

# DISABILITÀ

## Si parla ancora della presa in carico

a cura di Giovanni Merlo

prefazione di Cristiano Gori

2014

# Indice

<b>Prefazione</b> di Cristiano Gori	<b>2</b>
<b>Introduzione</b>	<b>3</b>
<b>I nuovi atti regionale sulla Presa in carico</b>	
Welfare sociale e disabilità in Lombardia: una prudente discontinuità	6
La presa in carico comincia dall'autismo?	14
Fondo Non Autosufficienza: si riparte...per quest'anno	18
Presa in carico della disabilità. Eppure si muove	20
Le Asl vanno di fretta...	24
<b>La valutazione multidimensionale</b>	
Il Budget di cura: definizioni e applicazioni	30
L'integrazione sociosanitaria e la valutazione multidimensionale del bisogno nelle regole 2014	34
La valutazione multidimensionale ... questa (s) conosciuta?	39
Valutazione Multidimensionale: i limiti attuali e le prospettive di cambiamento	44
<b>La presa in carico... in concreto</b>	
Nuovi atti regionali: uno sguardo dalla parte dei comuni	49
Presa in carico integrata: cosa sta accadendo sul territorio regionale?	53
Presa in carico integrata: cosa sta accadendo sul territorio regionale? – 2	57
Case management e presa in carico integrata: un'esperienza possibile	63
Attivamente, e con attenzione, verso una presa in carico integrata nel territorio Cremonese	67
<b>Conclusioni</b>	
Il welfare regionale prova a cambiare: perché vi sono resistenze nei servizi?	76
<b>Segnalazioni</b>	<b>82</b>

# Prefazione

di Cristiano Gori

Care Lettrici e Cari Lettori, tutti noi di Lombardiasociale.it - direzione, redazione e collaboratori - siamo lieti di avviare il quarto anno di attività del nostro sito di monitoraggio e discussione sul welfare sociale lombardo.

I nostri risultati, per numero di accessi e circolazione dei materiali proposti nei territori, continuano ad essere positivi e a registrare una costante crescita. Ciò è per noi motivo di soddisfazione così come fattore di stimolo intervenire sulle nostre aree di miglioramento.

Gli obiettivi di Lombardiasociale.it sono quelli di sempre: costruire occasioni di confronto sul welfare lombardo e di discussione delle scelte di policy, e fornire strumenti concreti per l'attività di chi coordina e gestisce i servizi nel territorio.

Come lo scorso anno, apriamo la nuova stagione proponendo i Vademecum 2014, dossier tematici che raccolgono vari articoli pubblicati sinora nel sito e riguardanti alcuni tra i temi di maggiore rilievo per il welfare sociale lombardo. Ogni Vademecum colloca pezzi usciti in momenti diversi all'interno di un quadro comune e si propone, così, come un sintetico stato dell'arte del tema esaminato. Uno stato dell'arte che vuole fornire un insieme di spunti, dati ed idee utili all'operatività e alla discussione.

I nuovi vademecum proposti raccolgono articoli usciti tra settembre 2013 e luglio 2014 e coprono nove temi di particolare rilievo per il welfare sociale della nostra regione. Si tratta di: "le misure per minori e famiglie", "programmazione e governance del welfare sociale lombardo", "la presa in carico nella disabilità", "politiche e servizi per le dipendenze", "gli interventi contro la povertà", "il finanziamento e la spesa" e "le politiche per gli anziani non autosufficienti".

Speriamo che i Vademecum possano servire a chi è – a qualunque titolo – impegnato nel welfare sociale lombardo e interessato al suo futuro. Come sempre, i commenti e le critiche ci saranno particolarmente utili.

Milano, settembre 2014

# Introduzione

di Giovanni Merlo

Il tema della presa in carico delle persone con fragilità ed in particolare delle persone con disabilità potrebbe essere assunto come uno dei punti di contatto tra la IX e la X legislatura regionale in Lombardia.

Non a caso il vademecum della sezione disabilità di LombardiaSociale.it dell'anno scorso, si intitolava [“Percorsi di presa in carico”](#) e ripercorreva le affermazioni e gli atti della precedente giunta regionale su questo tema, delicato e complesso. Una scelta opportuna date le affermazioni di rinnovata attenzione ad una questione che, da almeno dieci anni, sembrava sostanzialmente trascurata dalla programmazione sociale regionale, tutta concentrata a garantire la libertà di scelta del servizio da parte dell'utente e dalla sua famiglia. Un'attenzione che si è tradotta, nel corso della IX Legislatura, in alcune affermazioni di principio, contenute principalmente nel Piano di Azione Regionale delle Politiche in favore delle persone con Disabilità, e in nessun sostanziale atto concreto di implementazione.

Ora come allora, anche i primi atti della X Legislatura parlano molto di “Presa in carico”: un concetto così sfuggente che appare naturale chiedersi se si tratti sempre della stessa “Presa in carico” e soprattutto se, in questa occasione, si stia assistendo a qualche innovazione reale nel panorama del welfare sociale regionale.

Anche su questo tema, come su molti altri, LombardiaSociale, ha seguito passo passo le attività della nuova Giunta Regionale cercando di comprendere quali esiti concreti gli atti normativi abbiamo poi generato nel territorio e quindi nella vita delle persone con disabilità.

Ripercorrendo gli articoli pubblicati sul tema è possibile affermare, ma ovviamente si tratta di una semplice opinione, che la “Presa in carico” di cui parla la “nuova” Regione ha un profilo più profondo e innovativo, almeno per il territorio lombardo, di quello della Giunta precedente. La Presa in carico torna ad essere descritta come una forma di attenzione alla centralità della persona, come perno dei processi di integrazione sociosanitaria ed infine come elemento alla base di una corretta progettazione e realizzazione degli interventi sociali nei confronti delle persone con disabilità.

Allo stesso modo, ovvero leggendo quanto prodotto sul tema da Lombardia Sociale, è sempre possibile affermare come questo processo di innovazione non sia ancora in realtà avviato, arrestandosi di fronte alle inerzie delle amministrazioni, non avendo forse ricevuto il giusto supporto anche di carattere culturale e scientifico. Non è stata probabilmente considerato l'impatto, su parti essenziali del sistema socioassistenziale

e sociosanitario che una reale implementazione della Presa in carico globale, integrata e continua nel tempo avrebbe comportato.

Per presentare nel dettaglio questo percorso abbiamo pensato di suddividere questo vademecum in tre sezioni.

Nella prima parte cerchiamo di presentare in modo sintetico i nuovi atti regionali in tema di presa in carico, a partire dalle affermazioni programmatiche contenute sia nel Piano Regionale di Sviluppo che nella [DGR 116](#).

Il primo segnale concreto di attuazione di queste intenzione avviene con la [DGR 329](#), che sostiene interventi sperimentali in favore di persone con autismo e soprattutto con la nota [DGR 740](#), con cui la Regione definisce [le modalità di utilizzo del Fondo per la Non Autosufficienza](#). A distanza di poche settimane dall'emanazione di questi atti, era già possibile [individuare i limiti, in particolare nel mancato allineamento operativo da parte di Asl e Comuni](#) a scapito ovviamente degli auspicati processi di integrazione sociosanitaria.

Un capitolo a parte crediamo meriti, all'interno di questa analisi, il tema della valutazione multidimensionale. Un concetto non certo sconosciuto ma che per la prima volta in Regione Lombardia viene posta a fondamento del processo di presa in carico e di progettazione degli interventi che vengono ricondotti al [concetto di Budget di cura](#). L'importanza della valutazione multidimensionale nel processo di riforma del welfare sociale regionale si evince anche dal fatto che questo tema, oltre che essere richiamato nella DGR 740, viene affrontato diffusamente nella cosiddetta [delibera delle regole \(DGR 1185\)](#) e non solo per le persone con disabilità. Anche in questo caso si verifica [una distanza tra affermazioni e fatti](#) alla cui base vi è una [sottostima del cambiamento di visione che l'introduzione di questo strumento dovrebbe comportare](#).

Come abbiamo visto, l'intenzione dell'attuale Giunta Regionale sembra essere quella di porre il tema della Presa in carico al centro della sua azione riformatrice, che prevede una "nuova centralità dei territori" e quindi in particolare dei Comuni.

Ecco perché è stato particolarmente rilevante, acquisire [il punto di vista del territorio su questo processo](#) e raccogliere alcune situazioni particolarmente significative come quelle [dell'ambito di Garbagnate](#) e in generale [dell'ASL Milano 1](#) piuttosto che in [quello di Treviglio](#) e [cremonese](#).

In conclusione il lodevole tentativo della Giunta Regionale di porre al centro della sua azione il tema della presa in carico delle persone con disabilità, sembra aver messo in luce [una serie di criticità centrali del sistema di welfare regionale](#) molto radicate e che non ci si può aspettare che possano essere risolte da semplice prescrizioni normative.

# **I nuovi atti regionali sulla Pesca in carico**

Punti di vista

# Welfare sociale e disabilità in Lombardia: una prudente discontinuità

di Giovanni Merlo

5 luglio 2013

Temi > Disabilità, Nuova Giunta regionale

Le prime indicazioni della nuova amministrazione, in materia di disabilità, appaiono caratterizzate da una prudente discontinuità con quelle immediatamente precedenti. L'elemento di maggiore innovazione è senz'altro quella della previsione di servizi dedicati alla presa in carico: per il momento una intenzione con ancora molti elementi da chiarire nelle sue modalità di realizzazione. Elementi di continuità si ritrovano nelle modalità di attuazione delle misure, attraverso la previsione di erogare buoni per sostenere le capacità assistenziali delle famiglie e di nuove unità di offerta da accreditare e successivamente da finanziare con voucher socio-sanitari. Destano alcune preoccupazioni i possibili investimenti in nuove unità d'offerta sociosanitarie diurne e residenziali rivolti a bambini e ragazzi con disabilità: interventi molto delicati che, se non opportunamente declinati, potrebbero determinare esiti di isolamento dal proprio contesto di vita sociale.

A distanza di alcuni mesi dalla nascita della nuova Giunta Regionale è opportuno chiedersi quali siano i cambiamenti che interverranno nella vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie che usufruiscono di interventi sociali di carattere pubblico. Per provare a comprendere quali siano i probabili scenari futuri si deve fare riferimento sostanzialmente a due atti fondamentali: le pagine del Piano Regionale di Sviluppo dedicate all'Area sociale e i contenuti della DGR 116 che prevede l'istituzione di un Fondo Regionale a sostegno delle famiglie. La comprensione di questi atti pubblici può essere facilitata dai documenti elaborati dall'Assessorato in occasione

dell'audizione presso la Terza Commissione del Consiglio regionale e da alcune dichiarazioni pubbliche in occasioni di seminari e convegni. Accanto a queste fonti sarà importante considerare le modalità di ripartizione del Fondo Sociale Regionale (DGR 316) e il fatto che alcuni provvedimenti della precedente legislatura siano rimasti in piena attività.

Rispetto al recente passato, ed alla situazione complessiva del modello di welfare lombardo nel campo della disabilità possiamo notare **alcuni elementi di continuità ed altri di discontinuità.**

La prima questione, fondamentale, riguarda la questione della **Presa in carico.**

La precedente amministrazione regionale aveva posto il tema della presa in carico come uno dei pilastri delle azioni decennali previsti dal **PAR** (Piano d'Azione Regionale Disabilità), attraverso la previsione della figura del Case Manager all'interno dei Consultori, nella loro evoluzione in Centri per la Famiglia. Intenzioni che non sono sfociate in atti concreti di implementazione. Al contrario sia gli atti che i documenti programmatici sostenevano e prevedevano una ulteriore radicalizzazione del modello vigente di welfare, con l'introduzione della famosa "dote welfare", che, come è noto, pone la questione della libertà di scelta del servizio da parte dell'utente come garanzia di personalizzazione dell'intervento, svincolata dai processi di presa in carico. **La strada della dote welfare sembra essere stata abbandonata da parte della nuova Giunta regionale** in favore di un modello di intervento che, pur all'interno del sistema consolidato di organizzazione dei servizi, dia maggiore spazio da un lato alle esigenze di programmazione integrata degli interventi a livello locale e dall'altra alla presa in carico.

Di presa in carico delle persone con disabilità si parla soprattutto nel Piano Regionale di Sviluppo in diversi passaggi, sottolineandone l'importanza e la centralità. Il primo ente individuato come responsabile della gestione di questa funzione è di nuovo il consultorio *"NELL'OTTICA DI RIORGANIZZAZIONE DELLA PROPRIA FUNZIONE IN CENTRI PER LA FAMIGLIA (...) CON UN ORIENTAMENTO MIRATO ALLA PRESA IN CARICO DELLA FAMIGLIA IN MODO COMPLESSIVO, SOPRATTUTTO NELLE SITUAZIONI DI CRITICITÀ (SEPARAZIONI, DISABILITÀ, NON AUTOSUFFICIENZA, POVERTÀ, ETC.) (...) UN PUNTO DI PRIMO ACCESSO, DI INFORMAZIONE E ORIENTAMENTO AI DIVERSI SERVIZI SOCIOSANITARI E SOCIALI, ANCHE ATTIVANDO LA RETE FORMALE ED INFORMALE DEL VOLONTARIATO."*

Una previsione rinforzata nel passaggio dedicato agli interventi rivolti alle persone con disabilità dove si esplicita che *"SI PROSEGUIRÀ NELL'ATTUAZIONE DEL PIANO D'AZIONE REGIONALE 2010-2020 PER LE PERSONE CON DISABILITÀ CON PARTICOLARE ATTENZIONE AI MINORI E ALLE FRAGILITÀ PSICHICHE. PER ASSICURARE IL DIRITTO A VIVERE NELLA SOCIETÀ CON PIENA LIBERTÀ DI SCELTA, REGIONE LOMBARDIA*



*INDIVIDUERÀ SOLUZIONI ORGANIZZATIVE E STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ, LA SUA VALUTAZIONE COMPLESSIVA, IL SOSTEGNO E L'ACCOMPAGNAMENTO NELLA COSTRUZIONE E REALIZZAZIONE DEL SUO PROGETTO DI VITA.”*

Un passaggio fondamentale perché **il tema della presa in carico non viene più posto in contrapposizione con il diritto alla “libera scelta”** ma anzi come sua pre-condizione fondamentale. Per poter esercitare il diritto alla libera scelta è necessario che le persone con disabilità siano correttamente “prese in carico” in funzione della realizzazione del loro specifico progetto di vita.

Il tema viene ripreso anche nel paragrafo dedicato alla “Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali” e che quindi interessa prima di tutto le 10.000 persone con disabilità oggi in carico alla rete dei servizi. E’ in questo passaggio che si fa riferimento per la prima volta allo Sportello Unico per il welfare.

*“LA PRESA IN CARICO GLOBALE DELLA PERSONA E DELLA FAMIGLIA, CHE PASSA ATTRAVERSO L’ADOZIONE DI UN MODELLO DI VALUTAZIONE DEL BISOGNO, OMOGENEO PER TUTTO IL TERRITORIO, PREVEDE ANCHE LA SEMPLIFICAZIONE DELL’ACCESSO AI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI TRAMITE LA CREAZIONE DI UNO SPORTELLO UNICO PER IL WELFARE. LO SPORTELLO UNICO PER IL WELFARE SARÀ LA SEDE PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO, LA CLASSIFICAZIONE DELL’UTENTE E LA RICOMPOSIZIONE DELLA RISPOSTA, VALUTANDO LA SITUAZIONE ECONOMICA PER EVENTUALI COMPARTECIPAZIONI (DOVE RICHIESTE NEL RISPETTO DEI LEA). LO SPORTELLO ACCOMPAGNERÀ LA PERSONA NELLA SCELTA DELL’EROGATORE E NEL CONTATTO CON LO STESSO. CIÒ ATTRAVERSO UN COINVOLGIMENTO DIFFUSO DEI DIVERSI LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ISTITUZIONALE, DELLA COMUNITÀ E DELLA PLURALITÀ DI SOGGETTI CHE GIÀ OPERANO NEL CONTESTO TERRITORIALE.”*

Una previsione che rafforza quindi la volontà di investire su tema della presa in carico ma che non aiuta a rispondere alle domande fondamentali necessarie per comprendere **come questa ipotesi si trasformerà in realtà.**

Chi sarà responsabile della Presa in carico?

Con quali obiettivi e risultati da raggiungere?

Con quali strumenti?

In quale luogo e in quale relazione con gli altri servizi attivi nel territorio?

Con quale autorità ?

Ci si chiede quale rapporto ci possa essere tra questa ipotesi e le funzioni che si vorrebbero attribuire ai Centri per la Famiglia, tra questi sportelli ed i CEAD ancora esistenti, ed ancora con i servizi sociali comunali con le loro funzioni di presa in carico

attribuite loro dalla legislazione nazionale (art. 14 legge 328/2000) e regionale (art.6 legge 3 2008), ed ancora con le UONPIA per quanto riguarda i minori.

Una prima possibile indicazione può arrivare da alcuni passaggi della delibera 116 che prevede l'istituzione di un nuovo Fondo Famiglia regionale. Infatti tra le aree di intervento viene previsto da un lato di *"POTENZIARE LE FUNZIONI CONSULTORIALI (...) CON L'APERTURA DI UNO SPAZIO DEDICATO ALLE FAMIGLIE CON MINORI CON GRAVI DISABILITÀ" FINALIZZATI ALLA CO-PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI ED ALLO SVILUPPO DI INTERVENTI DI AUTO MUTUO AIUTO."*

Per le persone adulte con gravi disabilità si prevede *"LA DEFINIZIONE DI UNA MODALITÀ UNITARIA DI PRESA IN CARICO INTEGRATA E DEI CONSEGUENTI INTERVENTI AD ESSA DEDICATI, IN UNA LOGICA DI COLLABORAZIONE PUBBLICO PRIVATO E DI SUPERAMENTO DELL'ATTUALE FRAMMENTAZIONE E SOVRAPPOSIZIONE, ANCHE IN ESITO ALLE SPERIMENTAZIONI/ATTIVITÀ IN CORSO (CEAD, CENTRI VITA AUTONOMA INDIPENDENTE, PUA, SPORTELLI FRAGILITÀ E QUANT'ALTRO)."*

In questi passaggi sembra emergere la consapevolezza di come la attuale frammentazione anche dei luoghi della presa in carico sia un problema reale da affrontare e risolvere. Una apertura che non riguarda solo chi svolge le funzioni tradizionali di sportello, ma in cui si prevede di coinvolgere i gestori delle unità d'offerta per rendere possibili lo sviluppo e la realizzazione di *"PROGETTI CENTRATI SULLA PERSONA E SULLE SUE ASPETTATIVE OTTIMIZZANDO IL COMPLESSO DELLE RISORSE E DELLE COMPETENZE PRESENTI."*

Si arriva così a differenziare la tipologia delle diverse prese in carico tra quella messa in capo ai singoli enti gestori e quella che prevede un processo più ampio per *"L'ATTIVAZIONE DEGLI INTERVENTI (...) LA PRESA IN CARICO GLOBALE ED INTEGRATA DELLE FAMIGLIE E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI DA PARTE DEGLI ENTI TERRITORIALI COMPETENTI – ASL E COMUNI"*. Un riconoscimento di funzione e di responsabilità importante per le istituzioni pubbliche territoriali.

La questione si complica quando la Regione è chiamata ad indicare quali siano le **iniziative concrete** che intende mettere in campo. Il tema è affrontato dalla Delibera 116. Le persone con gravi disabilità sono una delle 4 categorie individuate come destinatarie di nuovi interventi, a fronte di una previsione di uno stanziamento economico significativo, complessivo di 330 milioni di euro di cui 180 destinati proprio al mondo della disabilità. In particolare sembrano essere i **minori con disabilità i beneficiari principali di questi nuovi interventi:**

*"(...) PARTICOLARE ATTENZIONE DEVE ESSERE POSTA A:*

*- MINORI CON GRAVI E GRAVISSIME DISABILITÀ O CON PATOLOGIE IN FASE TERMINALE;*

- MINORI CON DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO (ES. AUTISMO, ETC) E/O CON PROBLEMI COMPORTAMENTALI GRAVI;
- MINORI E ADULTI IN STATO VEGETATIVO, DI MINIMA COSCIENZA, LOCKED IN;
- MINORI E ADULTI CON MALATTIE NEUROLOGICO-DEGENERATIVE (ES. COREA DI HUNTINGTON, FORME GRAVI DI DISTROFIA O DI MIOPATIA, ETC);
- MINORI O ADULTI CON MALATTIE DEL MOTONEURONE IN FASE AVANZATA (ES.SMA, SLA, SCLEROSI MULTIPLA, ETC);
- PERSONE CON PATOLOGIA PSICHICA IN FASE DI CRONICITÀ;”

**Questo elenco di priorità non viene purtroppo giustificato:** su quali dati, informazioni e segnalazioni si basano queste scelte?

Un ulteriore elemento di perplessità è la tendenza, in continuità con precedenti atti amministrativi, di individuare i potenziali beneficiari di interventi per tipologia di menomazione (Autismo, Corea di Huntigton, Sma, Sla, Sclerosi Multipla). Una scelta che segnala la **fatica dell’amministrazione regionale di staccarsi da un approccio sanitario alla disabilità** per abbracciare con convinzione quello sociale, così come le previsioni sulla Presa in carico sembrerebbero prevedere. E’ infatti difficile giustificare altrimenti il fatto che persone con eziologie diverse ma bisogni socio assistenziali equivalenti abbiano accesso o meno a benefici di carattere economico o di servizio.

