

Deliberazione del consiglio regionale 24 gennaio 2019, n. 1  
Piano sociale regionale denominato "prendersi cura, un bene comune"

*Omissis*

### **Valutazione multidimensionale integrata**

Successivamente all'accoglienza e alla pre-valutazione realizzate presso il PUA, nel caso di bisogni complessi che richiedono prestazioni sociosanitarie integrate, si procede all'avvio della valutazione multidimensionale, che rappresenta il presupposto per la definizione del progetto personale.

Essa si deve porre l'obiettivo di ricostruire la specifica situazione della persona, in termini di condizioni di salute, funzionamenti, limitazioni alle attività e alla partecipazione, condizioni lavorative, economiche, abitative, familiari e relazionali, ma anche obiettivi e aspirazioni, oltre che fattori contestuali in termini di ostacoli e facilitatori. Ossia tutti quegli elementi che consentono di elaborare il progetto personale, quale mix appropriato di interventi, servizi e trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale.

Dunque, l'unità di valutazione multidimensionale, istituita in ogni Distretto sociosanitario della Regione, effettua la valutazione multidimensionale della situazione della persona e del suo contesto ambientale, elabora con la diretta partecipazione del cittadino o di chi lo rappresenta un progetto personale, garantisce l'effettiva presa in carico, intesa come identificazione certa delle responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio e adeguamento, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

L'UVM, come disciplinato dal DCA 431/12, è un'equipe multiprofessionale sociosanitaria e multidisciplinare di tipo funzionale, la cui responsabilità è in capo al Direttore di Distretto. Essa è composta da:

- medico del Distretto individuato dal Direttore in funzione della tipologia del bisogno;
- medico di medicina generale/pediatra di libera scelta della persona;
- infermiere;
- assistente sociale.

Inoltre, in relazione alla specifica situazione, l'UVM può essere integrata dal diretto interessato, da altre figure professionali afferenti sia ai servizi della ASL che ai servizi sociali dei Comuni e/o ad altri enti/istituzioni e/o organizzazioni del territorio nonchè, quando utile e necessario, anche da soggetti che si occupano a qualsiasi titolo della persona da valutare (caregiver familiare, amministratore di sostegno, assistente familiare, l'insegnante, la cooperativa sociale che eroga il servizio di assistenza domiciliare, ecc.) al fine di contribuire a trovare la soluzione migliore alle criticità rilevate a costruire un piano di assistenza individualizzato (PAI) meglio dimensionato.

Ai fini del presente Piano regionale, quando si fa riferimento all'assistente sociale dell'UVM si deve intendere l'assistente sociale

designato dai Comuni del Distretto sociosanitario, proprio al fine di garantire l'integrazione tra il settore sociale e quello sanitario, tra gli enti locali e la ASL.

Attualmente l'UVM, attraverso équipe di professionisti formati ed esperti appartenenti sia ai servizi sociali che ai servizi sanitari, assicura la valutazione multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane, e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (DCA 431/2n. 1812). Tuttavia, nel modello organizzativo sociosanitario regionale, l'UVM diventerà lo strumento metodologico e operativo corrente, da attivare in tutti i casi che richiedono il ricorso a servizi integrati. Non solo, quindi, per le persone con disabilità o per gli anziani non autosufficienti, ma anche nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze, e per tutte quelle condizioni per cui è necessario attivare supporti intensivi e percorsi integrati, come nel caso di famiglie monogenitoriali, persone vittime di violenza ecc.. In caso di particolari decisioni l'UVM può essere integrata anche con membri della famiglia della persona che necessita di bisogni complessi.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie. Tale responsabilità deve quindi essere ricondotta pariteticamente sia al Direttore di Distretto sanitario o suo delegato che al Responsabile del Distretto sociale o suo delegato. Il luogo deputato a tale funzione viene identificato nel back-office del PUA, al fine sia di ottimizzare l'utilizzo delle risorse sociosanitarie che operano al suo interno, sia di garantire la tempestività e l'efficienza della risposta al bisogno segnalato. Tale momento di responsabilità condivisa è utile per verificare (sulla base delle informazioni acquisite) anche la disponibilità di specifiche risorse da allocare nel budget di salute, allegato al progetto personale.

