona con problematiche socio-sanitarie e per evitare sovrapposizioni di interventi, la valutazione sarà di carattere multidimensionale, integrata ASL-Comuni sulla base di appositi protocolli operativi in cui sarà specificato l'apporto professionale da parte dell'ASL per la componente socio-sanitaria che affiancherà quella sociale dei Comuni. Stabilisce che sia adottato un unico strumento valutativo, individuato a livello di ASL. Interventi: buono sociale mensile erogato dai Comuni, fino ad € 800, per prestazioni caregiver o progetti di vita indipendente, periodi di sollievo, voucher sociali per acquisto interventi complementari a sostegno domiciliarità o vita di relazione di minori con disabilità, potenziamento interventi tutelari domiciliari.</p>
DGR	2942	19/12/2014	Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative	<p>All. A Indicazioni operative per il 2015 e azioni migliorative</p> <p>All. B Requisiti minimi sperimentali e attività di vigilanza e controllo</p> <p>All. C Schema contratto tra ASL ed Enti gestori</p> <p>Sezione 1 Andamento prima fase ex DGR 856/2013</p> <p>Sezione 2 Misura RSA aperta - esempi pacchetti prestazionali</p>	<p>Conferma le misure attivate dalla DGR 856/2013 e introduce azioni migliorative proseguendo il percorso delineato dalla DGR 116/2013.</p> <p>Rafforza il ruolo di governance di tutto il percorso di attuazione delle misure a favore delle persone fragili mediante una corretta e diffusa informazione (Piano di Comunicazione). Contestualmente viene ribadito che centrali al governo delle ASL sono la VMD del bisogno e la stesura del progetto individuale.</p> <p>Misure con azioni migliorative: - Residenzialità leggera/assistita; - RSA aperta; - Residenzialità minori con gravissime disabilità; - Comunità per minori vittime di violenza; - Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico.</p>
DGR	4249	30/10/2015	Programma operativo regionale a favore di persone in dipendenza vitale e in condizioni di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non Autosufficienze anno 2015	<p>All. A Fondo per le non autosufficienze Piano attuativo RL</p> <p>All. B Programma operativo regionale FNA 2015</p>	<p>Approva il Programma operativo regionale FNA 2015 e conferma:</p> <p>Misura B1 quanto previsto dalla DGR 2655/2014 aggiornando le modalità di erogazione del voucher di monitoraggio e mantenimento delle funzioni, esteso anche ai minori.</p> <p>Misura B2 quanto previsto dalla DGR 2883/2014.</p>
DGR	5940	05/12/2016	Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo Nazionale per le non Autosufficienze anno 2016	<p>All. A Piano attuativo Regione Lombardia Fondo per le non autosufficienze 2016</p> <p>All. B Il sistema dei servizi e interventi a favore delle persone con disabilità -grave o gravissima- e non autosufficienti</p>	Approva il Programma operativo regionale FNA 2016 e conferma le Misure B1 e B2 ma con una revisione dei criteri di accesso in relazione alle indicazioni contenute nel Decreto interministeriale FNA 2016 (definizione di disabilità gravissima, scale di valutazione, ecc.) che risultano in corso di approfondimento e adeguamento.

Riepilogo Normativa di Regione Lombardia (X legislatura) in tema di misure a sostegno della fragilità