Le modalità di intervento elencate sono i buoni ed i voucher socio-sanitari e quindi in continuità con la situazione vigente, seppure all’interno della cornice della presa in carico così come descritta. Una mediazione tra modelli di intervento fino ad ora considerati poco compatibili la cui efficacia sarà valutabile solo a seguito dei primi atti applicativi. Da rilevare però che le modalità di riparto del Fondo Sociale Regionale per il 2013 prevedono una semplice ripartizione delle risorse ai Piani di Zona, in parte su base storica e in parte su quota capitolaria: l’anno scorso la quota destinata ai servizi per la disabilità era stata invece vincolata in forma di voucher, creando non pochi problemi amministrativi ai comuni lombardi. Un segno tangibile di valorizzazione dell’autonomia delle istituzioni locali e una presa di distanza dall’ipotesi di ulteriore radicalizzazione del sistema dotale.

La scheda A della DGR 116 presenta in forma sintetica le caratteristiche dei **nuovi interventi** che saranno messi in campo grazie ai fondi aggiuntivi, che è opportuno ripetere, sono per il momento **solo “previsti” e non ancora identificati**.

Abbiamo già visto come i destinatari di queste misure siano le persone con gravi disabilità definite come persone che dipendono *“IN TOTO O IN PARTE, DA UN ACCIDENTE PER VEDER ASSICURATE: LE FUNZIONI VITALI (...), LE FUNZIONI PRIMARIE, LA VITA DI RELAZIONE”*. Una definizione che segnala, ancora una volta, la persistenza di un approccio sostanzialmente sanitario – assistenziale che pone la sua attenzione alla

condizione di salute psico-fisica della persona. Vengono invece tralasciati gli aspetti sociali, già previsti dalla stessa definizione di “gravità” della legge 104/92 ed oggi al centro della definizione di disabilità dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (ICF) come dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

Nel sistema dei servizi vengono individuate due criticità: la prima relativa ai servizi dedicati *“ALL’ACCOGLIENZA RESIDENZIALE E DIURNA DI MINORI, DI ETÀ INFERIORE AI 16 ANNI, CON DISABILITÀ GRAVE E GRAVISSIMA CHE CONSEGUENTEMENTE VENGONO ESCLUSIVAMENTE ACCUDITI DALLE LORO FAMIGLIA”*.

La seconda fa invece riferimento *“A DISABILITÀ CONSEGUENTI A PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE, POST TRAUMATICHE E A DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO – INDIPENDENTEMENTE DALL’ETÀ- NON TROVANO OGGI UNA RISPOSTA, CHE SAREBBE PIÙ APPROPRIATA, ALL’INTERNO DELLA RETE DI UNITÀ D’OFFERTA PER LA GRAVE DISABILITÀ PER CARENZA DI POSTI E DISOMOGENEA DISTRIBUZIONE TERRITORIALE”*.

Ci si chiede, ancora una volta su quali basi di conoscenza si basino queste affermazioni.

**In particolare destano alcune preoccupazioni le valutazioni che riguardano i bambini e ragazzi con disabilità** che è indubbio che vivano oggi, insieme alle loro famiglie una situazione di disagio e precarietà, più volte segnalati attraverso i mezzi di comunicazione, ma anche l’attività pubblica delle associazioni e delle organizzazioni di terzo settore. La previsione che sottointende all’analisi regionale fa pensare che questa situazione di disagio sia causata dalla carenza di centri diurni piuttosto che di comunità e residenze destinate in modo specifico ai bambini e ragazzi con disabilità.

Da dove emerge questa certezza ?

Una analisi seppure sommaria dei problemi fino ad oggi segnalati dalle famiglie con disabilità e dalle loro associazioni porta in evidenza altri punti critici, non presenti nelle indicazioni della delibera:

- Mancata presa in carico globale della famiglia da parte di qualsivoglia istituzione pubblica.
- Difficoltà di accesso ai servizi di neuropsichiatria infantile o, per chi viene preso in carico, interventi precari e contatti saltuari, difficoltà ad offrire supporto adeguato all’inclusione scolastica.
- Liste di attesa per accedere ai centri di riabilitazione
- Disinteresse da parte dei servizi sociali comunali alla presa in carico delle famiglie, riduzione o annullamento degli interventi sociali di supporto, contrazione anche dei servizi obbligatori di assistenza educativa scolastica.
- Accresciute difficoltà nell’integrazione scolastica sia per la scarsità / precarietà delle risorse che per un irrigidimento dell’offerta formativa e

conseguente incremento dei fenomeni di educazione separata sia all'interno della scuola comune che al di fuori.

In questo contesto ci si chiede se l'investimento in servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari, non possa incoraggiare questa tendenza all'emarginazione sociale dei bambini e ragazzi con disabilità al posto che scoraggiarla. **Sarebbe forse meglio prevedere investimenti sull'integrazione e inclusione sociale e scolastica di tutti i bambini e ragazzi con disabilità, ribadendo che è un obiettivo realistico e possibile per tutti, se accompagnata dai giusti interventi e supporti.**

La questione dei diritti sociali dei bambini e ragazzi con disabilità potrebbe essere forse una buona area dove aprire, anche in via sperimentale, il cantiere dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale, dato che ci troviamo in un contesto dove i diritti umani e sociali godono di una particolare protezione ed attenzione, anche a livello legislativo.

Una parziale attenzione a queste considerazioni, sembra emergere quando la delibera definisce le aree di intervento, ribadendo **la centralità della presa in carico dei minori e delle loro famiglie da parte dei consultori** e ponendo come obiettivo il potenziamento delle risposte domiciliari integrate. Un'attenzione a cui seguono proposte ed intenti invece "ad alto tasso di protezione". Non si tratta in questa sede di giudicare preventivamente in modo negativo queste strutture, la cui utilità, soprattutto nel fronteggiare temporaneamente alcune situazioni è indubbia. Non si può non segnalare il rischio di come, nell'attuale contesto sociale e culturale, si creino le basi per un ulteriore sostegno ad interventi di carattere speciale e separato in un momento in cui i servizi territoriali e di carattere promozionale ed inclusivo versano in uno stato preoccupante di crisi di risorse e di precarietà organizzativa.

Interessante e significativa l'ipotesi di aumentare la capacità di risposta dei servizi per le persone con disabilità adulte, cercando di promuovere iniziative dedicate a chi oggi non trova risposte adeguate nella rete delle offerte esistenti, con una particolare attenzione ai progetti di vita indipendente o a forme di residenzialità assistita diverse e di minor peso di quelle accreditate.

## Conclusione

Come si è più volte accennato, le prime indicazioni della nuova Amministrazione Regionale in tema di welfare sociale e disabilità, appaiono caratterizzate da una prudente discontinuità con quelle delle Giunte precedenti. Una prudenza forse giustificata dal tasso di radicamento del cosiddetto modello di welfare lombardo, così come si è andato configurando dai provvedimenti di riforma realizzati nel periodo 2003 – 2010.

L'elemento di maggiore innovazione è senz'altro quella della introduzione di servizi dedicati alla presa in carico. Una intenzione chiara con ancora molti elementi da chiarire sia rispetto alla stessa definizione di presa in carico che ai servizi deputati a svolgere questa delicata funzione ed alla relazione con l'insieme della rete degli interventi. Una situazione che potrebbe riaccendere l'interesse sulla [proposta elaborata nel 2011](#) da un gruppo di lavoro promosso da Ledha che in tema di Livelli Essenziali di Assistenza Sociale poneva una particolare attenzione proprio al tema della presa in carico globale, continuativa e in mano pubblica.

Importanti elementi di innovazione che convivono con elementi di continuità nelle modalità di attuazione delle misure, ovvero attraverso la previsione di erogare buoni per sostenere le capacità assistenziali delle famiglie e di nuove unità di offerta da accreditare e successivamente da finanziare con voucher socio-sanitari. Nuove unità di offerta che, occupandosi di bambini e ragazzi con disabilità destano alcune preoccupazioni circa possibili esiti di isolamento dal proprio contesto di vita sociale.

# La presa in carico comincia dall'autismo?

Commento alla Dgr X/329 del 12 luglio 2013

di Giovanni Merlo

24 settembre 2013

Temi > Autismo, Disabilità, presa in carico

Con la DGR 392 la Giunta regionale inizia l'attività di implementazione di quanto annunciato con il PSR e la DGR 116. Si comincia con la previsione di servizi per la presa in carico delle persone con autismo e delle loro famiglie. La svolta si vede ma non mancano potenziali criticità nella fase di implementazione.

La Giunta Regionale ha approvato, nella seduta del 12 luglio 2013, la Delibera 392 per l'attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico.

Un provvedimento che ha visto, nella sua genesi, il sostegno delle numerose associazioni di familiari di persone con autismo attive nel territorio lombardo.

## Cosa dice il provvedimento

Si tratta, in pratica, del primo atto con il quale la nuova Giunta prevede l'implementazione di una nuova filiera di servizi, specificatamente dedicata alla Presa in carico delle persone con disabilità, così come indicato sia nel [PR5](#) come nella [delibera 116](#) che istituisce il Fondo regionale a sostegno della Famiglia. Il tema della presa in carico era già stato posto al centro della programmazione regionale attraverso il [PAR disabilità](#), rimanendo, almeno per i due anni successivi alla sua approvazione, senza alcun seguito operativo.

Ora invece sembra che si possa passare, in tempi ragionevoli, dalle parole ai fatti. E' vero che la Dgr 392 prevede, per la sua attivazione, "successivi atti della Direzione

Generale Famiglia”, ma è anche vero che l’orizzonte tracciato è già sufficientemente chiaro, sostenuto inoltre da un finanziamento che appare adeguato (2.500.000 €). Tutto fa pensare che entro la fine del 2013 qualcosa inizierà a muoversi. Già ... ma cosa?

## La questione della presa in carico

Il tema della Presa in carico, per la sua portata simbolica e per i suoi effetti concreti, non può essere ridotto alla sola nascita di una nuova unità di offerta, fatto di per sé comunque delicato e complesso. Nel corso del passato decennio i servizi ed i luoghi della Presa in carico sono stati sistematicamente chiusi o depotenziati proprio dall’attività di riforma del modello di welfare, attuato dalle Giunte precedenti. La “Presa in carico pubblica” è stata descritta da autorevoli esponenti delle precedenti Amministrazioni regionali, come un’attività di carattere statalista, messa in opposizione con la libertà di scelta del servizio da parte dell’utente/famiglia, considerata la vera garanzia della personalizzazione dell’intervento. L’attuale sistema di finanziamento e di accesso al servizio si basa sull’assunto che l’adeguatezza dell’intervento non possa che compiersi nell’instaurarsi di un rapporto diretto tra utente/famiglia ed ente gestore del servizio, senza alcun intermediazione, filtro, orientamento e tantomeno invio, da parte di un qualsivoglia soggetto pubblico. Non a caso, in questi anni il concetto di presa in carico è stato semplicemente diventato sinonimo di accesso al servizio, dando per scontato che fosse l’ente gestore del servizio a doversi “fare carico” dell’insieme delle esigenze della persona e del suo nucleo familiare.

Per questi motivi, gli atti di indirizzo della nuova Giunta e questo primo delibera attuativa, devono essere descritti come un primo tentativo di profonda riforma del modello di welfare lombardo e quindi vale la pena dedicarvi la giusta attenzione proprio per capire se, come e in che misura possano rivelarsi efficaci.

Il processo di presa in carico descritto dalla DGR 392 è ampio ed articolato e comprende le funzioni di:

- informazione, orientamento ed accompagnamento della persona con disabilità
- raccordo e coordinamento dei diversi attori, pubblici e privati, del sistema dei servizi (puntigliosamente nominati)
- consulenza alle famiglie ed agli operatori della rete
- predisposizione del Progetto Individuale
- sostegno all’incontro ed la mutuo aiuto tra famiglie

Una visione che riprende ed aggiorna quanto indicato dall’art. 14 della legge 382/2000 e che sembra sostanzialmente aderire a quanto richiesto da tempo dalle associazioni



delle persone con disabilità sia a livello nazionale (basti ricordare la proposta di legge sul tema della FISH o la campagna sul tema condotta da Anffas ) come a livello regionale, dove come LEDHA presentammo la proposta di considerare la Presa in carico come Livello Essenziale di Assistenza.

Una visione che, ancora di più, conferma la portata innovatrice e riformatrice di questo atto all'interno del panorama del welfare lombardo. Nelle sue premesse la DGR prende atto che le persone con disabilità e le loro famiglie debbano affrontare due problemi: la solitudine (che potremmo anche tradurre in isolamento ed emarginazione) e la frammentazione dei servizi. In altre parole si prende atto che la disabilità è prima di tutto una questione sociale e che i problemi posti dalla disabilità non possono essere risolti con la semplice erogazione di prestazioni .

Si avvia, o quantomeno si dovrebbe avviare un percorso che sposti progressivamente ma decisamente, la regolazione del sistema dei servizi dalla libertà di scelta alla presa in carico (come condizione per esercitare il proprio diritto all'autodeterminazione), dall'erogazione della prestazione agli effetti degli interventi nella vita delle persone e del territorio.

Una visione che però si scontra con alcuni elementi di fragilità presenti nel meccanismo di attuazione della delibera stessa.

## Alcuni limiti

Il primo limite è che la Giunta regionale individua il “gruppo bersaglio” a partire dalla tipologia di menomazione, in questo caso l'autismo, come già capitato in passato con i provvedimenti rivolti alle persone affette da SLA. **Si tratta di un approccio ancora di carattere “sanitario”**, che non acquisisce la definizione sociale della disabilità sancita prima dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità e poi, con forza di legge, dalla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità. E' anche vero che l'autismo, per la sua complessità e per il suo impatto sociale, è stato spesso considerata una situazione paradigmatica della disabilità per cui possiamo auspicare che quello che oggi verrà implementato per le persone con autismo, possa essere rapidamente esteso a tutte le persone con disabilità che ne abbiano necessità, e quindi diritto.

Un secondo aspetto potenzialmente problematico riguarda **la durata delle iniziative che è fissata in un anno, senza alcuna previsione, per il momento, di come questi servizi, di fatto sperimentali, possano divenire rapidamente ordinari, nel caso l'esito venga considerato positivo**

La terza criticità è che questo **compito riformatore viene semplicemente affidato alle Asl, con una indicazione, per il momento molto generica. Asl le cui strutture operative, il cui personale, non ha da tempo una formazione specifica sui temi della presa in carico** ma che anzi, al contrario, è cresciuta in una cultura sociale che come,

abbiamo visto, era fortemente contraria all'idea stessa di presa in carico. La Dgr prevede che questa nuova funzione possa essere svolta con "il contributo di realtà significative già operanti sul territorio", ma la lontananza verso i temi della presa in carico globale (che quindi vada oltre la gestione di un singolo servizio) riguarda tanto gli operatori pubblici quanto quelli del privato sociale, che in questi anni sono di fatto cresciuti nel paradigma della competizione e del quasi mercato. Sembra, di scorgere una sottovalutazione della dimensione culturale della questione, necessaria affinché le azioni concrete siano improntate all'efficacia e non solo all'efficienza, come ci hanno spesso abituati in questi anni.

La quarta criticità, connessa alla precedente, è legata al processo che ha portato alla deliberazione. **Non risulta un vero percorso preparatorio e di confronto con le rappresentanze regionali di quegli attori che dovrebbero fare sistema a partire dai Comuni e che comprende i servizi di Neuropsichiatria, i Dipartimenti di Salute Mentale, il mondo della scuola, gli enti gestori dei servizi, le associazioni,...** Realtà abituate in questi anni a "fare da sole" a pensare al lavoro di rete come esito di iniziative e relazioni quasi personali e non come ad un esito di una prassi istituzionale. Se e in che modo, con quale autorevolezza, il nuovo servizio potrà convincere gli operatori che lavorano in queste realtà a dedicare tempo ed energie al "raccordo ed al coordinamento"? Come fare in modo che la decisione su "cosa fare" e soprattutto "come fare" venga messa in discussione in un ambito comune, con colleghi con diverse professionalità ed afferenti ad enti diversi? Come dare spazio, voce e dignità alle esigenze, aspettative ed ai diritti umani e sociale delle persone con autismo (ed un domani di tutte le persone con disabilità)?

**La Dgr i cui contenuti sono decisamente innovativi, sconta ancora una modalità operativa che sembra ancorata ad un certo centralismo regionale che tende a semplificare la realtà sociale dei problemi connessi alla disabilità.** Per avviare la presa in carico "non basta dirlo": sarà necessario mettere in moto un processo sia di natura culturale che di carattere organizzativo ed operativo complesso e partecipato, fortemente centrato sugli esiti nella vita delle persone e sui cambiamenti sociali e meno su aspetti quantitativi.

Un percorso la cui dimensione e valore si potrà intuire dai prossimi passi della Giunta regionale che, ci si augura, preveda, tra le altre cose, una forte azione di monitoraggio, sostegno, circolazione di informazioni a livello regionale e con la partecipazione attiva di tutti gli attori del sistema, come primo segno di riconoscimento della portata culturale e riformatrice delle azioni previste

# Fondo Non Autosufficienza: si riparte...per quest'anno

A cura di Valentina Ghetti e Rosemarie Tidoli

7 ottobre 2013

Temi > Anziani, Disabilità, Fondo Non Autosufficienza

*Dgr n. X/740 del 27 settembre 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”*

La dgr ripartisce il FNA 2013 e ne definisce i termini di utilizzo.

Il Fondo Nazionale non Autosufficienza, introdotto dal 2007 come sostegno statale agli interventi degli enti locali a favore dei soggetti non autosufficienti, è stato oggetto nel 2009 e 2010 di un investimento complessivo nazionale di 400 milioni. Nel 2011 e 2012 invece non è stato rifinanziato, ad eccezione di una quota di 100 milioni riservata esclusivamente ai malati di Sla.

Nel 2013 la conversione del decreto sulla spending review riporta in vita il FNA. Sul “fondo per le esigenze indifferibili” vengono stanziati 658 milioni, una parte dei quali sarà destinata all’assistenza domiciliare per le persone gravemente non autosufficienti e i malati di SLA. Tuttavia ad oggi non sappiamo ancora se si tratterà di una ripresa contingente o se verrà data continuità al fondo anche per i prossimi anni.

**Per la Lombardia questo si traduce in un’assegnazione per il 2013 di 41,5 milioni.**

**Tab. Trend riparto FNA Lombardia (milioni di euro)**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Risorse fv Lombardia da decreti nazionali di riparto	14,6	44,1	58,8	56,5	0,0	0,0	41,5
Risorse assegnate alle Asl-Regione	8,6	22,0	16,0	9,5			14,5+3,5
Risorse assegnate agli ambiti distrettuali	6,0	22,1	42,8	47,0			27

Fonte: Decreti Ministeriali e delibere di riparto regionali

La presa d'atto dell'erogazione e le intenzioni di Regione Lombardia per l'assistenza a favore di portatori di gravissime disabilità e di disabilità gravi o anziani non autosufficienti vengono esplicitate nella DGR 590/2013. Questa delibera – DGR 740/2013 -, di taglio più operativo, ne dettaglia l'impiego e aggiunge 3,5 milioni provenienti dal FSR (già nelle disponibilità delle ASL) al fine di “riconoscere nell'ambito delle prestazioni di assistenza rese dai familiari e/o dagli assistenti personali quelle di carattere sociale a rilevanza sanitaria”. Nel sito è presente un commento puntuale alla dgr, qui di seguito illustriamo in sintesi le indicazioni sostanziali in merito all'utilizzo del fondo.

<b>Disabilità gravissime</b> – malattie del motoneurone, stato vegetativo, altre patologie (<65 anni) che comportino dipendenza vitae e assistenza h24	<b>Persones con disabilità grave e anziani nonautosufficienti</b> – persone in condizione di non autosufficienza o di disabilità grave
<b>Quasi 18 milioni</b>	<b>27 milioni</b>
Titolarità Asl	Titolarità Comuni
<b>Buono mensile di € 1000</b>	<b>Buono mensile di max 800 euro</b>
erogato senza limite di reddito per compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare e/o per acquistare le prestazioni da assistente personale.	per compensare le prestazioni di assistenza assicurate dal caregiver familiare e/o per acquistare le prestazioni da assistente personale.
<b>Prestazioni erogabili</b> - assistenza diretta alla persona - interventi di aiuto domestico finalizzati all'igiene e al comfort dell'ambiente - interventi complementari all'assistenza domiciliare	<b>Prestazioni erogabili</b> - fornitura diretta di servizi da parte del comune attraverso anche un potenziamento del sad, - erogazione di voucher per l'acquisto degli interventi da soggetti accreditati - erogazione di contributi sociali per periodi di sollievo della famiglia - erogazione del buono sociale mensile fino ad un massimo di € 800 per sostenere progetti di vita indipendente
<b>Processo:</b> Valutazione multi dimensione integrata Asl-Comuni  Predisposizione PAI in cui sia contenuto - esito valutazione - interventi sostenuti con il buono prestazioni adi - altri interventi - isee della persona  Monitoraggio a cura dell'Asl con coinvolgimento delle associazioni delle persone con disabilità	<b>Processo:</b> Valutazione della persona, anche avvalendosi della valutazione multidimensionale dell'Asl  Predisposizione PAI in cui sia contenuto - esito valutazione - interventi sostenuti con il buono prestazioni adi - altri interventi - isee della persona  Monitoraggio a cura dei comuni/ambiti territoriali con coinvolgimento delle associazioni delle persone con disabilità

# Presenza in carico della disabilità. Eppur si muove

Commento alla dgr n. X/790 del 27 settembre 2013

di Giovanni Merlo

6 ottobre 2013

Temi > Anziani, Disabilità, Fondo Non Autosufficienza

Con la DGR 740, la Giunta Regionale inizia a dare concreta attuazione alle precedenti affermazioni programmatiche. La ripartizione e l'utilizzo delle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza rispondono a criteri e linee guida che fanno prefigurare un deciso cambiamento di rotta nell'impostazione del welfare lombardo

Le modalità di utilizzo delle risorse provenienti dal Fondo per la Non Autosufficienza 2013 erano già state ampiamente comunicate con la [Dgr 590](#) del 2 agosto scorso. Si tratta di un complesso di oltre 40 milioni di euro di provenienza statale, connessi al rifinanziamento del Fondo che nell'anno precedente era stato invece azzerato (si veda [articolo correlato](#)).