Progettazione personale e budget di salute

L'obiettivo centrale delle politiche sociali, intese nel loro senso più ampio, è quello di favorire l'inclusione e garantire condizioni di pari opportunità per tutti i cittadini e le cittadine, in modo che tutti abbiano le stesse possibilità di sviluppo personale.

Ciascuna persona, e ciascuna famiglia, deve essere messa nelle condizioni di poter decidere della propria vita, secondo i propri bisogni e i propri obiettivi, la propria scala di valori e le proprie capacità. In tal senso il sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari concorre all'inclusione sociale, fornendo supporti congruenti e proporzionati alle condizioni personali e ambientali, alla piena inclusione e partecipazione sociale di ognuno in condizione di parità con gli altri membri della comunità di riferimento.

Nonostante tali presupposti, nella realtà il sistema di welfare risulta, ad oggi, tutt'altro che integrato. Esso offre risposte frammentate e parcellizzate, che spingono ancora a riferirsi all'integrazione come ad un obiettivo da raggiungere.

Un approccio basato sui diritti impone un ripensamento del sistema, che si fondi sul protagonismo della persona, considerata nella sua unitarietà, garantisca l'esigibilità delle prestazioni, produca risposte appropriate, integrate e prossimali, valorizzando anche il capitale relazionale presente nelle comunità locali.

L'articolo 53 della nuova legge regionale 11/2016 prevede la presa in carico integrata della persona e il budget di salute, al fine di introdurre strumenti operativi capaci di ricomporre la frammentazione delle prestazioni, dei costi e delle competenze tra sociale e sanità, tra Comuni e ASL. L'obiettivo è di garantire il diritto alla salute dei cittadini e delle cittadine, che - giova ricordarlo - si configura non come una semplice assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e che, come tale, richiede un sistema fortemente integrato di servizi sanitari e sociali, in grado di assicurare appropriatezza e continuità delle risposte. La centralità della persona diviene operativamente fondante del sistema solo in presenza di una sua riorganizzazione che possa garantire il rispetto del diritto di fruizione dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari in modo integrato e condiviso.

Congruentemente, nella programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi a livello distrettuale, la Regione introduce quindi il metodo della programmazione personale e del budget di salute.

### **Il progetto personale**

Nell'ambito delle previsioni normative e programmatiche, tanto del versante sociale quanto di quello sanitario, annoveriamo denominazioni, definizioni e declinazioni diverse del concetto di progettazione per la persona.

L'articolo 9 della legge regionale 11/2016 disciplina il contenuto del piano personalizzato di assistenza, che deve essere "predisposto, d'intesa con il beneficiario, con il suo tutore legale o eventualmente con i suoi familiari, dal servizio sociale professionale (...), in collaborazione con le competenti strutture delle aziende sanitarie locali, al fine di coordinare e integrare gli interventi, i servizi e le prestazioni del sistema integrato (...)".

L'articolo 9 richiama anche, al comma 2, i piani individuali per le persone con disabilità di cui all'articolo 14 della legge quadro 328/2000. Questi ultimi, tuttavia, sempre secondo la legge 328 sono preceduti da una "valutazione diagnostico-funzionale" e non da quella "valutazione multidimensionale", recepita nella successiva normazione, che viene attivata per la predisposizione dei piani personalizzati di assistenza, in presenza di bisogni complessi che richiedono l'intervento di diversi servizi e operatori. Inoltre, la legge 328 non esplicita espressamente il coinvolgimento della persona con disabilità e della sua famiglia nella redazione di tale progetto, criterio invece imprescindibile dopo l'approvazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dal nostro Paese con legge del 3 marzo 2009, n. 18. Quanto alla tipologia delle prestazioni/servizi, la legge quadro prevede che il progetto individuale comprenda le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del SSN, i servizi alla persona erogati dal Comune "in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale".