AREA: sostegno alla natalità, maternità, genitorialità

Atto	N°	Data atto	Titolo atto	Allegati	Principali contenuti/Misure previste
DGR	4226	25/10/2012	Determinazioni in ordine alla ridefinizione per l'anno 2013 della sperimentazione di interventi a tutela della maternità e a favore della natalità.		Assegnazione, a partire dal 2013, di un contributo mensile destinato all'acquisto di beni e servizi per la madre ed il bambino, alle donne (in possesso di determinati requisiti) che manifestano la volontà di non interrompere la gravidanza
DGR	1005	29/11/2013	Determinazioni in ordine agli interventi a tutela della maternità, a favore della natalità e per una corretta alimentazione.	Tabella A Risorse per le ASL AII. B Indicazioni operative per il riconoscimento economico per le mamme che allattano al seno AII. C Invito a manifestazione di interesse per la partnership con Regione Lombardia per il potenziamento ed estensione dell'iniziativa "Cresco"	Riassegnazione delle risorse alle ASL Introduzione di un ulteriore riconoscimento economico, in aggiunta a quello già previsto dall'iniziativa Cresco, a beneficio di tutte le mamme che allattano al seno
DGR	2595	31/10/2014	Nuova disciplina delle misure Nasko e Cresco conseguente ai risultati della sperimentazione	AII. A Gli esiti della sperimentazione AII. B Criteri di accesso e modalità operative per la gestione delle misure Nasko e Cresco	Indica i criteri di accesso alle misure ed i compiti dei Consulenti pubblici, privati e a contratto e dei CAV
DGR	3045	23/01/2015	Determinazioni in ordine alla prima attuazione della dgr 2595 relativa alla nuova disciplina delle misure a sostegno della natalità e maternità	Allegato A alla delibera Bonus Famiglia	Garantisce la continuità delle misure Nasko e Cresco di cui alla dgr 2595 del 31/10/2014 Con il Decreto DG Famiglia n. 833 del 6/2/2015 vengono assegnate alle ASL le risorse del: - Fondo Nasko a sostegno delle donne che presentano difficoltà di tipo socio-economico che scelgono di portare a termine la gravidanza mediante l'erogazione di un contributo (max € 3.000,00 per un massimo di 6 mesi prima del parto e 12 mesi dopo il parto) - Fondo Cresco a sostegno di una sana ed equilibrata alimentazione delle neomamme ed i loro bambini fino a 12 mesi di vita in condizioni di forte disagio economico mediante l'erogazione di un contributo (max € 1.800,00 per un massimo di 12 mesi)
LR	18	26/06/2014	Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizioni di disagio, in particolare con figli minori	AII. A Indicazioni operative per il riconoscimento del Bonus Famiglia AII. B Domanda di accesso al Bonus Famiglia ai sensi della DGR 5060 del 18/04/2016 e della DGR 5095 del 29/04/2016	Prevede l'erogazione di un contributo economico ai genitori separati con uno o più figli minori, oppure maggiorenni portatori di grave disabilità che versano in condizioni di forte disagio economico
DGR	2513	17/10/2014	Prima attuazione della LR 24 giugno 2014, n. 18 "Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizioni di disagio, in particolare con figli minori". Determinazioni.	AII. A I risultati della sperimentazione AII. B Modalità operative per la gestione del fondo	Fornisce indicazioni sull'attuazione delle misure previste dalle diverse delibere regionali: quelle previste dal Fondo famiglia DGR 856/2013 (residenzialità leggera, RSD-RSA aperte, residenzialità per minori con gravi disabilità ecc.), quelle relative al sostegno delle famiglie con persone affette da autismo (DGR 392/2013) e quelle riferite al Fondo non autosufficienza (DGR 740/2013). Per ognuna delle misure previste dalle tre DGR, la circolare fornisce indicazioni in riferimento ai target da considerare, condizioni e soglie di accesso, strumenti valutativi, tipologia di gestori candidabili all'erogazione delle misure, tempi di applicazione, specifiche sulla rendicontazione e sul monitoraggio.
DGR	4152	08/10/2015	Reddito di autonomia: determinazioni in merito a misure a sostegno della famiglia per favorire il benessere e l'inclusione sociale	AII. A - Sviluppo dell'autonomia e sostegno alla natalità attraverso Bonus Bebè - Implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia - Sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili	Approva l'allegato A che prevede l'erogazione di: • un contributo economico una tantum per sostenere la famiglia nel percorso di crescita del bambino; • due tipologie di voucher mensili finalizzati rispettivamente ad assicurare l'autonomia personale e relazionale delle persone anziane e, in caso di persone disabili, a sostenere percorsi di autonomia ed inclusione sociale.
Decreto	8913	27/10/2015	Determinazioni per l'attuazione della D.G.R. n. 4152/2015 in relazione al Bonus Bebè per sostenere la famiglia nel percorso di crescita del bambino	ALL. A Indicazioni operative per il riconoscimento del bonus economico per sostenere la famiglia nel percorso di crescita del bambino ALL. B Domanda di accesso	Approva il Programma operativo regionale - FNA 2014, conferma le Misure B1 e B2 in particolare: - per Misura B1 innalza a 69 anni il requisito per l'accesso di persone affette da patologie diverse da motoneurone e non in stato vegetativo;

Riepilogo Normativa di Regione Lombardia (X legislatura) in tema di misure a sostegno della fragilità