La Dgr 590 prevedeva in estrema sintesi di:

- destinare il 35% di questo fondo al sostegno alla disabilità gravissima ed il restante alla disabilità grave;
- estendere la platea dei beneficiari dalle sole persone con SLA ed altre malattie del motoneurone, beneficiarie dei precedenti dispositivi, all'insieme di persone con disabilità gravissime;
- ricomporre ed integrare le risorse previste per gli interventi sociali, sanitari e socio-sanitari;
- far precedere l'erogazione del contributo ad una valutazione multidimensionale del bisogno come premessa di un processo di presa in carico globale ed integrata da parte di Asl e Comuni ed alla stesura di piano di assistenza con forte connotazioni di personalizzazione.

Un serie di intenti che confermavano la volontà della nuova Giunta regionale di abbandonare, seppure con le dovute prudenze, l'attuale modello di welfare sociale

lombardo per aprirsi ad un maggior coinvolgimento delle istituzioni territoriali ed una maggior attenzione al contenuto ed all'efficacia degli interventi rispetto al semplice rispetto della "libertà di scelta" dell'ente erogatore. Volontà già emersa dalle dichiarazioni contenute nel capitolo dedicata all'Area sociale del PRS (Piano Regionale di Sviluppo) e nella DGR 116 che istituiva il Fondo Regionale per la Famiglia. Dichiarazioni programmatiche che trovano un primo concreto campo di sperimentazione.

La Dgr 740, come prevedibile, conferma quanto indicato nella precedente comunicazione disponendo innanzitutto la divisione tra gli interventi diretti alle persone con disabilità gravissima da quelli destinati alle persone non autosufficienti.

## **Sulle disabilità gravissime**

La disabilità gravissima viene individuata nella dipendenza da un assistente per vedere assicurate le funzioni vitali, primarie e di relazione. I beneficiari dovranno avere meno di 65 anni. A queste persone, con queste caratteristiche indipendentemente dall'eziologia, viene garantito in forma universalistica una forma di sostegno significativa, pari a € 1.000 al mese.

La titolarità dell'intervento in questo caso sarà in capo all'Asl con una forte prescrizione di coinvolgimento dei Comuni. Un intervento ed una titolarità schiettamente pubblica che, come previsto, non si limiterà alla gestione amministrativa connessa all'erogazione del contributo ma dovrà prevedere una fase di valutazione multidimensionale del bisogno, la stesura di un progetto di assistenza personalizzato che comprenda ed integri le risorse a disposizione della persona e ne veda un coinvolgimento diretto ed abbia connotati di forte flessibilità e personalizzazione.

Le risorse statali per questa area di intervento sono pari a € **14.543.375** a cui si **aggiungono € 3.500.000 provenienti dal Fondo Sanitario Regionale. Sembra, quest'ultima novità, una prima risposta ai dubbi di chi temeva una sottovalutazione del fondo rispetto al bisogno. A questo incremento si deve aggiungere l'impegno politico espresso dall'Assessore di prevedere fondi aggiuntivi nel caso si dovesse registrare un numero di richieste più alte di quelle preventivate dagli uffici regionali.**

La valutazione del bisogno viene affidata alle UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) già costituite in occasione degli interventi in favore delle persone con SLA ed altre malattie del motoneurone e composte da un medico, un infermiere ed un assistente sociale di provenienza comunale. Viene lasciata una certa discrezionalità sugli strumenti di valutazione pur indicando "negli strumenti di valutazione già in uso" una scelta preferenziale. Viene comunque previsto con

precisione come la valutazione dovrà essere la sintesi della valutazione funzionale della persona e della valutazione sociale.

**Il richiamo culturale esplicito è quello all'esperienza del Budget di cura, anche se le condizioni sociali e culturali oggi presenti in Lombardia appaiono molto diverse da quelle che hanno contraddistinto le esperienze triestine o casertane. Il progetto personalizzato potrà indicare e prevedere diverse possibilità di intervento da quelle sostenute direttamente dal buono di € 1000 (assistenza diretta, aiuto domestico) a quelle assicurate dall'ADI fino ad arrivare alle "altre forme integrative per la risposta al bisogno, misure economiche di carattere assistenziale già erogate da Enti pubblici e privati". Viene infine richiamato l'inserimento dell'Isee individuale. Una previsione che non viene però collegata ad alcuna forma di limite nell'accesso alla misura collegata al reddito e di cui, quindi non si coglie, ad una prima lettura, la ragione.**

## **Sulla non autosufficienza**

Una parte significativa delle risorse del FNA sono destinate ad una platea potenzialmente molto più vasta di beneficiari, ovvero le persone con disabilità gravi senza vincoli di età. Lo schema di funzionamento di questa seconda misura ricalca quanto previsto per le persone con gravissime disabilità, con alcune significative differenze. La titolarità dell'intervento passa dall'Asl al Comune, il buono mensile sarà di € 800 mensili e potrà sostenere anche i costi connessi ai progetti di Vita indipendente ed in questo vi sarà la possibilità per la persona con disabilità gravissima, già "coperta" dalla prima misura, di poter accedere anche a questa forma di sostegno.

## **Alcune riflessioni in merito**

Come si accennava la Dgr 740 diviene il **primo banco di prova per quella "discontinuità" annunciata dalla Giunta regionale in tema di welfare sociale.** Un provvedimento sicuramente ricco di novità, rispetto al passato e che ha buone possibilità di effettiva implementazione, anche perché non va a toccare l'impianto complessivo e più impegnativo delle Unità di offerta sociosanitarie socio assistenziali. Si tratta infatti di una scelta di allargamento del raggio di impegno e responsabilità del welfare pubblico a fasce di popolazione rimaste fino ad ora escluse o ai margini della programmazione regionale. Anche il carattere di universalità della misura è significativo perché pone al centro la condizione di bisogno / diritto della persona e non la tipologia della sua menomazione e neppure la condizione economica personale né del suo nucleo familiare

Una discontinuità che rimette al centro della programmazione degli interventi il servizio pubblico richiedendo ad Asl e Comuni un livello di integrazione e collaborazione impensabili nel recente passato. In che modo livelli di governo oggi

spesso così distanti potranno integrarsi, senza mettere in gioco le loro autonomie operative? Chi deciderà in caso di contrasti o anche solo differenze di vedute?

**Le possibili criticità in fase di implementazione riguardano la scarsa formazione ed abitudine dei dirigenti ed operatori sociali a questo tipo di azione e di responsabilità.**

Una responsabilità che va oltre la semplice previsione di diverse prestazioni ed alla loro gestione burocratica. Si è chiamati ad un incontro reale e profondo con le persone, ad entrare nel merito del contenuto dei progetti di vita ed alle scelte di intervento, ad interagire non solo con “enti erogatori” ma con le famiglie ed il loro territorio.

Un processo di cambiamento, che sarà presumibilmente molto ben accolto dagli operatori del settore, ma che non vede al momento alcun tipo di supporto operativo o formativo: l’eccezione significativa è data dall’attività di monitoraggio e controllo che sarà gestita dalla stessa Asl e dagli stessi Comuni ma che dovrà vedere il coinvolgimento delle associazioni soprattutto per quanto riguarda gli esiti degli interventi, anche in ordine alla soddisfazione delle persone coinvolte. E’ questa una ulteriore richiesta di profondo cambiamento che viene posta agli operatori pubblici: **l’attività di monitoraggio e valutazione dovrà entrare necessariamente nel merito dei progetti e non limitarsi alla verifica degli adempimenti formali.**

Un cambiamento di rotta il cui peso culturale sembra non trasparire nelle parole del documento regionale invece molto preoccupato degli aspetti organizzativi: **il rischio evidente è quello che nel passaggio dalle parole alle azioni la portata innovativa si perda nelle inerzie gestionali.** Accanto al rischio vi sono però anche ottime opportunità di ripensare gli interventi in favore delle persone con disabilità non più solo o tanto i termini assistenziali e prestazionistici ma come interventi schiettamente sociale.



# Le Asl vanno di fretta ...

Un commento sui primi esiti del percorso attuativo della DGR 740

di Giovanni Merlo e Laura Abet

16 dicembre 2013

Temi > Anziani, Disabilità, presa in carico

Sono passati poco più di due mesi dall'approvazione della DGR 740, che prevede interventi in favore di persone con disabilità grave e gravissima, con un forte livello di integrazione sociosanitaria e sociale. Una integrazione di cui si trovano solo alcune tracce in queste prime settimane di attuazione, caratterizzate da un forte attivismo da parte delle Asl, senza un analogo coinvolgimento da parte dei Comuni.

Con la DGR 740 2013, la Direzione Generale Famiglia, ha impresso una forte accelerazione al processo di riforma del welfare sociale lombardo, così come delineato dalle affermazioni contenute nel Programma Regionale di Sviluppo e nella DGR 116. Come è noto la [DGR 740](#), del 27 settembre 2013, prevede l'utilizzo delle risorse assegnate alla Lombardia del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, per interventi in favore delle persone con gravi e gravissime disabilità non in carico ad Unità di Offerta, tesi a garantirne la permanenza nel proprio contesto di vita. Misure che prevedono una forte integrazione tra intervento sociosanitario e sociale e l'utilizzo del Budget di cura come strumento operativo (si vedano gli [articoli precedenti](#), anche a [commento della dgr 856](#))

A distanza di poco più di due mesi, è stata effettuata una prima verifica di cosa sia successo e stia succedendo nei diversi territori. In che modo, cioè, le istituzioni preposte stiano interpretando un cambiamento così profondo nel modo di pianificare le misure di politica sociale in Lombardia<sup>1</sup>.

---

1. 1 L'articolo è stato elaborato in collaborazione con Sara Besia

## Le attese

L'aspettativa era quella di vedere avviati cantieri di lavoro tra Asl e Comuni/Piani di zona, per creare le condizioni organizzative e culturali che rendessero possibile l'avvio di un approccio integrato ai problemi della disabilità. La percezione, per le segnalazioni e le notizie circolanti, è invece di una difficoltà diffusa nel sostenere e interpretare questo processo di cambiamento: difficoltà rese evidenti da un'azione molto marcata ed "efficiente" da parte delle Asl, condotta però in modo "solitario", senza un adeguato coinvolgimento dei Comuni sia nella fase di programmazione che in quella di attuazione. Un'azione che sembra molto orientata all'erogazione del contributo economico più che al processo di presa in carico e di progettazione globale ed integrata.

Per verificare questa percezione è stato svolto un lavoro di raccolta dati, basandosi sulle informazioni messe a disposizione dei cittadini sui siti delle Asl, ovvero dell'ente individuato come responsabile della governance degli interventi rivolti alle persone con gravissima disabilità. Il risultato complessivo conferma in parte la prima impressione, ma con una certa differenziazione di comportamenti e di scelte, da territorio a territorio.

Le aree indagate riguardano la fase di valutazione (che la dgr 740 prevede come valutazione multidimensionale), la presenza o meno di informazioni riguardanti il progetto individuale di assistenza (PAI), lo strumento di attuazione, l'ente a cui presentare la domanda (se presso Asl e/o presso Comune)

## Cosa sta accadendo nella realtà

L'esito complessivo di questa raccolta dati lo trovate riassunto in questa [tabella](#) (in allegato).

*La comunicazione.* In sette casi su quindici, sui siti delle Asl, alla data del 9 dicembre, non compariva ancora alcuna indicazione su come poter accedere ai benefici previsti dalla DGR 740. In un caso (Asl Mantova) sul sito è stato pubblicato il solo modulo di richiesta. Quattro Asl, a seguito di un contatto via mail, hanno però fornito le informazioni in proposito. E' stato quindi impossibile, al momento, raccogliere le informazioni sulle iniziative assunte o in fase di progettazione dalle sole Asl di Lecco, Lodi e Valle Camonica. Una carenza di informazioni che potrebbe essere interpretata come scarsa efficienza oppure come un esito di un percorso di programmazione partecipato non ancora concluso.

Possiamo dire che, ad oggi, l'accento nelle informazioni offerte e nella stessa modulistica, è data dalla possibilità di richiedere un contributo, che nel caso delle persone con disabilità gravissima, in capo all'Asl sarebbe pari a 1.000 € al mese,

mentre per i casi di disabilità grave, di responsabilità comunale, è previsto di 800 € al mese.

Si tratta della prima forma di interpretazione “riduttiva” della DGR 740. La delibera infatti non si limita a prevedere l'erogazione di un contributo economico, ma vincola questa opportunità ad un processo molto più ampio di valutazione multidimensionale e di progettazione globale ed integrata. Un processo capace, prima di tutto, di mettere in gioco gli interventi già in atto e quelli attivabili, alla luce delle risorse pubbliche, sociali e personali disponibili. Un progetto, al cui interno, le risorse della 740 divengono delle ulteriori risorse disponibili a sostegno del benessere della persona coinvolta.

*La valutazione.* Secondo passo, la valutazione. La valutazione dei bisogni delle persone dovrebbe assumere un profilo multidimensionale, capace cioè di integrare il profilo funzionale della persona e la valutazione sociale (condizione familiare, abitativa e ambientale). Una valutazione quindi che necessariamente si prevede che sia effettuata in forma integrata tra Asl e Comuni. Alcune Asl non dichiarano in che modo e con quali strumenti verrà operata la valutazione. In due casi si fa riferimento agli strumenti già sperimentati nel periodo precedente per l'ADI (Brescia e Mantova): in ben sei casi il riferimento è, coerentemente con quanto previsto dalla DGR, ad un processo di valutazione multidimensionale del bisogno. Non tutte le realtà esplicitano la necessità che il processo porti ad un Progetto individualizzato: questa previsione viene citata in soli sei ambiti territoriali.

*Gli strumenti.* Lo strumento individuato è in tutti i casi quello del buono, come del resto previsto dalla delibera, che però precisa che potrebbe essere utilizzato, oltre che per la compensazione del reddito, anche per acquistare prestazioni da assistente personale.

Un indicatore concreto, per misurare il grado di integrazione tra Asl e Comune, può essere rappresentato dal luogo di presentazione delle domande. Il CEAD viene indicato in tre situazioni (Bergamo, Pavia, Sondrio) mentre a Como e Mantova si indica lo Sportello Unico per il welfare, un nuovo punto di accesso alla rete che la Regione sta sperimentando in diversi territori. Si tratta complessivamente di cinque situazioni in cui il luogo di presentazione della domanda è “ad alto tasso di integrazione” fra uffici Asl ed uffici comunali. In altri casi si deve fare invece riferimento ad entità “tipiche” delle Asl, come gli sportelli fragilità, il dipartimento ASSI, gli uffici dell'ADI o l'UCAM (Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale).

Il fatto che la delibera preveda una misura complementare, destinata alle persone con disabilità grave, di competenza comunale viene citata in sole tre Asl, ma senza offrire ulteriori indicazioni in proposito. Nel resto dei territori, al momento, non compare alcuna informazione in merito.

## Conclusione

La fotografia che emerge dalla visione e lettura dei siti delle ASL, in merito alla DGR 740, non è necessariamente esaustiva di quanto sta avvenendo realmente in tutti i territori ed alle diverse persone che chiedono di accedere a queste misure.

E' però possibile ricavare alcune indicazioni su punti di forza e punti di debolezza insiti in questa prima fase di implementazione di questa misura.

Il primo dato che emerge è **la fatica a distaccarsi dal modello precedente, in particolare alle modalità abituali di erogazione del cosiddetto "contributo SLA"**, che hanno caratterizzato la modalità di gestione di questi fondi negli ultimi due anni.

L'accento e l'attenzione è ancora posto all'accesso al contributo e non alla presa in carico ed all'integrazione degli interventi. In questo quadro il rischio di una banalizzazione e burocratizzazione del percorso di valutazione e progettazione potrebbe essere molto alto. Se infatti l'accento fosse veramente sull'accesso al contributo economico, si rischierebbe di considerare tutto il percorso come una serie di semplici adempimenti formali per giungere, finalmente, al punto, cioè all'effettuazione del bonifico da Asl a beneficiario.

Sarebbe stato più opportuno mettere l'accento sulla possibilità di accedere ad una forma di presa in carico globale ed integrata che ponesse, ma solo alla fine del percorso, la possibilità di intercettare queste risorse per sostenere i progetti, i bisogni ma anche i desideri e le ambizioni personali. Questo è senz'altro l'aspetto di maggiore attenzione, in un contesto professionale e sociale fortemente influenzato ed abituato ad un modello di welfare fino ad ora fortemente orientato all'accesso alla prestazione, in genere di carattere sanitario o assistenziale.

In secondo luogo l'integrazione tra aspetti sociosanitari e sociali appare ancora debole e disomogenea. E' possibile, ed in alcuni casi se ne ha anche notizia, che vi sia alle spalle ed in corso un lavoro intenso di contatti e riunioni tra Asl e Comuni. E' bene sottolineare come le informazioni circolanti su questi primi contatti riguardino soprattutto la gestione dei casi di quelle persone con SLA o altre malattie del motoneurone: persone che avevano beneficiato di un contributo corposo da parte delle Asl e che avrebbero potuto trovarsi in difficoltà a causa del decurtamento del contributo e al passaggio di gestione ai comuni. E' certo comunque che, al momento, l'azione delle Asl e dei Comuni viaggiano in parallelo ed a velocità differenti e comunque in modo ancora molto distante da quanto previsto dalla stessa DGR 740. E' anche vero che in alcuni casi si evidenziano segnali interessanti di collaborazione e integrazione, in particolare in quelle situazioni dove il luogo di presentazione della domanda sia una realtà integrata come i Cead e, come si auspica che sia, anche il neonato Sportello Unico per il Welfare.

Il percorso della integrazione sociosanitaria e sociale si può dire quindi solo in parte avviato. Anche da questi primi dati, appare chiaro come il raggiungimento di questo obiettivo possa e debba essere sostenuto da una intensa attività di monitoraggio, formazione e supporto centrale, che riguardi tanto gli aspetti tecnici e organizzativi quanto quelli più squisitamente culturali.

# La valutazione multidimensionale

# Il Budget di cura: definizioni e applicazioni

Intervista a **Fabrizio Starace** - Direttore del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche dell'Azienda USL di Modena

A cura di Valentina Ghetti e Giovanni Merlo

28 gennaio 2014

Temi > Budget di cura, Disabilità

Negli atti regionali si fa spesso riferimento al budget di cura. Nei diversi indirizzi emanati dalla DG Famiglia viene citato quale strumento di attuazione dell'integrazione sociosanitaria e della presa in carico integrata, in particolare in riferimento alla non autosufficienza. Poiché per ora non sono ancora state date indicazioni specifiche sulla sua concreta applicazione, abbiamo pensato di chiarire a cosa si fa riferimento nella letteratura scientifica e nelle esperienze italiane che hanno provato ad applicarlo, chiedendolo a chi ne ha fatto da tempo un oggetto di approfondimento.

**Dott. Starace, lei ha scritto un libro intitolato “Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute”<sup>2</sup>. Questo strumento dunque lo ha studiato e ne ha seguito le principali applicazioni. Come è possibile definire il Budget di cura e qual è la sua genesi e storia?**

In generale preferisco parlare di Budget *di salute*. In una frase lo possiamo definire così: **una sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare ad una persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità.** La caratteristica peculiare del BdS è di essere strutturato sui bisogni e per questo di essere flessibile e non legato ad un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore.

---

<sup>2</sup>. <sup>2</sup> Carocci Faber, 2011 – [Link](#) alla presentazione del libro

Quanto alla storia, si tratta di un approccio sperimentato a partire dagli anni '90, ampiamente in uso negli USA, tanto che nel 2003 risultava essere utilizzato nel 75% degli stati americani.

In Italia le prime esperienze vengono realizzate tra gli anni '90 e 2000. Un periodo in cui vengono emanate importanti norme di carattere nazionale che hanno proposto in maniera più cogente il tema dell'integrazione sociosanitaria. In particolare la legge quadro 328 sugli interventi sociali e i DPCM sui Livelli essenziali di assistenza (LEA). A partire da questo obiettivo, il BdS è risultato un utile strumento applicativo per realizzarlo.

La prima regione a sperimentarlo è stata il Friuli Venezia Giulia, a cui è seguita un'ampia applicazione in regione Campania. Ma anche altre regioni, seppur in maniera più circoscritte, lo hanno sperimentato, ad esempio Piemonte, Sicilia ed Emilia Romagna.

L'applicazione è prevalentemente nel campo della salute mentale e disabilità fisica, ma ci sono sperimentazioni anche in altri campi della fragilità (non autosufficienza, dipendenze, tutela...).