Nel tempo e negli atti legislativi e di programmazione sociale e sanitaria è possibile trovare ulteriori definizioni.

I percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) sono strumenti per le persone con patologie ad elevato impatto sociale e ad alto costo in quanto delineano un percorso che, a partire dal momento della

diagnosi, può garantire una presa in carico individualizzata, l'integrazione tra i vari nodi della rete e tra aspetti sociali e sanitari, la continuità ospedale-territorio, l'accesso uniforme a servizi e prestazioni in relazione alle fasi della malattia, alla sintomatologia, ai livelli di disabilità, ai bisogni.

Il progetto riabilitativo individuale (PRI) è lo strumento di lavoro, elaborato dal team di figure professionali coinvolte, di cui è responsabile il medico specialista in riabilitazione, che ha l'obiettivo di rendere l'intervento riabilitativo mirato, continuativo ed efficace, perché rispondente ai bisogni reali del paziente.

I progetti terapeutici-riabilitativi individuali (PTRI) sono percorsi integrati atti a soddisfare bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

Il progetto per la vita indipendente è un progetto in cui prevale la redazione diretta della persona con disabilità che lo richiede, o di chi la rappresenta, e l'autogestione dell'assistenza personale. Si tratta quindi di un'erogazione alla persona di trasferimenti economici, in sostituzione di servizi o prestazioni di norma assicurati da enti pubblici in modalità diretta (anche convenzionata o accreditata), con la finalità di attuare le personali scelte di vita nel perseguimento della massima autonomia e inclusione.

Di progetto personalizzato si parla anche nell'ambito della scuola e del lavoro.

Il Piano educativo individualizzato (PEI) è un documento di natura progettuale nel quale vengono descritti gli interventi, integrati ed equilibrati tra di loro, predisposti per l'alunno con disabilità in un determinato periodo di tempo, sulla base della diagnosi funzionale e del profilo dinamico funzionale, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione. Il PEI deve essere redatto congiuntamente dagli operatori sanitari individuati dalla ASL e dal personale docente curricolare e di sostegno della scuola e, ove presente, con la partecipazione dell'insegnante operatore psicopedagogico, personale educativo scolastico, e con il coinvolgimento dei genitori dell'alunno.

Nell'ambito del lavoro si può fare riferimento al progetto di inclusione lavorativa della persona con disabilità che è espressione del principio del collocamento mirato, introdotto dalla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) e successive modifiche, ossia della "persona giusta al posto giusto". Tale progetto deve essere redatto dai servizi competenti sulla base di una valutazione bio-psico-sociale della disabilità, con la partecipazione e l'adesione della persona stessa o di chi la rappresenta, e in raccordo con i servizi sociali, sanitari, educativi e formativi del territorio. L'obiettivo è di realizzare un intervento a misura della persona con disabilità, cogliendone le aspettative, le capacità, le inclinazioni, oltre che la preparazione professionale o i presupposti di formazione.

Infine i più recenti progetti di presa in carico del sostegno per l'inclusione attiva (SIA) sono dei progetti di attivazione sociale e lavorativa collegati all'erogazione di un sussidio economico ai nuclei familiari con minori in condizioni di povertà. Essi si basano su una valutazione multidimensionale del bisogno dei membri del nucleo familiare, sono condivisi con le persone interessate, hanno come finalità il superamento della condizione di povertà, il reinserimento lavorativo e l'inclusione sociale, e possono quindi richiedere

l'integrazione tra sistema sociale, del lavoro, sanitario, educativo, dell'istruzione e della formazione, nonché la collaborazione fra i servizi pubblici e del privato sociale.

Per "progetto personale" si intende, quindi, un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti monetari in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale.

Secondo la legge regionale 11/2016 (art. 53, comma 1), esso deve essere formulato dall'UVM con la diretta partecipazione della persona o di chi la rappresenta, sulla base della valutazione multidimensionale della sua specifica situazione, in termini di condizioni di salute, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, obiettivi e aspirazioni, oltre che della valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia.