AREA: sostegno al reddito di autonomia

Atto	N°	Data atto	Titolo atto	Allegati	Principali contenuti/Misure previste
Atto di indirizzo regionale					
DGR	4155	08/10/2015	Preso d'atto della comunicazione del Presidente Maroni di concerto con gli Assessori Aprea, Garavaglia e Sala avente oggetto: "Avvio della sperimentazione del Reddito di Autonomia in Lombardia – Linee di intervento	Comunicazione del Presidente Maroni di concerto con gli Assessori Aprea, Garavaglia e Sala alla Giunta nella Seduta dell'8 Ottobre 2015	Di fronte all'urgenza di un intervento per ridurre il rischio dello scivolamento nella povertà di fasce crescenti di popolazione introduce il pilastro aggiuntivo delle politiche regionali in ambito sociale in termini di reddito di autonomia e inclusione, con specifico riferimento alle situazioni di vulnerabilità economica e sociale e alle nuove forme di povertà. Individua la denominazione " Reddito di Autonomia " per l'attuazione di politiche integrate che vedono al centro le persone e le famiglie, riconoscendo ai soggetti in difficoltà l'opportunità di accesso alle prestazioni in ambito sanitario, sociale e formativo per accrescere l'occupabilità e rendere le persone autonome dallo stato di povertà.
Misure del reddito di autonomia					
DGR	5060	18/04/2016	Reddito di Autonomia 2016: evoluzione del programma e misure innovative	All. A Programma Reddito di autonomia - Anno 2016	Attraverso l'avvio del Reddito di Autonomia si realizza un esempio di politiche integrate che vedono al centro le persone e le famiglie, riconoscendo ai soggetti in difficoltà ulteriori opportunità di accesso alle prestazioni in ambito sanitario, sociale, abitativo e di ricerca attiva del lavoro. Le misure del Programma sono: 1. Bonus Famiglia 2. Nidi Gratis 3. Voucher Autonomia 4. Progetto di Inserimento Lavorativo (PIL) 5. Esenzione super ticket.
DGR	5095	29/04/2016	Determinazioni conseguenti all'adozione della DGR 5060/2016: approvazione della misura Bonus Famiglia	Allegato A alla delibera Bonus Famiglia	Approva, in via sperimentale, la misura Bonus famiglia a favore di famiglie vulnerabili con attenzione specifica alla gravidanza e al percorso nascita, in particolare di donne sole e ragazze minorenni, famiglie adottive. Per l'attuazione della misura vengono coinvolte ATS e ASST, in base alle specifiche competenze, attraverso un'azione di stretta integrazione e collaborazione tra di loro e con la rete dei consultori pubblici e privati accreditati, dettagliate nel Decreto n. 4760/16.
Decreto	4760	26/05/2016	Determinazioni per l'attuazione delle DGR 5060/2016 e 5095/2016 relative alla misura "BONUS FAMIGLIA" del reddito di autonomia	All. A Indicazioni operative per il riconoscimento del Bonus Famiglia All. B e D Domanda di accesso al Bonus Famiglia ai sensi della DGR 5060 del 18/04/2016 e della DGR 5095 del 29/04/2016	Introduce, in via sperimentale, il Bonus Famiglia che prevede un contributo economico: - in caso di gravidanza pari a € 150,00 al mese per max sei mesi precedenti la nascita e € 900,00 dopo la nascita, per un importo complessivo massimo di € 1.800,00 a figlio/a, liquidato in due rate; - € 150,00 al mese, dall'ingresso in famiglia del figlio adottivo, fino ad un massimo di € 900,00, liquidato in unica soluzione dopo l'approvazione della domanda. Fornisce indicazioni sull'attuazione delle misure previste dalle diverse delibere regionali: quelle previste dal Fondo famiglia DGR 856/2013 (residenzialità leggera, RSD-RSA aperte, residenzialità per minori con gravi disabilità ecc..), quelle relative al sostegno delle famiglie con persone affette da autismo (DGR 392/2013) e quelle riferite al Fondo non autosufficienza (DGR 740/2013). Per ognuna delle misure previste dalle tre DGR, la circolare fornisce indicazioni in riferimento ai target da considerare, condizioni e soglie di accesso, strumenti valutativi, tipologia di gestori candidabili all'erogazione delle misure, tempi di applicazione, specifiche sulla rendicontazione e sul monitoraggio.
Decreto	5672	11/10/2016	Misura reddito di autonomia 2016: implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione di autonomia	Allegato A e C "Misura reddito di autonomia 2016: implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione di autonomia" Allegato B e D "Misura reddito di autonomia 2016: sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili" Nota: Allegati A e B riguardanti la declinazione delle misure da realizzarsi nei 97 Ambiti territoriali; Allegati C e D riguardanti le misure da attuare nell'Ambito del Comune di Milano	La misura prevede di promuovere a favore di anziani (di età uguale o > 65 anni, che vivono al proprio domicilio. con reddito ISEE pari o inferiore a € 20.000) e disabili (con età pari o superiore a 16 anni, un livello di compromissione funzionale che consente un percorso di acquisizione di abilità sociali e relative all'autonomia nella cura di sé e dell'ambiente di vita nonché nella vita di relazioni, con reddito ISEE pari o inferiore a € 20.000) azioni per la presa in carico globale della persona. Attraverso la valutazione multidimensionale, la predisposizione di un progetto individuale redatto in maniera condivisa, partecipata e corresponsabile si intende potenziare il sostegno di percorsi di autonomia e garantire una migliore qualità della vita.