La Campania è quella in cui l'esperienza è più avanzata, sia in termini numerici che normativi. Il BdS qui è stato tradotto in linee guida operative e assunto da una delibera regionale<sup>3</sup>, dunque c'è stato un recepimento normativo dello strumento.

La genesi è quindi la necessità di gestire l'estrema complessità originata dall'impegno di due sistemi – quello sociale e quello sanitario – centrati sulla stessa persona, che però non sono abituati a dialogare tra loro. Sistemi che hanno storie, culture, modalità di assessment e di intervento molto differenti. Il BdS è lo strumento che prova a metterli insieme.

## Quali sono le caratteristiche specifiche del budget di salute?

Un elemento che qualifica il BdS è certamente la **sostenibilità dell'impegno economico**. L'integrazione sociosanitaria richiama, tra i vari aspetti, il tema della ripartizione economica. I LEA definiscono la differenziazione della spesa in termini percentuali tra i due sistemi, ma sappiamo bene che nella loro applicazione concreta, spesso la divisione delle competenze risulta difficilmente individuabile con la stessa nettezza e talvolta l'esito è un impegno insostenibile, per enti e utenti. Il BdS cerca di

---

3. <sup>3</sup> Dgr n.483 del 21.09.2012 "Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con budget di salute. Adozione delle linee guida ai sensi dell'art. 46 della legge regionale n.1/2012"



dare risposta a questo problema considerando sin dall'inizio del percorso di presa in carico un solo budget, alimentato dai bilanci sia di parte sociale che sanitaria.

Tuttavia non deve essere inteso solo come strumento di definizione economica. La parola budget spesso è intesa in modo riduttivo. Qui si fa riferimento alla definizione non solo economica, ma anche delle risorse umane, delle tecnologie, degli spazi ecc... Si tratta cioè della definizione di tutti gli aspetti che concorrono a costruire il percorso di presa in carico, che non necessariamente si traducono in termini di tariffe.

L'altro elemento qualificante è quello di **prevedere l'attivazione non solo dei soggetti istituzionali, ma anche della comunità nel suo complesso**, ovvero di tutti quei micro e macro sistemi auto-organizzati (associazioni, comitati di quartiere, organizzazioni di promozione sociale, cooperative...) che fanno parte del contesto della persona. Inoltre essi in questo modello non hanno più solo il ruolo di gestori ed esecutori, ma un ingaggio e una partecipazione nella co-progettazione dell'intervento sin dal suo avvio.

Per fare un esempio concreto, prendiamo il caso di una persona anziana in condizione di pre-alzheimer. Qui si riconoscerà certamente la necessità di un intervento di tipo neuro cognitivo, ma l'aspetto su cui si punterà, e che garantirà il successo dell'intervento, sarà il coinvolgimento dell'associazionismo di base, magari anche a titolo volontario, che svolga un intervento complementare a quello professionale, ad esempio nell'accompagnare la persona a fare percorsi noti o ad incontrare persone conosciute. E' una risorsa che ha un valore enorme e che può essere reperita in veri e propri serbatoi di capitale sociale.

Infine l'attenzione a che **la persona possa identificarsi come soggetto produttivo**. Per questo ad esempio uno dei meccanismi previsti nella formulazione del BdS è l'acquisizione dell'individuo come socio lavoratore da parte di cooperative sociali radicate nel territorio.

Per darne una declinazione schematica, ecco le principali differenziazioni che pone il modello del BdS dal più tradizionale modello biomedico, fondato su diagnosi, prognosi e terapia.

<b>Modello Biomedico</b>	<b>Modello "BdS"</b>
Paternalismo	Autonomia
Cittadino assistito	Cittadino protagonista
Intervento contenitivo	Inclusione sociale
Responsabilità centrale	Sussidiarietà
Assistenza Sanitaria	Promozione della Salute e Sviluppo Economico-Sociale

## Quali sono le difficoltà principali con cui si scontra l'applicazione del BdS?

Sicuramente l'ostacolo più grande è la complessità dell'oggetto dell'intervento e il fatto che le persone sono poco inclini a considerare tale complessità. Non stiamo cioè parlando di un organo malato ma di una persona con tutto il suo corredo di storia, valori, scelte e caratteristiche, che a causa di una disabilità fisica o psichica vede grandemente ridotte le proprie possibilità di esercizio dei diritti, primo tra tutti quello alla salute.

Non ci sono modalità semplici per affrontare questa complessità. In questi casi non funziona il modello ospedaliero (fondato su diagnosi, prognosi, terapia). Non sono percorsi lineari, sono percorsi che durano una vita, che riguardano molteplici dimensioni, che prevedono momenti di acuità maggiore, che richiedono un livello di intervento che deve essere sempre congiunto tra sociale e sanitario e in cui l'assenza di uno pregiudica l'efficacia dell'altro.

Ecco, l'essere consapevoli e gestire in modo adeguato questa complessità è la difficoltà maggiore.

# 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

A cura di Rosemarie Tidoli

26 febbraio 2014

Temi > Anziani, Disabilità

Dopo il precedente articolo, nel quale esamina le ricadute della DGR X/1185 del 20 dicembre 2013 sulla residenzialità per anziani, l'Autore prosegue l'analisi delle Regole 2014 focalizzando l'attenzione sull'integrazione sociale e socio-sanitaria e sulla valutazione multidimensionale in relazione ai servizi per gli anziani.

## Lo scenario in cui si situa la delibera delle regole 2014

La politica socio-sanitaria della Regione Lombardia, delineata dalle regole di sistema 2014 relative all'ambito socio-sanitario contenute nell'allegato 4 della delibera in esame, si colloca in uno scenario caratterizzato:

- da una parte, dal progressivo aumento della domanda di assistenza proveniente dalla popolazione lombarda e dalla crescente complessità e fragilità di un'utenza il cui invecchiamento si accompagna ad un'elevata prevalenza di (poli)patologie croniche e di demenza;
- dall'altra, dalla crisi economica che coinvolge un numero crescente di famiglie lombarde e che limita la disponibilità di risorse della stessa Regione.

Tale scenario **impone una revisione del sistema di offerta basata:**

- **sulla forte integrazione socio-sanitaria**, come condizione per la "presa in carico complessiva ed integrata" dei bisogni della persona e della famiglia nel loro contesto di vita

- **sulla diversificazione degli interventi**, che su un versante assicuri un sostegno concreto a famiglie che assistono a domicilio persone in situazioni di disabilità e di compromissione cognitiva (si veda [articolo precedente](#)), sull'altro offra ad un'utenza caratterizzata da minori livelli di dipendenza funzionale e di instabilità clinica un'offerta residenziale più "leggera" (link ad [articolo sul tema](#))
- **sull'attenta selezione dell'utenza, grazie alla valutazione multidimensionale (VMD)**, così da garantire il massimo grado di appropriatezza delle risposte messe in campo.

La delibera delinea un percorso di innovazione sostanzialmente organico e coerente, che **per alcuni aspetti si pone in forte discontinuità con gli indirizzi politici delle precedenti legislature regionali** (pensiamo all'enfasi posta sull'integrazione socio-sanitaria, appunto, o al forte ruolo di governo degli accessi ri-assegnato alle ASL), **per altri ne assume alcuni valori di fondo** (la libertà di scelta dei cittadini, la competizione nel quasi mercato dei servizi) rimodulandoli alla luce di un **più forte impianto programmatico**, reso necessario dalla contrazione delle risorse. La preannunciata estensione del voucher per l'accesso alle RSA, ad esempio (si veda il [precedente articolo dell'autore](#)), resta subordinata al riscontro *ex ante*, da parte delle unità valutative, della congruenza dei bisogni; così, la sospensione dei nuovi accreditamenti, oltre che tener conto della recente sentenza del Consiglio di Stato, risponde all'esigenza di costruire un forte sistema di programmazione attento non solo "alla dimensione dell'appropriatezza" ma anche "alla dimensione territoriale ed alle sue specificità".

## L' integrazione sociale e socio-sanitaria

Si tratta di uno degli aspetti più condivisibili e qualificanti delle Regole 2014. La delibera sottolinea ripetutamente l'importanza dell'integrazione sociosanitaria, richiamando l'esigenza di "mettere in campo azioni che coinvolgano i diversi comparti sanitari, sociosanitari e sociali, finalizzate alla ricomposizione di interventi ancora in massima parte frammentati".

Strumenti di tale integrazione, richiamati dalla delibera, sono:

- la "Cabina di Regia" che coinvolge ASL e Comuni, luogo di programmazione e di governo degli interventi socio-sanitari e sociali;
- lo "sportello unico del welfare", evoluzione dei Punti Unici di Accesso e dei Centri per l'Assistenza Domiciliare ([CeAD](#)) già sperimentati sul territorio regionale, finalizzato a "facilitare l'incontro tra la persona ... ed il sistema di offerta dei servizi", con funzioni di "informazione, orientamento, accompagnamento, valutazione e di accesso ai servizi". Lo sportello si configura come un momento d'integrazione al tempo stesso istituzionale e degli

operatori dei diversi comparti, in un'ottica multidisciplinare e multidimensionale;

- la stessa valutazione multidimensionale del bisogno, che “non solo assicura una presa in carico globale della persona e della sua famiglia, ma costruisce concretamente l'integrazione a livello professionale, oltre che istituzionale”;
- un sistema informativo condiviso, capace di far dialogare i diversi attori del sistema e di “garantire l'integrazione degli interventi” evitandone la duplicazione.

**L'attenzione alla dimensione sociale dei bisogni e degli interventi ed all'integrazione tra comparto sociale, socio-sanitario e sanitario non sembra solo formale, ma assume nella delibera delle regole una valenza strategica**, al tempo stesso obiettivo delle politiche regionali e strumento indispensabile, in una fase di contrazione delle risorse, per aumentare la capacità di risposta del sistema dei servizi. Con i bilanci dei Comuni falciati da anni dalla riduzione dei trasferimenti statali e una sanità sempre alla rincorsa del continuo incremento della domanda e dei costi, **questa è senz'altro una sfida molto ardua, che solo un forte investimento sul “capitale umano” può consentire di affrontare con successo.**

## La valutazione multidimensionale del bisogno

L'insistenza che le Regole pongono sull'importanza della VMD del bisogno ne fa una delle novità più significative delle politiche socio-sanitarie di questa amministrazione regionale (anche se le prime sperimentazioni in materia erano già state avviate nel 2012 nell'ambito della sperimentazione ADI ). La VMD assume infatti nell'articolato delle Regole una funzione di “lettura integrata dei bisogni nelle diverse dimensioni della persona” con l'obiettivo di “facilitare l'accesso del cittadino e della sua famiglia alle diverse unità d'offerta sociali e/o socio-sanitarie” garantendo, attraverso l'informazione e l'orientamento, “risposte appropriate ai bisogni rilevati”. Si configura quindi come “uno strumento per il governo regionale e territoriale delle risorse finanziarie annuali destinate al sistema socio-sanitario” grazie anche alla scelta di un sistema (il VAOR) in grado di leggere e pesare i bisogni in rapporto all'assorbimento delle risorse necessarie a garantire loro una risposta adeguata (e funzionale, pertanto, al sistema di tariffazione dei servizi).

**A partire dal 2014 il sistema VAOR viene assunto “quale strumento regionale per la valutazione multidimensionale del bisogno” e coinvolgerà le unità di offerta**, a partire dal servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (VAOR-ADI) per estendersi successivamente alle RSA (VAOR-LTCF).

L'individuazione del sistema VAOR ha visto il coinvolgimento, citato dalla delibera, della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, che ne ha promosso un'ampia sperimentazione nelle RSA e ha messo in luce in luce fin dall'inizio la capacità di questo sistema di:

- leggere e “pesare” i bisogni in rapporto all’assorbimento delle risorse (anche al fine di una corretta “tariffazione” dei diversi servizi)
- offrire strumenti per la definizione “automatica” del PAI
- “seguire” la persona nel suo percorso all’interno della rete
- consentire un confronto tra le diverse realtà, nazionali e internazionali.

## I problemi insiti nella scelta di affidare la VMD alle ASL

La scelta della Regione di subordinare l’accesso ai servizi alla valutazione multidimensionale dei bisogni e di affidare questa funzione strategica alle ASL rappresenta indubbiamente una **svolta radicale**, che non può che essere fortemente condivisa dalla comunità geriatrica lombarda.

**L’attuazione concreta di questo indirizzo si annuncia peraltro tutt’altro che facile e rappresenterà il vero banco di prova della tenuta della riforma del welfare.** La delibera sottolinea in proposito la necessità della formazione, sollecitando le ASL a prevedere, nello specifico piano aziendale, la “formazione all’utilizzo della scala VAOR ... degli operatori che saranno impegnati nel processo territoriale di VMD”.

Se però si tiene conto che **a partire dalla fine degli anni ’90 la maggior parte delle ASL, nel rispetto degli orientamenti regionali, ha del tutto rinunciato a tale funzione**, più che sull’uso di uno strumento di valutazione sembra necessario un forte investimento formativo sulla metodologia della valutazione multidisciplinare e multidimensionale. La complessità dei fattori – individuali, familiari e di contesto – che concorrono alla definizione del bisogno e la difficoltà nel far incontrare la domanda e l’offerta di servizi **richiede infatti una forte professionalità dell’equipe valutativa, cui lo strumento di valutazione può offrire solo un supporto, sia pure importante**, nel processo decisionale. Ne pare consapevole il legislatore regionale quando, nel sottolineare il ruolo centrale delle ASL “nella valutazione multidimensionale e nella definizione dei progetti di intervento”, richiama l’esigenza di un loro adeguamento organizzativo e professionale, chiedendo loro di “realizzare, d’intesa con i Comuni ... e con il coinvolgimento del Terzo settore e della rete delle Unità d’Offerta, tutto quanto necessario in termini di professionalità coinvolte e di diffusione territoriale”. Sono convinto che proprio gli Enti gestori dei servizi, in particolare le RSA, possano offrire in questo campo un contributo importante, mettendo a disposizione delle ASL operatori sanitari abituati alla presa in carico della fragilità e formati alla metodologia della VMD.

Non si accenna invece, nella delibera, all’impatto che l’introduzione del nuovo sistema di valutazione avrà sugli Enti gestori, in particolare sulle RSA, in termini sia di formazione del personale che di integrazione del nuovo software relativo al sistema di valutazione con i pacchetti informatici già in uso. **Si tratterà indubbiamente per gli**

**Enti gestori di un impegno non solo organizzativo ma anche economico, che nella situazione attuale di difficoltà non potrà essere sostenuto senza un adeguato sostegno regionale.**

## **Le cure intermedie**

A conclusione di questo commento, mi sembra opportuno fare un breve cenno a un altro punto rilevante toccato dalla delibera: con una radicale inversione dell'impostazione seguita nel 2004 in occasione del riordino della rete dei servizi riabilitativi, le Regole per il 2014 ridefiniscono la collocazione e le competenze dei presidi destinati agli interventi riabilitativi. **Dalle strutture sanitarie, che restano titolari della funzione riabilitativa, vengono scorporate le strutture sociosanitarie afferenti alla Direzione Generale Famiglia, che vanno a costituire la rete di unità d'offerta sociosanitaria denominata "Cure Intermedie"**. Insieme alle unità d'offerta di riabilitazione in regime residenziale appartenenti alle aree specialistica, generale e geriatrica e mantenimento, saranno ricompresi nelle Cure Intermedie anche i servizi di assistenza post acuta sperimentati a seguito della DGR 3239 del 2012. Entro il 31 gennaio 2014 (termine poi prorogato a settembre), inoltre, si prevede la riconversione dei posti di Day Hospital "in volumi di attività di riabilitazione ambulatoriale o domiciliare, a isorisorse".

La delibera non offre ulteriori indicazioni, limitandosi a prospettare un percorso di analisi più approfondita dei dati relativi alle caratteristiche cliniche delle persone ricoverate nelle diverse aree (specialistica, generale e geriatrica e di mantenimento) e alla tipologia di assistenza fornita. Solo al termine potrà essere definito, con un successivo provvedimento, il nuovo modello "di assistenza, di classificazione degli utenti, dei requisiti di accreditamento e del sistema di remunerazione" e sarà possibile proporre considerazioni più approfondite sull'istituzione delle Cure Intermedie e sulla riorganizzazione per livelli di intensività dei presidi riabilitativi afferenti alla DG Sanità (da leggersi, a mio avviso, in parallelo).

# La valutazione multidimensionale ... questa (s) conosciuta?

In dialogo con **Serafino Corti** - Fondazione Sospiro, **Roberto Cavagnola** - Fondazione Sospiro e **Marco Zanisi** - Cooperativa sociale Serena

A cura di Giovanni Merlo

**15 marzo 2014**

Temi > Disabilità, presa in carico, Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale del bisogno delle persone con disabilità è nominata praticamente in ogni atto della nuova Giunta. Quali siano però compiti, funzioni e ruoli dei diversi attori non è ancora chiaro e lasciando grande autonomia ed ampia discrezionalità anche nella scelta degli strumenti. LombardiaSociale, con questo un primo contributo, avvia un dibattito sul tema che proseguirà nei prossimi mesi.

La valutazione multidimensionale del bisogno delle persone con disabilità torna al centro delle politiche regionali di welfare sociale lombarde. Se ne parla praticamente in ogni atto della nuova Giunta, che invitano e sollecitano Asl e Comuni ad implementare Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM). Compiti, funzioni e ruoli sono per il momento solo accennati, lasciando, nell'ambito della disabilità, grande autonomia ed ampia discrezionalità agli attori territoriale, anche nella scelta degli strumenti. La Delibera 1185 individua proprio come obiettivo del 2014 l'individuazione di uno strumento condiviso per questa attività di valutazione nel campo della disabilità. Per contribuire a questo dibattito Lombardia Sociale ha inviato a parlarne e discuterne assieme Serafino Corti (Fondazione Sospiro), Roberto Cavagnola (Fondazione Sospiro) e Marco Zanisi (Cooperativa sociale Serena)<sup>4</sup>.

---

4. <sup>4</sup> Serafino Corti dirige il Dipartimento disabili di Fondazione Sospiro. Insegna Psicologia delle disabilità presso l'Università Cattolica di Brescia dove ha conseguito il dottorato di ricerca. È autore di diverse pubblicazioni scientifiche. Si è occupato di interventi a sostegno di famiglie con figli con disabilità, oltre che dello sviluppo di modelli organizzativi basati sui costrutti di Qualità di vita. Membro del consiglio direttivo di AIRiM.



## Cosa si può e si deve intendere con il termine valutazione multidimensionale delle persone con disabilità?

Parole chiave: la validità di costrutto – la validità discriminante – gli otto domini della qualità della vita – SIS (Support Intensity Scale)

La valutazione multidimensionale serve per capire, per valutare, le caratteristiche delle persone. Sul primo termine, **valutazione**, è importante ricordare che tra le **caratteristiche** che deve avere uno strumento di valutazione non ne possono mancare due: la prima, la “**validità di costrutto**” e la “**validità discriminante**”. La prima di queste si riferisce alla capacità di uno strumento di **misurare ciò che effettivamente si intende misurare**. Ad esempio se voglio misurare la temperatura corporea uso il termometro, e il numero che mi esce sul termometro mi dice appunto la mia temperatura; se al posto del termometro usassi una bilancia, uscirebbe comunque un numero, ma che non direbbe nulla sulla mia temperatura. La seconda caratteristica di un sistema di valutazione è la validità discriminante. La valutazione, per essere tale deve **poter cogliere le differenze** ovvero capire quanto una persona si differenzia da un'altra.

Le informazioni oggi disponibili sulle persone con disabilità, prima dell'ingresso in un servizio, riguardano unicamente la diagnosi, frequentemente il Quoziente Intellettivo. Tuttavia queste informazioni non offrono alcuna utile informazione circa le caratteristiche e i bisogni della persona: due persone possono, infatti, avere entrambe 42 anni, la Sindrome di Down e un Q.I. di 51 ed avere funzionamenti diversi, esprimere bisogni differenti ed richiedere opportunità e percorsi antitetici. Una simile valutazione richiede necessariamente uno **strumento di valutazione multidimensionale**, capace cioè indagare più dimensioni della persona che non può ridursi all'impiego, *sic et simpliciter*, dell'équipe multiprofessionale. Una valutazione di questo genere dovrebbe orientarsi su due grandi direttrici oggi assenti nei sistemi di valutazione regionali. La prima di queste fa riferimento a quali sono le dimensioni significative per poter rappresentare adeguatamente la persona con disabilità (indagine relativa ai **domini di**

---

Roberto Cavagnola da oltre 25 anni si occupa di disabilità intellettiva, con particolare attenzione allo studio degli interventi per le gravi disabilità, i comportamenti problema e i Self Injurious Behavior. È autore e curatore di monografie e articoli su queste tematiche. Lavora come consulente presso Fondazione Sospiro. Membro del consiglio direttivo di AIRiM.

Marco Zanisi Educatore Professionale, formatore si occupa di progetti per la qualità della vita delle persone con disabilità, Direttore Tecnico della Società Cooperativa Sociale SERENA e Membro del consiglio direttivo di AIRiM.

**Qualità della Vita**); la seconda è inerente al costrutto che meglio si presta alla finalità di una valutazione multidimensionale volta alla costruzione di progetto di vita (**costrutto dei sostegni**).