Propedeutica e correlata al progetto personale è, quindi, la valutazione multidimensionale della persona e del suo contesto di vita, e l'effettiva "presa in carico" intesa come identificazione certa delle responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio e adeguamento, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

### **Il budget di salute**

La ricomposizione delle prestazioni nel progetto personale presuppone anche la ricomposizione delle fonti di finanziamento e la riqualificazione delle risorse disponibili in funzione degli esiti della valutazione multidimensionale.

Lo strumento che la legge regionale 11/2016 individua a tal fine è quello del budget di salute.

Per "budget di salute" si intende la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a garantire o restituire a una persona, attraverso un progetto personale, un funzionamento sociale adeguato, alla cui elaborazione partecipano principalmente la persona stessa, la sua famiglia e la sua comunità, ottimizzando l'uso delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata.

Evidente in questa definizione è l'imprescindibile collegamento tra il budget di salute e il progetto personale. Infatti, in assenza del secondo, il primo risulterebbe un mero strumento allocativo, funzionale a riprodurre l'attuale impiego delle risorse, che verrebbero solo ricondotte ad un nuovo, unitario, ma solo diversamente etichettato contenitore. Al contrario, in assenza del budget di salute, il progetto personale resterebbe irrealizzato nella sua compiutezza, incapace sia di produrre una reale integrazione dei servizi e degli interventi, sia di riorientare le risorse attualmente spese in direzione di prestazioni che siano coerenti e appropriate per quella persona in quel determinato contesto di vita.

Obiettivo prioritario del sistema operativo basato sul progetto personale e il budget di salute è quello di promuovere "contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale" (art. 53, comma 5, legge regionale 11/2016) e di sostenere il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita. Questo sistema è caratterizzato da un elevato grado di flessibilità e personalizzazione: non è legato a un tipo particolare di servizio, a uno specifico ente erogatore o a determinate modalità di erogazione.

Esso pone l'accento sui determinanti sociali della salute. Infatti chi è privo di fattori di protezione sociale (è senza lavoro, ha un basso reddito, vive in contesti familiari e sociali poveri di risorse economiche, culturali e relazionali) si trova più facilmente esposto a situazioni di perdita della salute e a rischi di esclusione sociale. L'attenzione viene quindi rivolta a progetti capaci di intervenire sugli elementi costitutivi della salute, ossia: apprendimento/espressività; formazione/lavoro; casa/ habitat sociale; affettività/socialità.

In questo nuovo modello di governance il privato sociale collabora alla costruzione e allo sviluppo di sistemi integrati, che favoriscano l'attivazione dei cittadini e delle cittadine, l'inclusione sociale e lavorativa, la permanenza nel proprio contesto di vita, abitativo e affettivo-relazionale, ed evitino l'istituzionalizzazione, attraverso la riconversione della spesa per la residenzialità.

Azioni:

- Introduzione di regole e strumenti comuni di programmazione, documentazione e valutazione dell'attività di progettazione, che si sostanzia in:

1. elaborazione da parte dell'UVM, con la diretta partecipazione del cittadino o di chi lo rappresenta, di un progetto personale che definisca, previa valutazione della sua specifica situazione (personale e ambientale), il mix più appropriato di prestazioni (servizi e/o trasferimenti) finalizzate a supportare il suo progetto di vita, la sua inclusione sociale e la permanenza nel contesto di vita;

2. quantificazione da parte dell'UVM delle risorse economiche, professionali e partecipative (personali, familiari, pubbliche, della comunità locale) che definiscono il budget di salute per la realizzazione del singolo progetto personale; individuazione di un coordinatore della rete dei servizi e dei soggetti corresponsabili della realizzazione del progetto personale;

3. definizione di un sistema di indicatori per il monitoraggio del progetto personale e la valutazione dei risultati raggiunti, al fine di apportare eventuali modifiche legate all'evoluzione della situazione e all'effettivo conseguimento degli obiettivi di inclusione sociale;

4. predisposizione e uso di una versione informatizzata del sistema di documentazione degli accessi e dei progetti (Cartella sociosanitaria).

*Omissis*