Uno strumento multiassiale dovrebbe quindi insistere non solo sul funzionamento motorio o sulle autonomie di base ma dovrebbe contemplare una disamina dei domini della qualità di vita. **La letteratura scientifica a riguardo ha consegnato da più di 10 anni un chiaro e condiviso modello di riferimento che individua domini ed indicatori della qualità di vita delle persone con disabilità che si presta perfettamente ad una valutazione multiprofessionale** (Benessere fisico, benessere materiale, benessere emotivo, inclusione sociale, relazioni interpersonali, sviluppo personale, diritti, autodeterminazione)<sup>5</sup>.

L'altra direttrice citata, orientata al contratto dei sostegni, sottolinea quanto sia più fecondo e utile rilevare i bisogni di sostegno della persona necessari per il conseguimento della migliore qualità di vita per quella persona. In altre parole appare inadeguato, anche per uno strumento che intende configurare classi a cui allocare risorse diverse, riferirsi astrattamente al funzionamento piuttosto che alle risorse necessarie per conseguire degli esiti di vita significativi per la persona. A riguardo è importante ricordare che in letteratura è già presente uno strumento che risponde ad alcuni di questi requisiti (**SIS Support Intensity Scale**). Con le SIS si introduce un principio nuovo che è quello dei **"sostegni"**. **Il focus valutativo si sposta da come la persona funzioni a quali sono i sostegni che dovrebbe ricevere al fine di promuovere un funzionamento futuro che si avvicini alla migliore qualità dell'esistere.**

La valutazione assume una prospettiva diversa: in qualche modo è come se si dovesse stimare quanto bisogno ha una persona, in termini di sostegni e risorse, per accedere a quell'opportunità. Ovviamente per misurare questo "delta" tra l'oggi e il domani, abbiamo bisogno di uno strumento che misuri, quanto la persona avrebbe bisogno, anche in relazione al suo tipo di funzionamento, per raggiungere quel livello.

---

5. <sup>5</sup> Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts, Robert L. Schalock, Ivan Brown, Roy Brown, Robert A. Cummins, David Felce, Leena Matikka, Kenneth D. Keith, and Trevor Parmenter. *Mental Retardation*, volume 40, N° 6 2002.

## Ma a cosa deve “servire” la valutazione multidimensionale?

Parole chiave screening – classificazione – progettazione esistenziale

A nostro parere la valutazione multidimensionale, in sintesi, dovrebbe inscrivere a 3 grandi scopi: **permettere che la persona con disabilità faccia la sua progettazione esistenziale ed allo stesso modo, classificare e a fare screening.**

Pensiamo che le tre funzioni della valutazione multidimensionale debbano essere assolte da strumenti diversi.

Uno strumento di **screening** che permetta innanzitutto di fare un grande discrimine tra i diversi bisogni delle persone, in termini macroscopici: distinguere chi deve accedere a quali tipi di sostegni e di opportunità; **la SIS, o altri strumenti analoghi, può prestarsi a questo compito.**

Il secondo fine, quello **classificatorio**, esige per l'appunto una validità discriminate intesa come la capacità di identificare classi diverse di bisogni di sostegno. A questo livello **a tutt'oggi riteniamo non ci siano ancora disponibili degli strumenti psicometrici sufficientemente capaci di discriminare i bisogni di sostegno soprattutto per la popolazione che oggi accede ai servizi socio-sanitari.**

Il terzo fine, quello di consentire la **progettazione esistenziale**, richiede l'utilizzo di una coorte di strumenti e procedure diversificate (funzionamento, sostegni, analisi delle aspettative e desideri della persona, ecc.), che stiano a fondamento della costruzione di un progetto di vita individualizzato. Anche in questo caso è importante sottolineare che **non è oggi presente una linea guida ministeriale per la disabilità intellettiva e che l'unico riferimento scientifico in questa direzione è costituito dalla linee guida dell'AIRIM** (Associazione italiana per lo studio delle disabilità intellettive e dello sviluppo).

## Possiamo provare a sintetizzare?

Parole chiave – SIS per lo screening – da costruire per la classificazione – Linee guida Airim per la progettazione esistenziale

Per fare uno strumento di valutazione multidimensionale per le persone con disabilità, serve innanzitutto uno strumento di screening per la generalità della popolazione con disabilità, sia per le persone con bassissimo come con altissimo bisogno di sostegni. Per questo primo livello lo strumento già ora disponibile, sono le SIS (Supports Intensity Scale).

- Le SIS però non possono essere utilizzate né per i “gravi”, né per i minori, perché non sono abbastanza discriminative. Questo strumento maggiormente

sensibile oggi ancora non esiste (ma, in Italia, c'è un gruppo di persone che sta provando a realizzarlo)

- E' necessario un modello che definisca in maniera chiara che cosa vuol dire la progettazione esistenziale, cioè il progetto di vita, un sistema che mi dice come farlo, dalla valutazione agli esiti ai risultati, sia clinici che personali o funzionali. Su questo si segnalano le Linee guida pubblicate dall'AIRiM nel 2010 che offrono alcune informazioni su come si "faccia" il progetto di vita.

## Ma come intraprendere questo percorso in Lombardia?

Parole chiave – Contatti internazionali – Formazione diffusa – Definire il case manager e i suoi poteri

Sarebbe necessario avere attorno ad un unico tavolo tutti gli interlocutori. **Abbiamo da colmare un divario culturale di almeno vent'anni: sarebbe necessario convocare gli esperti internazionali del settore che ci possano raccontare come hanno operato all'interno dei rispettivi Stati;** questo consentirebbe anche ai funzionari regionali di condividere un linguaggio e un orizzonte culturale.

Questo tavolo di lavoro potrebbe poi operare per **costruire una cultura della qualità della vita maggiormente diffusa a livello territoriale** prevedendo la formazione degli operatori delle ASL e dei servizi.

Tutto questo potrebbe infine esitare nella **focalizzazione più puntuale e pregnante del ruolo del case manager**. Questo ruolo andrebbe ripensato e maggiormente definito individuando non solo le responsabilità e l'autorità a lui attribuita ma anche identificando in modo precipuo il razionale sottostante al progetto di vita e le modalità con cui questa figura potrà raccogliere gli esiti dell'intervento/progetto implementato.

# Valutazione Multidimensionale: i limiti attuali e le prospettive di cambiamento necessarie

Contributo di Roberto Franchini - Responsabile Area Strategia, sviluppo e formazione,  
Opera Don Orione

A cura di Giovanni Merlo

14 maggio 2014

Temi > Disabilità, presa in carico, Valutazione multidimensionale

**Continua il dibattito sulla revisione dei sistemi di valutazione per la  
disabilità in un'ottica multidimensionale.**

Nel [precedente contributo](#) dedicato al tema della valutazione multidimensionale, sono stati delineati alcuni orientamenti che, purtroppo, sono ad oggi largamente sconosciuti (o misconosciuti) dalle politiche nazionali e regionali, e che invece sono addirittura determinanti per restituire alla persona disabile una vera centralità (vera, intendo, non semplicemente proclamata) all'interno delle deliberazioni amministrative e delle pianificazioni sociali in quest'ambito.

## Il limite dell'ottica funzionalista

Gli strumenti adottati per la classificazione della persona disabile (valga tra tutti il SiDi lombardo, ma anche la S.VaM.Di, utilizzata da molte Regioni, tra cui il Veneto e il Lazio) rispondono ad un'ottica funzionalista, forse **affidabile sotto il profilo della misurazione, ma certamente non pertinente, se lo scopo è quello di comprendere i bisogni della persona, per orientare gli interventi e remunerare i servizi.**

Alla base della scelta di uno strumento di valutazione multidimensionale, infatti, deve esserci una chiara consapevolezza di quale sia l'oggetto e lo scopo dell'atto valutativo.

Per quanto riguarda l'oggetto, penso sia utile farsi aiutare dalla distinzione fatta da James Gardner tra diverse tipologie di risultati attesi:

- Gli *esiti clinici (clinical outcomes)* hanno come focus dell'intervento i sintomi di malattie o sindromi, avendo come obiettivo la riduzione dei sintomi stessi, misurabile

attraverso registrazioni di tipo sanitario, come ad esempio attraverso i diari, solitamente gestiti all'interno delle cartelle cliniche;

- Gli *esiti funzionali* (*functional outcomes*) hanno come focus dell'intervento le abilità di vita quotidiana (anche dette "abilità adattive"), avendo come obiettivo generale l'autonomia della persona, misurabile attraverso l'utilizzo di scale del comportamento adattivo o scale funzionali;

- Gli *esiti personali* (*personal outcomes*) hanno come focus dell'intervento i bisogni (i sogni?) e le priorità della persona, avendo come obiettivo il senso di pienezza esistenziale (la Qualità di Vita), misurabile attraverso la verifica del raggiungimento degli obiettivi personali che l'individuo ha scelto e continuamente sceglie per il proprio progetto di vita.

**Ora, se è finito il tempo in cui la classificazione dei bisogni passava esclusivamente attraverso i segni clinici, il momento storico attuale sembra far prevalere l'ottica funzionalista, complice la cosiddetta visione bio-psico-sociale di ICF (International Classification of Functioning) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.**

Non che la visione funzionale sia di per sé sbagliata: la valutazione delle funzioni, o delle autonomie, attraverso batterie di checklist, è infatti utile per la programmazione delle attività riabilitative, nella ben conosciuta logica problema-soluzione: accertato un problema motorio, si pianifica un intervento di riabilitazione fisiochinesioterapica; accertato un problema cognitivo, si programma un intervento educativo ambulatoriale, e così via.

Il problema è la tempestività, e dunque l'appropriatezza, di questa logica valutativa e di programmazione. Quanto dura la riabilitazione di una persona disabile? Può essere accettata la situazione in cui un progetto riabilitativo su un singolo individuo si protrae per decenni, dall'età evolutiva sino all'età anziana, passando attraverso il ciclo adulto? Se questo non è accettabile, quale altra logica del valutare deve subentrare, per garantire l'appropriatezza?

Questo è il punto. Se l'utilizzo di ICF (e di conseguenza di strumenti quali SIDI e S.Va.M.Di) può dirci qualcosa sul bisogno riabilitativo, almeno nella stretta accezione di questo aggettivo, con quali strumenti possiamo invece valutare il bisogno esistenziale di un adulto disabile, al termine e oltre il tempo in cui ci siamo giustamente concentrati sulle sue abilità e funzioni? Detto in altri termini, con quali strumenti possiamo aiutare la transizione dal progetto riabilitativo al progetto di vita?

## L'utilizzo improprio degli strumenti

E qui viene il secondo elemento da chiarire prima di procedere alla scelta di uno strumento, ovvero lo *scopo* della valutazione. Al riguardo, molto utile è la distinzione fatta dalle Linee Guida Airim tra le seguenti ben distinte operazioni di valutazione:

- diagnosi: definisce criteri di inclusione in una categoria diagnostica;
- classificazione: stabilisce indicatori e criteri per determinare la gravità;
- assessment: operazione complessa, volta a comprendere i bisogni della persona;
- progettazione dei sostegni: delineazione di interventi che rispondono ai bisogni emersi dalle fasi precedenti;
- valutazione degli esiti: accertamento dell'efficacia degli interventi, in termini di risultati ottenuti sulla Qualità di Vita della persona disabile.

Ora, è capitato nel passato (e forse capita ancora oggi) che strumenti nati per fare diagnosi, oppure classificazione, siano stati impropriamente utilizzati per fare l'assessment dei bisogni, e persino la progettazione, ignorando completamente la prospettiva esistenziale del progetto di vita, e rinchiudendo la persona vita natural durante nell'ottica asettica della riabilitazione intesa come problema-soluzione.

## I cambiamenti necessari

Non occorre certo la crisi economica (anche se aiuta) per comprendere il tranello in cui siamo caduti, perpetuando logiche professionali estranee ai veri bisogni della persona disabile. Mentre sotto il profilo degli esiti clinici la persona disabile è "paziente" destinatario di cure, e sotto il profilo degli esiti funzionali è "cliente" di trattamenti già decisi, sotto il profilo personale egli è norma a se stesso, potendo esprimere le proprie priorità e desideri, che diventano il punto di riferimento per la progettazione degli interventi.

L'operazione concettuale fatta da strumenti quali la SIS (Supports Intensity Scale), la POS (Personal Outcome Scale), il POM (Personal Outcome Measure) va in questa direzione, nel tentativo, complesso ma non impossibile, di valutare i bisogni della persona, partendo dal famigerato costrutto di Qualità di Vita. D'altronde, cercare scorciatoie concettualmente semplici (sintomi e malfunzionamenti) significa tradire la persona (che semplice non è).

Questo mutamento di prospettive nella valutazione presuppone e ha come conseguenza la possibilità di mettere in atto un **radicale cambiamento nelle organizzazioni, che devono relativizzare i loro processi e servizi, mettendo la persona disabile al centro del loro funzionamento, non solo nelle dichiarazioni contenute**

**nelle *mission* istituzionali, ma nei loro sistemi di progettazione, che devono rispondere con responsabilità alle reali e piùprofonde richieste della persona disabile.**

Ma insieme a questo (prima di questo?) occorre fare pressione per cambiare il modo in cui le Regioni valutano (classificano?) non solo la persona disabile, ma le organizzazioni stesse, attraverso i sistemi di accreditamento. Infatti, la produzione di sterminate liste di requisiti di processo, completamente centrati sulla logica stretta della riabilitazione (vedi ad esempio la famigerata DGR 4980/2013 sull'appropriatezza), certamente non aiutano l'evoluzione, anzi di fatto la ostacolano.



# La presa in carico... in concreto

# Nuovi atti regionali: uno sguardo dalla parte dei comuni

Alcuni spunti di riflessioni proposti dal punto di vista di un consorzio di comuni

di Katja Avanzini

14 novembre 2013

Temi > Anziani, Disabilità, Programmazione e governance

*Nell'ultimo periodo due importanti delibere emesse dalla Giunta Regionale hanno dato nuova linfa al settore sociale e sociosanitario sui temi della non autosufficienza – la DGR 740 e la DGR 856 – come impattano sui Comuni e quali riflessioni aprono?*

Di recente sono state approvate due importanti delibere sui temi delle non autosufficienze – la [DGR 740](#) e la [DGR 856](#). Propongo alcune riflessioni, avendo in mente aspetti che impattano particolarmente sul livello comunale.

## In tema di non autosufficienza e disabilità gravissime

Gli aspetti positivi riguardano l'approfondita lettura del bisogno e un'interessante analisi del sistema dell'offerta., che consentono di aver a disposizione dati di riferimento per la programmazione.

Alcune riflessioni critiche riguardano invece i seguenti aspetti.

In linea generale, sulla non autosufficienza, **l'impostazione regionale non pare cambiata, proponendo ancora un modello dirigista** che definisce, sia per la parte Asl che per la parte sociale di competenza dei Comuni, le modalità di utilizzo del fondo.

Sulla distinzione dell'operatività tra le azioni in capo all'ASL e le azioni in capo ai Comuni un primo elemento di distinguo è dato dall'**assenza del requisito dell'ISEE per l'accesso alle misure a favore della disabilità gravissima**, elemento che – tendenzialmente – non ritroveremo nell'attuazione delle politiche/interventi in capo ai Comuni. Su questo aspetto, ben capendo le ragioni delle organizzazioni che si muovono in tutela della disabilità, **rimane comunque l'interrogativo sull'appropriatezza della mancata definizione delle soglie derivanti dall'analisi**

**economica, in un momento di crisi e continua contrazione delle risorse pubbliche dedicate.**

Dirigismo nel dare indicazioni sull'operatività, non lasciando aperta alcuna finestra per utilizzare questi fondi a sostegno dell'organizzazione, in termini di azioni per qualificare l'accesso e la presa in carico, piuttosto che la valutazione integrata. La percezione è che dal livello regionale o si dia per scontata un'organizzazione di qualità in grado di gestire anche le connessioni necessarie per un buon percorso di cura o che il dichiarato regionale non voglia corrispondere all'effettivo. Detto in altri termini, **spostare tutte le risorse sull'offerta di prestazioni senza dare la possibilità ai territori di programmare un investimento sul sistema di presa in carico, mette ad alto rischio il sistema complessivo.**

Entrando poi nel contenuto sulla linea d'azione ASL la direttrice di lavoro prevede domanda, valutazione, PAI e buono da € 1000 senza limiti di reddito appunto, giocato come budget di cura per compensare il lavoro del caregiver o acquistare prestazioni. In questa forma **pare una sorta di indennità di accompagnamento "super"**, in un momento però in cui a livello nazionale è aperto il dibattito sulla necessità di meglio orientare queste provvidenze economiche. Sulla linea di azione dei comuni la misura prevede una declinazione simile con un'entità massima di livello inferiore (massimo € 800) e un'articolazione più specifica sul potenziamento dei servizi domiciliari e di sollievo. **I contenuti di lavoro, seppur condivisibili, in sé risultano molto vincolanti in termini programmatori, non lasciando spazio a possibili allocazioni differenti anche di carattere sperimentale.**

Da rilevare poi che, a differenza degli anni precedenti, **non è prevista nell'attuale DGR la definizione di tempi per la presentazioni di piani attuativi da sottoporre alla validazione dell'ASL, e anche questo aspetto porta con sé il potenziale rischio per i Comuni di viverci come semplici attuatori delle indicazioni regionali...** come a dire "non c'è neanche più chiesto di programmare ma solo di fare ciò che ci dicono".

Differentemente da [altri commenti](#) proposti sul sito, che pongono l'attenzione sulle possibili difficoltà gestionali in capo agli enti, che per logiche burocratiche potrebbero rallentare i processi integrati, non si ritiene che su questo aspetto possa essere richiamata una responsabilità diretta degli enti. Il problema semmai è che **ci troviamo di fatto in una situazione di mancanza di un disegno regionale forte, che individui chiare prassi di collaborazione e non solo le nomine come monito.** Non è pensabile chiedere, ancora una volta, che siano i territori a superare criticità non trattate dal livello regionale.

Si condivide invece la sottolineatura sull'**esigenza di accompagnare gli operatori al cambiamento con una formazione adeguata**, ma sarebbe opportuno che questo supporto discendesse da indicazioni specifiche della Regione.

## In tema di prime attuazioni sul Fondo famiglia

Atto ricco di stimoli e indicazioni operative nel quale vengono declinate differenti piste di lavoro.

Una prima considerazione è sull'ammontare delle risorse a disposizione: 50 milioni di euro di cui 20 provenienti da nuovi stanziamenti regionali e 30 da residui in capo alle ASL. Sul budget a disposizione, sicuramente sostanzioso (pensiamo al fatto che è superiore allo stanziamento nazionale sul FNA per Regione Lombardia), due considerazioni: la prima, già illustrata in [precedenti commenti](#), è sul fatto che **è composto per il 60% da risorse residue, il che pone alcune legittime preoccupazioni sulla sostenibilità futura delle azioni previste, stante il fatto che l'arco temporale che si copre è di comunque solo 6 mesi**, la seconda è che comunque **stiamo parlando di circa il 3% del fondo ASSI di Regione Lombardia**, cioè di una parte residuale, dal un punto di vista economico, dell'intero sistema.

Il secondo tema è la suddivisione di questo fondo fra le diverse tipologie di intervento. Complessivamente il 60% sono allocate sul tema residenzialità aperta, il 28% sulle comunità minori – in continuità con la sperimentazione dello scorso anno ricompresa nelle modalità connesse al fondo sociale regionale (dove allora i milioni erano 18 e non 14) – e le restanti quote sono allocate sulle altre misure a sostegno della residenzialità leggera, della residenzialità per minori disabili gravissimi, per le ludopatie e per la valutazione multidimensionale.

Rispetto alla parte che detiene la quota maggiore delle risorse, cioè **RSA/RSD aperte**, **una prima riflessione è in comparazione a quanto definito nella DGR 4574 del 2012, in cui veniva evidenziato tra gli altri aspetti la forte disomogeneità nell'offerta di posti letto RSA e RSD sul territorio regionale. Di questo tema non c'è più traccia evidente ma anzi si collocano ulteriori risorse con una suddivisione nei territori a prescindere da quanto già presente (o assente)**. La domanda è quindi: ma quale strategia c'è? Azzardando alcune ipotesi, si vuole incentivare un maggior radicamento sul territorio degli enti gestori spostandoli a gestire le domiciliarietà complesse anche delle persone in lista d'attesa? Se questo fosse, potrebbe risultare interessante anche per sperimentare nuove modalità e risposte, ma allora perché non aprirla anche ai gestori dell'ADI forse più competenti ed esperti e meno orientati alla residenzialità? Oppure si vuole sondare la strada che gli enti gestori della residenzialità diventino più orientati a strutturarsi come strutture poli-funzionali aperte ai vari bisogni della non autosufficienza? Insomma, la strategia perseguita non è chiara.

**Interessante è poi notare come il sostegno all'attuazione del sistema, con la valutazione multidimensionale, se non accolto nella DGR 740 sulla non autosufficienza, sia stato ricompreso in quest'ambito.** Pare utile rimarcare che però € 1.300.000 sono forse risorse non sufficienti per produrre un cambiamento sul sistema complessivo.

In conclusione emerge un quadro dove sono presenti alcune sfumature decisamente poco chiare e che dovrebbero aprire ad un dibattito, sia a livello regionale che territoriale, che metta al centro il ruolo programmatico degli enti locali, Comuni e ASL, insieme con i soggetti gestori dei servizi e i diversi stakeholders. L'auspicio è quindi che queste due delibera aprano ad un confronto sul futuro del welfare lombardo.

# Presa in carico integrata: cosa sta accadendo sul territorio regionale?

Intervista a **Maria Vittoria Della Canonica** – responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito di Garbagnate (MI)

A cura di Valentina Ghetti e Giovanni Merlo

14 febbraio 2014

Temi > Anziani, Disabilità, Fondo Non Autosufficienza, Piani di zona, presa in carico

Con varie delibere (740, 856, 392 del 2013) la Regione ha assunto come indirizzo prioritario delle politiche di welfare quello di sostenere la presa in carico integrata della persona, prevedendo l'integrazione tra Asl e Comuni nella governance complessiva degli interventi e nella gestione dalla fase di prima valutazione. Cosa sta accadendo nei territori e come sta andando l'attuazione di questi indirizzi?

## **I provvedimenti inerenti il riparto del FNA prevedono una forte integrazione tra Asl e Comuni. Come avete affrontato questi indirizzi nell'Ambito di Garbagnate?**

Va precisato che nel nostro territorio il processo è antecedente all'emanazione di tutte queste delibere. In particolare si è avviato dal secondo semestre 2013 con progetto congiunto tra i sette ambiti del territorio e la Asl Mi1 per la sperimentazione della valutazione di primo livello (il cosiddetto triage) previsto dalla riforma Adi, nel quale hanno preso parte anche i Comuni con una sperimentazione parallela sul Sad.

Il percorso si è strutturato con laboratori periodici (circa uno al mese) alla presenza congiunta di assistenti sociali comunali e operatori dei servizi fragilità e Adi dell'Asl. Questi laboratori, più che la sperimentazione della scheda di valutazione in sé – che peraltro pone qualche elemento di criticità che dirò poi -, hanno permesso sostanzialmente di costruire una relazione tra le diverse professionalità coinvolte e superare atteggiamenti di diffidenza reciproca che persistevano da tempo.

Nel frattempo è stata pubblicata la dgr 740 e si è avviato un passaggio di informazione sui casi di SLA e stati vegetati che dovevano passare dalla competenza dell'Asl a quella

dei Comuni (circa 12 casi) e su questi sono state realizzate **visite domiciliari congiunte**. Questa ulteriore condivisione ha rinsaldato la relazione e in parte credo che abbia avviato un processo di cambiamento anche nel modo di operare: ad esempio non di rado, nelle situazioni più complesse, ci si è accorti di qualche sovrapposizione tra gli interventi, inoltre si sta superando quella visione mutualmente esclusiva – a priori – tra sad e adi (se c'è adi non si attiva sad e viceversa).

Il percorso di costituzione del Cead non era riuscito ad avviare questo processo di integrazione, era stato soddisfatto più che altro in modo formale.

### **Quali sono stati, in questa prima fase di applicazioni, i punti forti ed i punti critici di questo processo?**

Sicuramente il percorso di integrazione oggi sul territorio è ben avviato, le relazioni sono buone, anche se credo che questo processo non può considerarsi concluso e che anzi vada costantemente accompagnato. C'è una condivisione sulle informazioni sui casi, che potrà portare a quella indicazione di anagrafica comune così come suggerisce la stessa Regione.

Lo sforzo che si sta facendo, a mio parere vincente, è quello di **lavorare sulla relazione positiva tra gli operatori**.

L'altro aspetto che giudico positivo è il lavoro che stiamo facendo insieme ai comuni. Sulla non autosufficienza sul nostro territorio sono attive diverse misure (oltre alle ultime dgr regionali, al sad e adi tradizionali, siamo anche territorio di sperimentazione della misura dell'INPS *Home Care Premium* per i dipendenti pubblici), misure che complessivamente cubano circa 2 milioni di euro. Siamo consapevoli che l'ipotesi di un unico centro erogatore, per quanto desiderabile, è ad oggi impensabile. **La vera sfida è far sì che l'operatore pubblico sia a conoscenza delle diverse opportunità che esistono sul territorio e riesca ad accompagnare la famiglia ad un loro buon utilizzo. Si tratta di una sfida faticosa, che certamente richiede un passaggio evolutivo rispetto alla funzione svolta ormai tradizionalmente dall'assistente sociale, ma penso che questa sia la strada giusta.** Noi continueremo a sostenere questo passaggio con momenti di scambio e confronto e promuovendo la diffusione di questa conoscenza tra gli operatori.

**L'aspetto su cui è ancora necessario lavorare riguarda invece gli strumenti dell'integrazione, in particolare sulla valutazione multidimensionale.**

Le schede di valutazione, sia del triage che quelle utilizzate dagli operatori socio-sanitari per la grave disabilità, sono giudicate dagli operatori troppo squilibrate sul fronte sanitario. Sul territorio abbiamo in uso una scheda di valutazione sociale della

non autosufficienza, derivata da un percorso formativo condotto qualche tempo fa, che oggi gli operatori utilizzano in modo integrativo, così da completare le informazioni sul caso anche rispetto ad altre dimensioni rilevanti, come la condizione abitativa, la rete, la copertura assistenziale...

Per favorire questo processo di integrazione, oltre al fondamentale lavoro di relazione tra gli operatori di cui abbiamo parlato, è dunque necessario lavorare ancora sugli strumenti e sulla condivisione degli stessi, dotandosi di dispositivi efficaci che non appesantiscano il lavoro degli operatori e non affatichino i beneficiari.

### **Che scelte avete fatto sulla destinazione delle risorse della misura che vi compete, la B2? In particolare sulla disabilità come si viete mossi?**

Stante l'analisi dei bisogni presenti sul territorio dell'Ambito abbiamo deciso di ripartire le risorse in questo modo (si veda allegato):

- *Buono sociale mensile* finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza assicurate da assistente familiare/personale – 250.000 euro
- *Potenziamento del SAD*, erogazione di voucher per l'acquisto degli interventi da soggetti accreditati – 200.000 euro
- *Buono sociale mensile* per sostenere progetti di vita indipendente per persone con disabilità fisico-motorie grave e gravissima con capacità di esprimere la propria volontà, in età tra 18 e 64 anni, e che intendono realizzare il proprio progetto senza il supporto del caregiver familiare, ma con assistente personale autonomamente scelto e assunto direttamente – c.a. 35.000

Abbiamo fatto una scelta di campo molto precisa. Da una parte abbiamo voluto continuare, come fatto con altre misure anche in passato, a favorire la regolarizzazione e l'emersione del mercato sommerso e non dare risorse in termini risarcitori. In riferimento alla grave disabilità abbiamo voluto privilegiare la possibilità di attivare reali percorsi di indipendenza. Con la vecchia 162 infatti le situazioni in carico erano caratterizzate da gravissima disabilità ma non sempre i progetti erano realmente di vita indipendente, spesso erano orientati ad interventi a sostegno delle famiglie. Oggi abbiamo deciso che le persone in carico con la vecchia 162 le sosteniamo con altre misure, mentre il FNA lo destiniamo a persone per le quali questi percorsi siano realmente possibili. E' con questo spirito che abbiamo definito il target.

**La delibera 740 e le altre che condividono gli indirizzi sulla presa in carico integrata, sono state presentate come un cambio di rotta da parte dell'Assessorato alla**



## **Famiglia, una fase di avvio della riforma complessiva del welfare sociale lombardo. Quale è il suo parere e le sue aspettative in proposito?**

Quando è uscita la dgr l'ho giudicata **particolarmente apprezzabile per lo sforzo di codifica** che vi ho letto. Andare a codificare cosa è definibile come non autosufficienza e cosa come disabilità, cercare di darne una quantificazione, lo reputo uno sforzo per nulla scontato.

Anche il **rinnovato invito all'integrazione** ovviamente lo considero molto positivo, soprattutto nell'interesse dei cittadini, che non possono continuare ad assumersi in solitudine questa funzione.

Quello che spero è che, definite le risorse e dati gli indirizzi di riferimento, **la Regione lasci poi l'autonomia ai territori di trovare la strada più adeguata ai diversi contesti** per intraprenderli.

Nel territorio

# Case management e presa in carico integrata: un'esperienza possibile

Intervista a **Mirco Fagioli** - Direttore UOC Welfare e Famiglia, Asl Milano 1

A cura di Valentina Ghetti, Elisabetta Dodi e Giovanni Merlo

17 febbraio 2014

Temi > Disabilità, presa in carico

L'esperienza propone la sperimentazione di un modello operativo di case management e di un presa in carico integrata per persone con disabilità gravi al compimento della maggior età. E' un progetto che ha anticipato le recenti indicazioni regionali sul tema, pertanto può rappresentare un interessante esemplificazione applicativa degli indirizzi di riforma del welfare lombardo.

## Il progetto in sintesi\*

Il progetto è nato dal Piano d'Azione Locale per la disabilità e da un confronto con gli operatori del territorio sui bisogni riscontrati. La finalità è quella di **creare una rete di supporto per le famiglie con congiunti con gravi disabilità al compimento della maggiore età**. Ci rivolgiamo a disabilità gravi e croniche. Il nostro target sono disabili gravi e cronici che hanno compromissioni anche di tipo intellettuale. Sono situazioni multiproblematiche che necessitano di un intervento importante, sia da parte del case manager che della rete intorno alla famiglia. Abbiamo verificato che questi utenti costituiscono circa il 40% dell'utenza disabile in carico o potenzialmente in carico ai servizi. Il passaggio alla maggiore età è un momento importante nella vita di ognuno. Nel caso di gravi disabilità, segna il termine delle attività di tipo evolutivo, e per i familiari rappresenta la fine della speranza di poter ottenere ulteriori progressi del loro congiunto disabile, entrando nella fase del dopo di Noi con le conseguenti ansie e preoccupazioni. La maggiore età comporta il confronto con il tema della tutela giuridica e della rivalutazione ai fini legali dell'handicap. E' inoltre il momento in cui termina il percorso scolastico e ci si confronta con il possibile mondo del lavoro e con i servizi diurni per l'età adulta ed è qui che termina anche la competenza del servizio di

Neuropsichiatria e si cade nell'assenza di servizi sanitari certi. Da questa analisi è derivata l'esigenza di declinare un modello operativo a livello territoriale capace di **offrire alla famiglia un riferimento certo nella rete dei servizi**, cercando di arrivare anche alle famiglie con scarse risorse per attivarsi in modo autonomo, **promuovendo la funzione *dicase manager* all'interno della rete dei servizi e creando un'équipe di supporto composta da professionisti sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali**. Sinteticamente il modello operativo prevede:

**Invio** – L'invio da parte delle Uonpia e delle Commissioni invalidi all'operatore ASL referente del progetto e all'assistente sociale del comune di residenza, che rappresentano il nucleo dell'équipe operativa.

**L'équipe operativa** – Dopo un primo colloquio con la famiglia, l'équipe definisce il *case manager*, in considerazione dei rapporti avuti dalla famiglia con i diversi operatori. L'équipe operativa, a seconda del bisogno, può essere composta anche dal medico di famiglia, il referente del dipartimenti di salute mentale territoriale e eventuali altri specialisti. Nel progetto sono stati coinvolti anche i Consultori familiari con il compito di supporto relazionale ad eventuali difficoltà all'interno del nucleo.

**Case manager** – ha il compito prendere in carico il disabile e la sua famiglia, elaborare il progetto di vita e attivare la rete. Al case manager spetta la convocazione dell'équipe operativa. Per ogni presa in carico, c'è una coppia di operatori, Asl e comunale, che tra loro decidono chi fa il case manager e il secondo operatore resta comunque di supporto. E poi si crea una equipe sul caso e sulla famiglia, con gli altri interlocutori coinvolti nella progettazione. La funzione di case manager è stata egualmente distribuita tra Asl e operatore comunale in modo variabile nei diversi territori.

**Strumenti** – sono stati elaborati specifici strumenti organizzativi (schede di segnalazione, di adesione della famiglia, di consenso all'uso dei dati, format per il progetto di vita e schede operative). Stiamo cercando di approntare una strumentazione, basandoci anche su spunti quali l'ICF, che possa essere di supporto al lavoro degli operatori e che possa essere d'aiuto per una comprensione e progettazione a 360 gradi, dal tempo libero della persona disabile alla sua presa in carico sanitaria...

Dopo una prima sperimentazione, nel 2012, nel territorio di Garbagnate, il modello dal 2013 è implementato in tutti e 7 i distretti dell'Asl MI1. In un anno sono state prese in carico 69 famiglie. Il percorso ha generato anche sette percorsi formativi mirati, a supporto della sperimentazione, a cui hanno partecipato oltre 100 operatori del territorio.

## Quali elementi hanno favorito la buona realizzazione del progetto?

Il progetto, seppur ancora in fase di sedimentazione, è stato ben interiorizzato da tutte le realtà e la valutazione che ne diamo è positiva. Anche le associazioni di familiari hanno manifestato un generale apprezzamento, accogliendolo come una buona opportunità di lavoro concreto verso i bisogni dei propri congiunti. Alcuni degli elementi che hanno favorito e sostenuto la realizzazione della sperimentazione:

- **Aver agevolato l'incontro tra operatori di diversi enti e servizi intorno a obiettivi chiari e condivisi** ha permesso di svolgere un lavoro efficace e coordinato e ha ridato senso all'operato di alcuni operatori, spesso presi dalla contingenza e ormai non più abituati a vedere la propria attività in prospettiva su progetti e percorsi anche a medio-lungo termine.
- La cura dei passaggi istituzionali ha fatto sì che la sperimentazione diventasse un progetto aziendale e coinvolgesse diversi tavoli e soggetti istituzionali, UdP, Asl, tavolo con la neuropsichiatria e la psichiatria, tavoli distrettuali in cui sono presenti anche i MMG. **Aver curato tutta la filiera dei servizi ha fatto sì che non si dimenticasse nessuno e che il progetto, una volta avviato, si autoalimentasse grazie anche alle diverse risorse attivate.** I tanti soggetti ingaggiati si sono attivati; alcune criticità le incontriamo con i medici di medicina generale: dalla rilevazione dei dati che abbiamo fatto, risulta che il medico di base è stato coinvolto nel 15% delle prese in carico attivate, mentre gli altri interlocutori, per esempio psichiatria e neuropsichiatria, sono decisamente molto presenti. Certo, molto dipende anche dalla sensibilità dei diversi servizi e territori e questo è uno dei nodi della nostra Asl che è una realtà molto variegata, con sette Distretti, due Aziende Ospedaliere e territori molto diversi tra loro per storie e servizi.
- Un altro elemento di grande utilità per il progetto è stato **il poter disporre di dati di contesto da cui partire.** Sia il nostro Ufficio epidemiologico che la Commissione Invalidi sono banche dati molto interessanti che dispongono di dati che non sempre vengono considerati. L'ipotesi era di riuscire, partendo dai dati offerti da Ufficio epidemiologico e Commissione Invalidi, di riuscire a contattare quanti più utenti possibili con particolare attenzione a chi non arriva ai servizi o non è già in carico. Il dato di partenza è stato l'elenco delle persone disabili che compiono 18 anni con la diagnosi. Abbiamo confrontato questo elenco con tutte le neuropsichiatrie del territorio per capire chi era in carico e chi no. Nel caso le persone non siano in carico alla neuropsichiatria, cerchiamo di agganciarli nel momento in cui si presentano alla Commissione Invalidi, al limite riservandosi un momento o prima o dopo la valutazione in Commissione per presentare il progetto.
- Dal confronto tra i dati forniti dall'Ufficio epidemiologico e il confronto con le Neuropsichiatrie, si è potuto rilevare chi era in carico alla Neuropsichiatria e chi no. Da

questo primo confronto sono emerse alcune considerazioni davvero molto interessanti che ci sono utili per la comprensione dei percorsi nei servizi dell'utenza alla quale ci rivolgiamo. Il primo dato è che sebbene la neuropsichiatria non abbia l'abitudine di dimettere il paziente, spesso accade che intorno ai 14 anni, con l'adolescenza, i pazienti si allontanano. Frequentemente, le famiglie abbandonano i servizi intorno ai 14/15 anni, o perché l'interlocuzione con i servizi non è più significativa e ci si rivolge a servizi privati del territorio o perché, conclusasi l'esperienza scolastica, c'è un fenomeno di dispersione. Alla luce di questi dati e di queste riflessioni, i territori stanno avanzando la richiesta di anticipare la proposta progettuale qualche anno prima dei 18 anni.

- Un elemento certamente a favore del progetto che stiamo realizzando è l'essere partiti da una sperimentazione molto piccola e limitata. Il primo anno abbiamo preso in carico 70 famiglie e quest'anno lavoreremo con numeri simili. Questo ci ha permesso di realizzare il progetto senza un numero eccessivo di utenti con cui confrontarci e ci ha permesso di avere il tempo e lo spazio per seguirli in modo accurato e per fare delle riflessioni sulle azioni in corso con una particolare attenzione alle dimensioni qualitative.

## Quali criticità hanno ostacolato la realizzazione del progetto?

- La prima riguarda le risorse, **non sempre disponibili e sufficienti per garantire risposte a bisogni contingenti** (es servizi diurni, contributi comunali carenti, servizi specialistici sguarniti). La rilevazione delle carenze però, sta attivando anche momenti di pressione verso i decisori istituzionali, da parte di diversi stakeholder.

- **Inoltre il tema dei carichi di lavoro è presente e rimane come sempre una nota critica.** Con il passare degli anni, il numero di famiglie arruolate aumenterà costantemente, la scommessa è quella di verificare se questa modalità di lavoro, sicuramente più onerosa inizialmente, con modalità impegnative e adatte ad un target specifico di popolazione, non risulti infine a somma zero come carico di lavoro complessivo, perché dovrebbe diminuire, se non annullare gli interventi a spot ed emergenziali sulle situazioni, alle volte scoordinati e con poca speranza di essere efficaci. Una criticità è certamente l'eterogeneità del nostro territorio che si caratterizza per storie di servizi molto diversi e per una presenza di servizi o di associazioni di familiari molto eterogenea.

- Un altro elemento di criticità particolarmente significativo per la nostra sperimentazione riguarda **la definizione del ruolo del case manager. Credo che la definizione del ruolo del case management sia un problema culturale e non sia ancora chiaro cosa significhi fare il case manager e lavorare su un progetto a medio e lungo termine.** Soprattutto con gli operatori comunali, per i carichi di lavoro che

hanno, non è scontato ci sia questa consapevolezza. Purtroppo siamo nella condizione che molto spesso cerchiamo di affrontare la contingenza e l'intervento finisce lì. Il nostro obiettivo è di riuscire ad andare oltre, di non rispondere solo al bisogno contingente, ma costruire con le famiglie un progetto. Non siamo più abituati a lavorare su progetti a medio e lungo termine, negli ultimi decenni siamo stati abituati a lavorare sulla contingenza, non sulla presa in carico a medio e lungo termine.

### **Quali elementi di attenzione segnalerebbe in vista di una replicabilità/implementazione?**

Questo progetto lo abbiamo realizzato a iso risorse, cosa che costituisce un limite e una risorsa. Essere a iso risorse ci ha permesso di essere meno vincolati da protocolli, dgr e tempi "blindati". Comprensibilmente, le dgr che avviano sperimentazioni pongono delle condizioni contingenti, mentre noi abbiamo potuto darci dei tempi maggiormente diluiti e utili per fare tutta una serie di pensieri e riflessioni sulle azioni che via via andavamo a costruire.

Altro elemento importante in vista di una replicabilità credo sia l'essere partiti prima su un distretto con numeri molto piccoli e poi aver allargato la sperimentazione alla Asl, dando ai territori una certa libertà nell'interpretare il progetto, ma garantendo una funzione di regia forte, un luogo che mantenesse attivo il pensiero e la riflessione intorno al progetto. Questo ha permesso un coinvolgimento molto attivo degli operatori e una declinazione specifica in relazione alle specificità dei territori.

### **Il progetto ha anticipato quella che sembra essere la direzione privilegiata dal nuovo esecutivo rispetto al tema della presa in carico integrata, anche in riferimento alle gravi disabilità. Quanto a suo avviso, un modello operativo di questo tipo è esportabile?**

Al momento le due sperimentazioni, la nostra e la sperimentazione regionale, viaggiano parallele anche perché noi siamo un sottoinsieme perché ci rivolgiamo a un target specifico. Dovremo certamente verificare quali saranno le sinergie tra le sperimentazioni. **Io credo che il nostro modello sia esportabile** anche alla sperimentazione più ampia.

Ci sono alcune differenze tra la nostra sperimentazione e quella regionale. Da un lato i numeri: la sperimentazione regionale riguarda numeri molto più elevati. Inoltre, l'erogazione di buoni e di voucher prevista dalla sperimentazione regionale rischia di concentrarsi, nella presa in carico, su elementi contingenti e meno su una dimensione di progettualità.

Certo è che la sperimentazione regionale è mossa da alcune priorità: la necessità di rendicontare e di approntare la macchina con cui stiamo iniziando a lavorare sulla 856

e sulla 740, con tempi rapidi e con volumi significativi e questo richiede alle Asl di attrezzarsi per rispondere in modo immediato alle richieste che arriveranno. La sperimentazione del case management necessita un cambiamento culturale da parte dei servizi. Per molti anni non siamo stati abituati e incentivati a lavorare con questa modalità progettuale e integrata, abbiamo lavorato per anni a comportamenti stagni. Oggi ci è richiesto un lavoro molto integrato, stiamo facendo altre sperimentazioni, per esempio con i punti nascita per segnalazioni precoci di situazioni molto problematiche e la modalità di lavoro più funzionale va proprio nella direzione dell'integrazione tra competenze e ruoli. Un altro aspetto sul quale stiamo riflettendo è il ruolo del consultorio familiare. Con il consultorio stiamo lavorando sulla presa in carico delle famiglie nel ciclo di vita e in particolar modo, delle famiglie che hanno situazioni con congiunti fragili. Nel caso della nostra sperimentazione, il consultorio svolge una funzione di appoggio, nella gestione dei familiari nel momento in cui si ravvisa la necessità di un supporto. Comincia a funzionare, cominciano a prendere il via le prime prese in carico dei familiari da parte dei consultori e l'obiettivo è di creare dei gruppi di auto mutuo aiuto perchè presumiamo che i familiari abbiano problematiche simili nella fase del compimento dei 18 anni del congiunto disabile. Nel nostro modello, il case manager continuerebbe a farlo l'operatore Asl o comunale e il Consultorio manterrebbe una funzione consulenziale di supporto alla famiglia.

Nel territorio

# Presenza in carico integrata: cosa sta accadendo sul territorio regionale? – 2

Intervista a **Federico Palla** - Responsabile UdP, AT Treviglio (BG), con la collaborazione di **Alessandra Maffi**- Assistente Sociale, Ospedale di Treviglio, referente CeAD per l'ambito di Treviglio

A cura di Rosemarie Tidoli

29 marzo 2014

Temi > Anziani, Disabilità, Fondo Non Autosufficienza, Piani di zona, presa in carico

Lombardia Sociale prosegue la ricognizione in atto nei territori lombardi per analizzare le conseguenze dei provvedimenti regionali che stabiliscono la presa in carico integrata tra ASL e Comuni. Dopo esserci soffermati su un Ambito territoriale del milanese il nostro approfondimento si sposta nella bergamasca.

**I provvedimenti inerenti il riparto del FNA prevedono una forte integrazione tra Asl e Comuni, nella governance complessiva delle iniziative e nella gestione del processo di valutazione. Quali sono stati, in questa prima fase di applicazione i punti forti ed i punti critici di questo processo nel vostro territorio?**

Tra i **punti più critici** pongo innanzitutto **la tempistica**. Le DGR regionali hanno previsto tempi troppo stretti a fronte della necessità di attuare tutta una serie di passaggi (cito, ad esempio, il coinvolgimento del coordinamento mensile degli assistenti sociali dell'Ambito, che si è reso necessario per elaborare proposte da sottoporre all'Assemblea dei Sindaci) , da costruire ad hoc e da condividere tra diversi soggetti. I tempi ridotti all'osso hanno provocato una "stress" al sistema. Quanto alla governance, faccio fatica a pensare che sia possibile costruirla così, adattando a forza la realtà locale al dettato delle delibere regionali. Il tema della governance integrata tra Comuni e ASL è un tema chiave per il futuro: già nel 2010 era stata fatta una proposta di integrazione dell'ASL all'interno dell'Ufficio di Piano stesso, ma la richiesta non era stata accolta dall'Assemblea dei Sindaci. Ora la Regione ci spinge in questa direzione, ma lo fa, a mio avviso, nel peggiore dei modi. Il punto critico quindi è nel sistema



territoriale: se dopo un decennio di piani di zona non è ancora maturo per un'integrazione forte della funzione programmatoria, rischia di subire le scelte programmatiche imposte dall'alto.

Un altro punto critico riguarda la **valutazione multidimensionale, che implica il forte coinvolgimento degli Assistenti Sociali dei Comuni**. Qui gli aspetti di maggior impegno sono due: a) dover ripensare alla valutazione sociale per le nuove situazioni; b) trovare il tempo (non indifferente) per svolgere le valutazioni domiciliari insieme agli operatori ASL. Il territorio non è ancora pronto, e anche questo è stato uno "stress test". Molte AA.SS., infatti, quando hanno ricevuto la lista delle visite da parte dell'ASL hanno obiettato di non conoscere nemmeno le persone che dovevano andare a vedere: questo, di conseguenza, è stato considerato soprattutto come un "lavoro in più".

In relazione a questo aspetto, però, l'altra faccia della medaglia emerge come un **punto di forza**: grazie alle valutazioni integrate i Servizi Sociali comunali sono venuti a conoscenza di casi bisognosi di presa in carico, che prima erano ignoti o erano noti solo alla ASL. Ciò ha permesso agli operatori di instaurare un lavoro sociale sulle reti che non esisteva ancora e, per diverse situazioni, ha offerto la possibilità di effettuare "agganci" in prima persona, più forti. Ne sono scaturite soluzioni più adeguate in termini di progettazione e di percorsi nuovi, che abbiamo riproposto anche per il bando emanato con i fondi FNA ex DGR 740 (interventi di sollievo, self-help, supporto psicologico ai caregiver).

Un altro aspetto positivo è che **ora si va dalla famiglie e ci si fa vedere "uniti" come enti pubblici**, combattendo la sensazione di frammentazione (evidente, chiara e diffusa). Questa modalità di porsi e di lavorare – più efficace, professionale e integrata – alimenta una diversa cultura dell'Ente pubblico, andando in controtendenza al flusso delle "lamentazioni". C'è da dire che, nel nostro Ambito, l'integrazione operativa tra Enti – benché non priva di problemi – passava già attraverso il CeAD e prima ancora dai protocolli sulle dimissioni ospedaliere protette tra Ambito, ASL e Azienda ospedaliera. Come sempre, le cose funzionano se i confronti partono e si costruiscono dal basso.

**Una delle innovazioni introdotte dalla dgr 740 e 856 è stata la valutazione multidimensionale. La delibera delle regole ha indicato nella Vaor lo strumento di valutazione per gli anziani non autosufficienti mentre non vi è ancora chiarezza su come si debba agire nei confronti delle persone con disabilità. Su questo punto in che modo vi siete regolati nel vostro ambito?**

Ogni anno il nostro Ambito emanava un bando di circa 30.000 Euro per progetti a sostegno delle disabilità gravi e della vita indipendente ex l.162. In genere venivano accolti circa una ventina di progetti con possibilità di finanziamento piuttosto ampie. Grazie ai nuovi strumenti, siamo "ripartiti" da lì, modificando il regolamento in base alle DGR ed aggiornando la scala di valutazione sociale in uso in precedenza. Abbiamo

così ridotto le tipologie di intervento finanziabili alle seguenti quattro: 1) famiglie che si avvalgono di una badante; 2) soluzioni di “sollievo”; 3) auto mutuo aiuto tra caregiver; 4) supporto ai caregiver che devono lasciare il lavoro o non riescono a trovarlo a causa dell'accudimento del familiare disabile. Accogliere le indicazioni sanitarie della VAOR ci ha indotto a spostare il focus e a orientarci verso una fascia di utenza con maggiore gravità, una zona di bisogno prima nota solo alla ASL.

**Vedendo le prime applicazioni delle misure, in che misura i finanziamenti ai Comuni : 1)hanno permesso di attivare interventi verso persone non ancora in carico ai servizi sociali; 2) hanno permesso di integrare e rafforzare interventi già in atto; 3) hanno permesso ai comuni di sostenere economicamente interventi già in atto.**

Nel nostro ambito abbiamo indirizzato i finanziamenti del FNA prioritariamente verso un potenziamento del SAD per anziani e dell'assistenza domiciliare educativa per minori disabili (68%); in seconda battuta li abbiamo indirizzati all'emersione dei nuovi casi, attraverso il finanziamento di progetti individualizzati per persone affette da SLA e per persone con disabilità grave ( 26%) e in ultima istanza ci hanno consentito di sostenere interventi di sollievo per anziani, già attivi in convenzione con una RSA del territorio (6%).

**In che misura gli interventi sosterranno vecchi o nuovi progetti di vita indipendente delle persone con disabilità?**

Il budget che destiniamo a questo fine é circa un quarto delle risorse totali disponibili, per metà dedicato alle persone affette da SLA e per l'altra metà a progetti di vita indipendente per persone con handicap grave, confermando il budget che annualmente veniva assegnato a questa finalità. Quello che cambia è la tipologia di bisogno intercettato, come spiegato ai punti precedenti.

**Le delibere 740 e 856 sono state presentate come un cambio di rotta da parte dell'Assessorato Famiglia, una fase di avvio della riforma complessiva del welfare sociale lombardo. Quale è il suo parere e le sue aspettative in proposito?**

La Regione si sta muovendo verso obiettivi condivisibili: a) lavorare sulla conoscenza per evitare di replicare un sistema non più sostenibile, non in linea con la realtà del territorio. Certe risposte, ad es. quelle per i bisogni emergenti (nuove povertà ed altri) non possono manifestarsi se le regole del gioco restano sempre le stesse; b)

l'integrazione tra ASL e Comuni, che cerca di riportare ad unione ciò che le stesse politiche regionali per quasi 20 anni hanno diviso.

Prendendo a prestito un'immagine che mi ha colpito molto, io mi raffiguro l'integrazione come una mela le cui due metà sono state divise e, nel tempo, hanno cambiato colore. Ora si sta tentando di ricucirle ... speriamo che, dopo tanti anni, mantenga lo stesso sapore.

In conclusione: gli obiettivi perseguiti dalla Regione sono sacrosanti e giusti. **Ciò che non funziona pienamente è l'imposizione dall'alto dei processi di integrazione con tempi troppo stretti e con pochi margini di manovra, che rischiano di far perdere le peculiarità dei diversi territori.**

Nel territorio

# Attivamente, e con attenzione, verso una presa in carico integrata nel territorio Cremonese

Contributo di **Giovanni Maria Gillini** - Responsabile UOD Programmazione territoriale,  
ASL Cremona

A cura di Valentina Ghetti

14 maggio 2014

Temi > Anziani, Disabilità, Fondo Non Autosufficienza, presa in carico

Continua la rilevazione di punti di vista e applicazioni locali dell'indirizzo regionale sulla presa in carico integrata – dgr 740 e 856. L'articolo espone alcune riflessioni provenienti dall'esperienza che si sta conducendo presso l'Asl di Cremona. Lo sguardo di un operatore dell'ASL, e non dei Comuni come nei precedenti articoli pubblicati, allarga la riflessione ad alcune necessarie integrazioni sanitarie, e cerca di evidenziare qualche snodo applicativo utile per ri-aprire alle riflessioni future.

## È suonata una sveglia

La primissima impressione che ho avuto leggendo la Dgr 856/13<sup>[1]</sup> è stata che fosse suonata una sveglia. Quando la sveglia al mattino ci chiama, le nostre reazioni possono essere molto diverse, dipendono fondamentalmente da quanto mi trova riposato, potremmo dire “pronto” e dal motivo, dall'impegno al quale mi chiama ... Quel pomeriggio decidemmo per una convocazione urgente dello staff di Direzione Sociale per il mattino dopo: abbiamo analizzato, ci siamo “suddivisi” le misure per dare all'esterno ed all'interno aziendale riferimenti chiari, vista la complessità del provvedimento, ma soprattutto abbiamo condiviso **l'impressione di novità e di impegno**.

L'impostazione e la visione che dà la DGR è, come noto, molto ampia e, mi sembra in modo condiviso, racconta di come stia emergendo sul territorio una diversa domanda di assistenza da parte delle persone e delle famiglie. Domanda che si presenta sia in termini di richiesta di servizi flessibili a livello territoriale, sia di aiuto e sostegno per il mantenimento presso il domicilio della persona con fragilità o in condizione di non autosufficienza, o ancora di un rinnovamento di prestazioni e servizi qualificati per fronteggiare i nuovi bisogni. Il perdurare della profonda crisi economica sta coinvolgendo numerose famiglie e sta modificando, o ha già modificato, gli stili di vita delle persone, in particolare di coloro che hanno bassi redditi, e la struttura degli interventi e dei servizi che costituiscono la rete sociale, sociosanitaria e sanitaria regionale.

Il punto di partenza, non possiamo che collocarlo, dunque, nei nuovi/attuali bisogni della famiglia che chiede di accedere alle diverse forme di aiuto a sostegno delle persone fragili, di seguito definite "MISURA", offerte dalle nuove normative e rappresentate dai contributi economici alla famiglia per il riconoscimento dell'attività di cura a disabili gravi e gravissimi.

## Il primo snodo: la valutazione

Per fare ciò è indispensabile una valutazione multidimensionale, di cui è titolare l'ASL di riferimento, per una lettura globale dei bisogni della persona da assistere, in integrazione con il Medico di Medicina Generale e i Servizi territoriali competenti.

La valutazione multi professionale è la sintesi del profilo funzionale della persona e della valutazione dei contesti sociali di vita ed avviene mediante l'utilizzo degli strumenti attualmente in uso per l'assistenza domiciliare. **Questo è indubbiamente un primo fondamentale snodo** nonché il punto di partenza delle diverse riflessioni critiche che si sono succedute. Uno snodo sia metodologico che organizzativo: dal punto di vista organizzativo l'impatto è molto differente se pensiamo ad un ufficio che "distribuisca" valutazione, semplice o complessa che sia, o una seduta di commissione di natura accertativa (come la commissione per l'invalidità civile per intendersi), oppure ad una équipe finalizzata alla presa in carico. Vi è la stessa differenza che passa tra una fotografia ed un filmato. Dal punto di vista metodologico la nuova valutazione multidimensionale richiede cinque momenti di attività:

- accoglienza della domanda del cittadino/familiare;
- valutazione multidimensionale, che riguarda l'intera analisi dei bisogni, la necessaria integrazione istituzionale, professionale e di risorse rese disponibili dal sistema sociosanitario e sociale sul territorio in cui la persona vive. Inoltre l'accesso alle

diverse misure richiede la verifica di prerequisiti di accesso e prevede l'applicazione di scale che determinano un cut-off di orientamento;

- stesura di un Progetto Individuale di Assistenza (PIA) che, sulla base della valutazione, fissa gli obiettivi da conseguire, delinea il percorso di sostegno e di assistenza, indica i possibili interventi da attivare, gli attori coinvolti, le modalità e i tempi di verifica; vi è anche indicato l'importo che l'Ente Erogatore dovrà rendicontare per quel progetto;
- scelta del cittadino dell'ente erogatore a contratto per la misura;
- monitoraggio e assolvimento del debito informativo.

La stesura del Piano di Assistenza Individuale (PAI) è compito dell'Ente Erogatore, che riceve il Progetto (PIA). Sono di competenza del Servizio Accreditamenti e Controlli Socio Sanitari i controlli di vigilanza ed appropriatezza degli Enti Erogatori; per l'ASL di Cremona la competenza è stata assegnata al Servizio Cure Sociosanitarie del Dipartimento ASSI (programmazione della valutazione multidimensionale) e la realizzazione, salvo situazioni particolari alle relative UO distrettuali. **Il primo "suono della sveglia" che ho sentito è stato quindi relativo all'impatto sull'organizzazione.**

## Secondo snodo: l'informazione alle famiglie

Il secondo trillo, cristallino, riguarda cosa le famiglie possono cogliere o aver colto delle nuove opportunità. Una particolare cura deve essere data alla informazione ed alla promozione delle misure a sostegno delle famiglie fragili. Dai primi mesi di esperienza mi sembra di poter evidenziare tre problematiche informative.

- Una famiglia fragile dovrebbe in qualche modo potersi rispecchiare nella nuova offerta ma, per alcuni aspetti, ad esempio **differenziare tra minore disabile grave o gravissimo, è complesso anche per gli addetti ai lavori, figurarsi per una mamma.**
- In secondo luogo lo stretto **messaggio sulla monetizzazione (benefit cash) ha in molti casi generato tensione tra le aspettative acuite dalla situazione di crisi economica e l'offerta di "un percorso di presa in carico"** che pure richiede di rivolgersi a più enti e a più professionisti.
- Il terzo snodo riguarda proprio interrogarsi su **"a chi mi devo rivolgere?"**. Non si può lasciare alla famiglia, ormai è consapevolezza di tutti (ma non ancora realtà, per qualcuno), l'onere della ricomposizione delle informazioni e degli attori. Rivedere questo aspetto è l'ennesimo invito del programmatore regionale; anche in un territorio tutto sommato semplice come quello cremonese, non mi sento di dire che sia un fatto consolidato.

## Oltre la mera classificazione

Con la dgr 740 la Regione Lombardia ha voluto estendere, sulla scorta della sperimentazione fatta per gli utenti con diagnosi di SLA e in Stato Vegetativo, la possibilità di beneficiare di un contributo mensile di euro 1000 ai disabili gravissimi, riservato ad utenti di età inferiore a 65 anni, non compatibile con la fruizione di servizi socio-sanitari ad esclusione dell'ADI/SAD [2].

Per il nostro territorio, la valutazione di idoneità al contributo avviene in equipe multi professionale composta dalle seguenti figure:

- Medico dell'UO Cure socio-sanitarie distrettuali
- Medico afferente al Servizio di Medicina Legale
- Infermiera/assistente sanitaria dell' UO Cure socio-sanitarie distrettuali
- Assistente sociale afferente all'Ufficio di Piano del distretto (assistente sociale del CeAD)
- All'occorrenza è possibile richiedere parere al MMG/PLS per avere indicazioni sullo stato clinico funzionale del proprio assistito.

Parallelamente, gli interventi riservati ai disabili gravi (Misura B2) sono di competenza degli ambiti distrettuali e si concretizzano in azioni di assistenza diretta alla persona, interventi di aiuto domestico, interventi complementari all'ADI e altre forme integrative di assistenza. Gli strumenti a disposizione sono: buono mensile fino ad un massimo di euro 800 finalizzato a compensare le prestazioni di assistenza rese dal caregiver o, per i soggetti di età inferiore ai 65 anni[3].

In questo caso la valutazione vorremmo avvenisse secondo le seguenti precisazioni:

- il bisogno prevalentemente socio-assistenziale viene gestito dalle assistenti sociali dei comuni;
- il bisogno socio-sanitario viene gestito in stretta collaborazione con il personale distrettuale delle UO Cure Socio-sanitarie con particolare riferimento ai soggetti affetti da SLA e cittadini che non sono risultati idonei alla misura B1 o rientranti in un progetto di vita indipendente.

**Ritengo che vi sia una sola strada per ridurre questa complessità: sviluppare la funzione di case manager** (parimenti se allargassimo l'analisi alla Misura RSA Aperta o alla Residenzialità leggera).

## Terzo snodo: il case manager

Valuto questa funzione come la maggiore innovazione dell'aggregato normativo. L'Asl di Cremona ha ritenuto in questa fase di avvio di mantenere a sé la funzione di case manager, preparandone possibili sviluppi. In estrema sintesi: quali compiti per il case manager? Non tutti ce la fanno da soli o con semplici informazioni. Sarebbe estremamente deresponsabilizzante per l'attore pubblico ritenere che il suo confine sia limitato alle diverse, seppur fondamentali, funzioni di governance. E ancora, la definizione dei livelli, il contratto con l'erogatore e la verifica non esauriscono il *core business* degli operatori. Credo, non da solo, che la singolarità dell'operatore sociosanitario che incontra la singolarità della persona fragile debba e possa assumere la funzione di case manager, tutte le volte che ne ravvede la necessità e che l'utente gliene concede facoltà (entrambi gli elementi).

Non può certo essere un caso che, ricercando definizione e operatività relative al case manager, sia facile recuperare testi metodologici di due delle professioni di base strutturalmente pronte al sociosanitario, l'infermiere professionale e l'assistente sociale, anche se in modo non esclusivo, visto che tale metodologia può essere applicata da diversi professionisti dell'ambito sociale e sanitario. Il case management è una metodologia operativa degli operatori sociosanitari che, ai tradizionali impegni di erogazione diretta di prestazioni (è il cosiddetto *casework* oggi sempre più residuale per l'operatore pubblico), **collega competenze di carattere manageriale nella gestione dei casi. Nello specifico, mediante il *case management* essi aiutano i loro assistiti a chiarire i loro bisogni e a mettere assieme e a usare efficacemente le loro risorse personali e quelle di cui la comunità dispone per andare incontro a tali bisogni.**

È necessario che tale funzione, per non avere atteggiamenti equivoci o manipolatori, si basi su una valutazione multi-disciplinare che individui di volta in volta un case manager capace di attivare la rete dei servizi (ad esempio l'assistente sociale se più di rete o l'infermiere se più sanitari). Ragion per cui una attenta funzione di accesso, ascolto, accompagnamento, valutazione multidimensionale e pianificazione individuale rimane un compito cruciale dell'operatore pubblico, finanche "preventivo" rispetto al ricorso a valle di soluzioni più onerose.

Come ultimo accenno utile ricordando il tema della giustizia sociale in tempi di crisi, la funzione di case manager ha rilievo anche rispetto alla allocazione delle risorse e al delicato tema della compartecipazione.



## Quarto snodo: l'integrazione

Qualcuno osserva che i documenti regionali da un lato insistono sulla multidimensionalità ma dall'altro sembrano orientarsi verso indicazioni "oggettive" di carattere sanitario. E' vero e io sono pienamente d'accordo con questa impostazione, per tre ordini di motivi.

Il primo è che questa necessità è sentita da molti: oggi, anzi non da oggi, **molte voci<sup>[4]</sup> si levano sulla necessità di maggior integrazione nella care del MMG di un anziano o di una persona fragile**. Siamo speranzosi su ulteriori innovative e concrete spinte che in tale direzione potrebbero arrivare a breve dalla Direzione Generale Famiglia.

In secondo luogo perché è **ormai tempo che l'Asl sfrutti il suo essere azienda molteplice, sanitaria e sociosanitaria, a beneficio dei cittadini**: un notevole recupero di efficacia è possibile partendo da una lettura integrata delle parti "interne" Asl quali la protesica, la farmaceutica, l'ADI, la rete a contratto... (talvolta in termini di analisi dei dati, tal'altra in termini proprio operativi). Il nostro territorio in tale direzione si sta muovendo, progressivamente da anni, come indicato anche più sopra con la partecipazione del medico legale alla valutazione multidimensionale; un recupero anche di efficienza lavorando anche sugli aspetti di presunta "oggettivazione" sanitaria o, almeno sicuramente di standardizzazione.

In terzo luogo, lo dico da ex assistente sociale di frontiera, perché **la cultura metodologica sociale non ha ancora fatto emergere, e me ne dispiaccio, strumentazione più forte dell'individualismo professionale sociale** (spesso schermato con presunte eccezionalità del caso trattato e/o limiti amministrativo/politici della singola amministrazione): ciò non di meno ritengo che sia possibile arrivarci.

Su questa rilevanza richiamo come la nostra ASL stia attuando dal 2013 un progetto sperimentale regionale che prende il nome di "PROSPECTOR. Intercettare le fragilità negli studi associati dei Medici di Medicina Generale". L'idea progettuale, in sintesi, è di affiancare gli studi associati e le case della salute con personale sociosanitario Asl (assistenti sociali ed assistenti sanitarie, per qualche ora settimanale) perché setaccino, come i ricercatori d'oro (prospector gold), sia l'analisi del bisogno sociale e sociosanitario, là dove spesso viene anticipatamente portato, sia una fattiva e possibile strada di integrazione. Uno sforzo davvero significativo (più di 120 medici coinvolti, oltre 60 casi nei primi mesi del 2014), i cui risultati sono in fase di analisi.

Dall'altro "versante", quello dell'integrazione con i comuni, l'ASL di Cremona ha istituito i Centri per l'assistenza domiciliare (CeAD) operativi sul territorio provinciale nel 2010 e, con specifico accordo attuativo con gli ambiti Comunali territoriali, vede la figura dell'assistente sociale degli ambiti distrettuali individuata come "attivatore delle risorse del sistema sociale" e presta circa 20 ore settimanali di attività. Il CeAD in

questi anni ha lavorato con l'obiettivo di costante pensiero integrato sulla domiciliarità per le persone non autosufficienti.

Un importante passo, in prospettiva, è stato compiuto con la Cabina di Regia Integrata tra l'Asl di Cremona e gli Ambiti distrettuali di Crema, Cremona e Casalmaggiore (istituita a seguito del disposto regionale di luglio 2013). ASL di Cremona e Comuni concordano sull'opportunità di procedere ad un potenziamento delle attività integrate di valutazione multidimensionale delle persone fragili e di definizione dei Piani Individuali di Assistenza. In modo tale che la valutazione multidimensionale del bisogno consenta di rilevare e valutare i bisogni complessivi della persona e della famiglia, oltre che divenire uno strumento per il governo territoriale delle risorse finanziarie annuali destinate al sistema socio sanitario locale.

La Cabina di Regia regolerà il procedere dello sviluppo dell'integrazione per l'anno 2014, individuandosi la necessità di un allargamento progressivo dell'utenza target e delle conseguenti risorse operative. A far corso dal 1° gennaio 2014, è stata attuata la valutazione multidimensionale congiunta per le persone rientranti nei primi due criteri di priorità; proseguendo l'integrazione sarà possibile attuare, anche sperimentalmente per alcuni territori, lo sviluppo di modalità di accesso ai servizi semplificate e prioritarie per le persone oggetto di valutazione multidimensionale congiunta (ad esempio budget unico di cura).

Per adesso e compatibilmente con i vincoli di bilancio e normativi di ciascun ente, le parti hanno concordato sulla necessità di un potenziamento organizzativo delle UO Cure sociosanitarie distrettuali (già CeAD), di una valutazione multidimensionale – aspetti sociali, effettuata per la casistica definita come prioritaria, e con le seguenti modalità:

- per le persone già in carico al servizio sociale comunale, valutazione dello stesso, con il coordinamento organizzativo dell'assistente sociale CeAD;
- per le persone non ancora in carico valutazione dell'assistente sociale CeAD;
- sostegno al progetto innovativo ASL denominato "Prospector" e verifica congiunta dei suoi esiti.

## **In conclusione**

Le premesse per costruire percorsi integrati sono garantite da due pilastri fondamentali:

- tutti gli ambiti operativi territoriali nel piano operativo steso a fine febbraio hanno evidenziato la necessità dello sviluppo di un lavoro di collaborazione e sinergia

tra i vari attori che operano sul territorio nell'ambito di un processo di governance in capo all'ASL di Cremona;

- sulla scorta dei primi mesi di avvio delle misure si è cercato di costruire un modello che fosse pioniere di un percorso integrato di servizi.

Abbiamo ancora da aspettare la prossima sveglia? Ancora la sentiremo lontana e fastidiosa? Io penso che gli elementi per migliorare l'integrazione sociosanitaria territoriale siano già in campo.

Non nascondo le difficoltà soprattutto se subentrassero nuove misure, e/o non si consolidassero quelle attuali; penso alla fatica che i territori stanno facendo, ad esempio, sulla RSA/RSD Aperta (di cui non abbiamo avuto spazio, qui, di parlare).

È tempo, invece, di assumere coerentemente l'atteggiamento di attenzione, rappresentato dai suricata dell'immagine che ho scelto per l'articolo.

Due coppie di parole possono delineare nuovi confini dei bisogni che cambiano, centrare e decentrare il nostro insistere congiuntamente sullo stesso territorio:

- un welfare *aperto* a più attori ed *incentivante* l'integrazione;
- e nel contempo un sistema familiare *informato* delle opportunità ed *accompagnato* nelle difficoltà.

È meglio essere ottimisti, ed avere torto, piuttosto che pessimisti, ed avere ragione.  
[Aforisma attribuito ad Einstein]

- 
1. [1] In questo articolo mi limiterò a rileggere le misure destinate alla domiciliarità dell'area anziani e della gravissima disabilità:
  2. [2] A titolo esemplificativo le patologie che potrebbero rientrare sono: Corea di Huntington, forme gravi di distrofia e di miopatia, gravi sclerosi multiple, Locked in. I criteri per definire un disabile gravissimo sono stati fissati dalla circolare 1/14 e sono così riassumibili: perdita di ogni autonomia motoria e assenza di autonomia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana; dipendenza totale dall'accudente e/o da tecnologie assistive nella funzione della respirazione o della nutrizione; permanenza a domicilio con assistenza vigile effettuata da un familiare/caregiver.
  3. [3] Contributi a sostegno di progetti di vita indipendente; fornitura diretta di servizi, erogazione di Voucher per l'acquisto di interventi presso enti accreditati, erogazione di contributi sociali per periodi di sollievo.
  4. [4] Si tratta di voci sanitarie (si pensi al Decreto Balduzzi e alla riforma della medicina di base) tanto quanto sociosanitarie regionali (in questa direzione anche la DGR regole 2014) e sociali, comunali e delle parti sociali.

# Conclusioni

# Il welfare regionale prova a cambiare: perché vi sono resistenze nei servizi?

di Cristiano Gori e Valentina Ghetti

17 gennaio 2014

Temi > Nuova Giunta regionale, Programmazione e governance

*La Giunta Maroni sta mettendo in campo una serie di provvedimenti finalizzati a superare il modello di welfare introdotto da Formigoni. La maggioranza delle voci provenienti dall'esterno dei servizi esprime sostegno alle novità mentre qualche resistenza e alcuni dubbi provengono dalle Asl e dai Comuni. Per quali motivi?*

La Giunta Maroni sta mettendo in campo una serie di provvedimenti finalizzati a superare il modello di welfare introdotto nella lunga stagione di Formigoni (1995-2013). Al centro della nuova strategia regionale, infatti, sono collocati proprio quei temi per molti anni ritenuti di scarso rilievo, in primis presa in carico, progettazione individuale e integrazione sociosanitaria. Mentre si discute e si discuterà dell'efficacia delle specifiche misure, la complessiva direzione di cambiamento che si vede oggi è quella da tempo suggerita dalla gran parte degli esperti e dei portatori d'interesse. Infatti, la maggioranza delle voci provenienti dall'esterno dei servizi esprime sostegno alle novità. Mentre dubbi sul nuovo corso e resistenze alla sua effettiva realizzazione provengono da varie Asl e da alcuni Comuni.

Perché, oggi che si dichiara di voler intraprendere la strada auspicata nel corso di anni di riflessioni, da convegni, documenti e lamentazioni emergono dubbi e resistenze? La risposta è nelle vicende degli ultimi quindici anni.

## **La costruzione del modello lombardo (2000-2008)**

La Giunta Formigoni si è dedicata alla riforma del welfare sociale e sociosanitario a partire dalla seconda legislatura in carica (iniziata nel 2000). La riforma si è

caratterizzata, soprattutto, per due aspetti. Uno tocca il profilo delle singole unità di offerta, in merito al quale è stata realizzata [un'incisiva opera di strutturazione e rafforzamento dei servizi](#), ottenendo risultati di rilievo. Attraverso le operazioni di riordino della filiera dei servizi, di revisione dei diversi requisiti autorizzativi, d'introduzione degli accreditamenti, infatti, è stato sviluppato un sistema d'offerta ampio e qualificato.

L'altro tratto caratterizzante riguarda il percorso di utenti e famiglie nella rete delle possibili risposte, ed è a questo che bisogna guardare per comprendere l'attualità. Nello scorso decennio, fase della grande espansione dei sistemi regionali di welfare ("trainata" dalla crescita dell'assistenza ai non autosufficienti), le altre Regioni del centro-nord sono state impegnate nella costruzione di forme di regolazione del percorso di utenti e familiari nella rete dei servizi e degli interventi. Ciò ha significato confrontarsi con temi come i punti unici di accesso, le unità di valutazione multidimensionale, le progettazioni sul caso integrate e le sperimentazioni sul case management. La Lombardia, invece, ha ritenuto che non si dovessero accompagnare utenti e famiglie nella rete dei servizi e che, anzi, gli strumenti già esistenti a tal fine costituissero un ostacolo alla valorizzazione della loro autonomia e libertà di scelta. Gli indirizzi strategici che hanno guidato gli obiettivi di policy in questi anni – tra i quali la libera scelta del cittadino, lo sviluppo di un quasi mercato, la competizione tra gli erogatori, la declinazione del ruolo delle Asl nella funzione di PAC (Programmazione, Acquisto e Controllo) e l'abolizione dell'UVG – hanno consolidato un sistema fondato proprio sulla de-regolazione della presa in carico, con le conseguenze ampiamente dibattute sulla settorializzazione del sistema e sulla solitudine delle famiglie.

Tale logica prevede, dunque, che la costruzione di un'unitarietà di risposte tra servizi sociali e socio-sanitari non spetti all'ente pubblico. Coerentemente a ciò la Lombardia – di nuovo a differenza di tutte le altre Regioni del centro-nord – non ha previsto forme di collaborazione o integrazione tra i Comuni e le Asl, puntando invece su una precisa separazione di competenze tra i due soggetti, tanto sul piano organizzativo quanto su quello istituzionale.

La capacità delle altre Regioni di raggiungere effettivamente l'obiettivo di accompagnare utente e famiglia nel rapporto con i servizi è risultata variabile, spesso al di sotto delle aspettative. In ogni caso, sono stati compiuti passi in avanti ed è stata accumulata una notevole esperienza. Ecco il punto: nel decennio di massima espansione dei settori sociale e sociosanitario, durante il quale la spinta politica allo sviluppo e le risorse economiche a disposizione rendevano possibili investimenti per strutturare e consolidare i propri modelli di welfare, tutte le Regioni del centro-nord hanno lavorato in questa direzione ad eccezione della Lombardia.

## Il mutamento dei principi...ma non delle pratiche (2008-2013)

Questo almeno fino al 2008, quando l'arrivo del nuovo Assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale, Boscagli, determina un complessivo ripensamento del modello di welfare lombardo. Gli obiettivi dichiarati nella nuova fase sono vari, non sempre coerenti, ma, per quanto qui interessa, il mutamento di direzione è netto: viene esplicitamente abbandonata l'idea che famiglie ed utenti non debbano essere accompagnati nel loro percorso nei servizi e si afferma, invece, la necessità di costruire strumenti adeguati affinché ciò accada.

Un valido esempio di questa inversione di rotta è il PAR Disabilità, nelle cui premesse teoriche viene riportato al centro il tema del percorso nei servizi e nel quale molti osservatori hanno riscontrato un interessante cambiamento di linguaggio. Questo mutamento, almeno dichiarato, è proseguito con il tentativo di riforma della domiciliarità, che ha portato alla sperimentazione sull'ADI di un nuovo modello di accesso e di valutazione del bisogno. E' continuato sino al percorso, ultimo in termini temporali, per la definizione del Patto per il nuovo welfare, in cui il legislatore riconosceva, in modo particolarmente diretto, alcune criticità nel modello lombardo consolidato e la necessità di prevederne una riforma.

Tuttavia, l'inversione di tendenza è rimasta sul piano del dichiarato, cioè si è fermata al livello di affermazione di intenti e di nuovi principi di riferimento. Non è, invece, stata tradotta in termini concreti, attraverso la necessaria revisione dei modelli di intervento e delle pratiche operative. Anche i pochi tentativi fatti in questa direzione (es. Cead) non sono stati sufficientemente incisivi da poter generare un cambiamento diffuso e significativo.

Inoltre, ha riguardato molto spesso specifici settori, senza riuscire a modificare l'impianto complessivo del modello di riferimento, con il conseguente radicamento di forti contraddizioni interne al sistema.

La chiusura anticipata della legislatura regionale a termine del 2012 ha posto fine a tale periodo lasciando di fatto invariato il modello di welfare.

Per quanto riguarda le ricadute concrete sui territori, dunque, questa fase non ha visto cambiamenti significativi rispetto a quella precedente. Pertanto, ai fini dell'operatività di Asl e Comuni, nel periodo 2000-2013 si registra una sostanziale continuità delle indicazioni regionali riguardanti il percorso di utenti e famiglia nella rete dei servizi.

## Il tentativo di modificare le pratiche (in corso a partire dal 2013)

La Giunta Maroni ora sembra voler compiere il passo successivo. Oltre a dichiarare la necessità di accompagnare utenti e famiglie nel percorso nei servizi, pare intenzionata a dare traduzione concreta a questi obiettivi.

Gli atti regionali sin qui emanati indicano infatti, in modo univoco e generalizzato una nuova centralità della presa in carico integrata della persona. Lo affermano a livello di principi generali il [Programma Regionale di Sviluppo](#) e la dgr 116, ma soprattutto, e per la prima volta, ne parlano in modo più specifico le singole dgr: [quella sull'autismo](#), quelle sul [fondo non autosufficienza](#) e sul fondo famiglia, sino alle recentissime indicazioni dell'annuale [delibera delle regole, dgr 1185](#).

Punti unici welfare, valutazione multidimensionale, progettazione e pianificazione individuale realizzata in modo integrato, monitoraggio e controllo, finanche budget di cura, diventano oggi le parole chiave del nuovo welfare lombardo. Parole chiave che, come detto, troviamo trasversalmente ai diversi atti e che non considerano solo singoli aspetti del percorso ma provano a darne una declinazione compiuta, dal primo accesso ai servizi al monitoraggio integrato degli interventi erogati.

Che questa volta si voglia provare a cambiare davvero? Forse sì, almeno stando ad alcuni primi segnali.

In primo luogo la coerenza complessiva mostrata dalle indicazioni emanate sin qui. La Giunta Boscagli esplicitava nuovi principi (attenzione alla presa in carico, per l'appunto) ma praticava attuazioni operative opposte, volte a rinforzare – ad esempio – il modello formigoniano basato sulla voucherizzazione, spingendo cioè verso il percorso autonomo delle persone all'interno dei servizi. Il nuovo esecutivo sembra lontano da queste contraddizioni, tant'è vero che per la prima volta, in tema di risorse per l'accesso ai servizi, si parla di budget di cura, in armonia con l'idea di una gestione integrata anche delle risorse che concorrono a costruire l'intero percorso di assistenza.

Inoltre, si ravvisa una certa determinazione attuativa. Se il percorso di riforma ipotizzato dalla giunta precedente si è caratterizzato per l'avvio di una serie di sperimentazioni, condotte talvolta con percorsi accidentati – pensiamo alla citata riforma dell'adi e alla sperimentazione della scala FIM prima e in seguito anche della VAOR – e non portate a termine, questo esecutivo pare voler perseguire strade diverse. La vicenda della valutazione del bisogno oggi si è conclusa con la scelta della VAOR e la sua applicazione estensiva a tutte le Asl, e su molte altre partite si annuncia la conclusione dei percorsi sperimentali, con conseguenti indicazioni su come modificare il sistema.

Certo rimane il rischio che anche questi primi segnali “abortiscano”, riproponendo l'approccio al cambiamento che abbiamo già visto: ampiamente dichiarato e poco o



per nulla praticato. La Regione deve ancora dimostrare di fare veramente sul serio e a breve dovrà dare concretezza a tutti quegli aspetti che rimangono ancora troppo generici perché possa esserne garantita una traduzione operativa (es. cosa comporta concretamente il budget di cura, i necessari accompagnamenti formativi agli operatori...).

## La difficoltà del cambiamento

Le vicende menzionate aiutano a meglio comprendere le resistenze e i dubbi di oggi. Per quanto possa andare nella direzione giusta, un mutamento che intende mettere concretamente in discussione quindici anni di pratiche non può essere facile da affrontare. Se poi lo si vuole introdurre in una fase particolarmente critica, le difficoltà aumentano.

Infatti, se proseguirà lungo la strada tracciata, l'attuale Giunta non potrà non mettere in discussione la deregolazione del percorso del welfare, che ha costituito un pilastro della riforma formigoniana. Tuttavia un conto è dichiarare di voler raggiungere alcuni obiettivi (Punti unici welfare, équipe, unità valutative, ecc), un altro è attuarli concretamente specialmente in un territorio dove – a parte interessanti eccezioni legate a specifiche realtà locali – azioni in tal senso non si sono mai realizzate o non si realizzano più da anni.

La richiesta di un effettivo cambiamento, inoltre, arriva in un momento ben diverso da quello precedente. Non ci troviamo più nell'epoca espansiva dello scorso decennio, quando sostanziosi stanziamenti aggiuntivi potevano rappresentare un volano e un supporto all'attuazione delle riforme. Siamo in una fase di risorse ben più contenute, nella quale il tema della sostenibilità è particolarmente complicato. Una fase, inoltre, che vede i territori provati da anni di cambiamenti, sperimentazioni e adattamenti.

Dunque, la fatica è un passaggio imprescindibile per chi voglia provare a cambiare davvero (e lo è ancora di più in momenti complicati come questo), ma non deve scoraggiare il decisore e nemmeno spaventare gli operatori.

Proprio perché inevitabile, è importante averne consapevolezza.

Diventa essenziale che il cambiamento venga affrontato tenendo nella giusta considerazione queste fatiche. Ciò comporta che il decisore regionale preveda adeguati accompagnamenti e la gradualità necessaria affinché le trasformazioni richieste ai vari livelli possano venire attuate senza dare adito a forme di "boicottaggio" o a grandi differenziazioni nelle applicazioni locali. Ciò può essere garantito solo se accompagnamento e gradualità rientrano in uno schema che indica con chiarezza obiettivi e azioni da perseguire.

E' altrettanto importante che chi deve generare il cambiamento – dirigenti, responsabili e operatori dei servizi – abbia un'adeguata consapevolezza dello sforzo richiesto, delle energie che saranno necessarie per trasformare schemi mentali e modi di operare, nonché del modello di welfare che si sta cercando di costruire.

## Segnalazioni

Dagli autori e dall'esperienza di ricerca e analisi di LombardiaSociale.it un nuovo strumento per conoscere e approfondire la situazione attuale del welfare sociale in Italia.

**Cristiano Gori, Valentina Ghetti, Giselda Rusmini, Rosemarie Tidoli**

## IL WELFARE SOCIALE IN ITALIA Realtà e prospettive

*Carocci, 2014*

Qual è l'attuale situazione del welfare sociale in Italia? Quali ipotesi si prospettano per il suo futuro? Il libro affronta queste domande cruciali riguardanti la realtà e le prospettive degli interventi rivolti perlopiù ad anziani non autosufficienti, persone con disabilità, famiglie in povertà e prima infanzia. La Parte prima presenta i principali tratti che contraddistinguono oggi il welfare sociale nel nostro Paese per poi esaminare gli interventi (tanto quelli realizzati quanto le azioni mancate) che hanno contribuito a determinarli. La Parte seconda, invece, mette a fuoco le diverse strade che il welfare sociale italiano potrebbe intraprendere nei prossimi anni, nella direzione di un arretramento oppure in quella dello sviluppo, e discute le opzioni che determineranno quale verrà effettivamente scelta.



### INDICE

#### Introduzione

#### Parte prima La realtà attuale

1. Fotografie. Il welfare sociale in Italia
2. Così uguali e così diverse. Le aree del Paese a confronto
3. L'innovazione difficile. Le politiche regionali
4. Riformismi incompiuti. Le politiche nazionali
5. Le ragioni di uno sviluppo carente. Perché non abbiamo investito nel welfare sociale

#### Parte seconda Le prospettive future

6. La mappa dei rischi per la prima infanzia
7. La mappa dei rischi per le famiglie con anziani non autosufficienti
8. La mappa dei rischi per le persone povere e a rischio di emarginazione
9. Una visione d'insieme. I rischi per il sistema di welfare sociale
10. Le scelte possibili. Il finanziamento
11. Le scelte possibili. Le politiche e gli interventi

#### Bibliografia

#### Gli autori