



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 4672

Seduta del 09/01/2013

Presidente **ROBERTO FORMIGONI**

Assessori regionali ANDREA GIBELLI *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
GIOVANNI BOZZETTI
ROMANO COLOZZI
GIUSEPPE ANTONIO RENATO ELIAS
ANDREA GILARDONI

NAZZARENO GIOVANNELLI
FILIPPO GRASSIA
MARIO MELAZZINI
CAROLINA ELENA PELLEGRINI
LEONARDO SALVEMINI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Oggetto

PRESA D'ATTO DELLA COMUNICAZIONE DEL PRESIDENTE FORMIGONI DI CONCERTO CON L'ASSESSORE PELLEGRINI AVENTE OGGETTO: "STATO DI ATTUAZIONE DELLE POLITICHE REGIONALI A CHIUSURA DELLA IX LEGISLATURA – AVANZAMENTO ATTIVITA' IN ATTUAZIONE DEL PIANO D'AZIONE REGIONALE PER LE POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' E DELLE SPERIMENTAZIONI DEL MODELLO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO"

L'atto si compone di 35 pagine

di cui 33 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA la comunicazione del Presidente Formigoni di concerto con l'Assessore Pellegrini avente oggetto: "STATO DI ATTUAZIONE DELLE POLITICHE REGIONALI A CHIUSURA DELLA IX LEGISLATURA – AVANZAMENTO ATTIVITA' IN ATTUAZIONE DEL PIANO D'AZIONE REGIONALE PER LE POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' E DELLE SPERIMENTAZIONI DEL MODELLO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO";

RICHIAMATO il comma 4 dell'art. 8 del Regolamento di funzionamento delle sedute della Giunta regionale, approvato con DGR 29.12.2010 n. 1141;

All'unanimità dei voti, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di prendere atto della comunicazione sopracitata, allegata alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che i responsabili del procedimento sono il Direttore della Funzione Specialistica Attuazione Programma Marco Carabelli e il Direttore della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale Roberto Albonetti.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI



Regione Lombardia

LA GIUNTA

COMUNICAZIONE DEL PRESIDENTE FORMIGONI DI CONCERTO CON L'ASSESSORE PELLEGRINI ALLA GIUNTA NELLA SEDUTA DEL 9 GENNAIO 2013

OGGETTO: STATO DI ATTUAZIONE DELLE POLITICHE REGIONALI A CHIUSURA DELLA IX LEGISLATURA – AVANZAMENTO ATTIVITA' IN ATTUAZIONE DEL PIANO D'AZIONE REGIONALE PER LE POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' E DELLE SPERIMENTAZIONI DEL MODELLO DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL BISOGNO

Lo scorso 26 ottobre, a seguito della presentazione contestuale di dimissioni da parte della maggioranza dei Consiglieri regionali, si è determinato lo scioglimento anticipato del Consiglio regionale.

Nella fase conclusiva della Legislatura e in relazione all'imminente appuntamento elettorale, la Presidenza e gli Assessorati della Giunta stanno procedendo, anche con il supporto di uno specifico Gruppo di lavoro (nominato con decreto del Segretario generale del 13 novembre) ad una ricognizione dello stato di avanzamento degli obiettivi più significativi e strategici del Programma Regionale di Sviluppo.

La finalità è quella di evidenziare in sede istituzionale, in relazione ai principali obiettivi, quanto realizzato e quanto già maturo ma non perfezionato, così da disporre, per ciascuna delle politiche regionali strategiche, di un quadro che possa costituire anche uno strumento di conoscenza per la Giunta che darà avvio alla X^a Legislatura.

Con questa comunicazione si intende dare atto dello stato di avanzamento di azioni prioritarie nell'ambito sociale e sociosanitario, attivate e realizzate in attuazione del Piano Regionale di Sviluppo (DCR IX/56 del 28.09.2010), del Piano Sociosanitario (DCR IX/88 del 17.11.2010) e delle DD.G.R. n. 937/2010 e n. 2633/2011 di determinazioni per la gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2011 e 2012.



Regione Lombardia

LA GIUNTA

Si allegano alla presente comunicazione i documenti tecnici relativi a:

•**Stato di avanzamento delle azioni previste dal Piano d'Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità (Allegato 1)**

Con il Piano d'Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità (PAR), approvato con d.g.r. IX/983 del 15 dicembre 2010, Regione Lombardia affronta per la prima volta in Italia il tema della disabilità a partire dai principi sanciti dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (Legge 3 marzo 2009, n. 18). Si tratta di un documento strategico la cui visione di ampio respiro è destinata a segnare un profondo cambiamento culturale nel modo di affrontare la disabilità. Ogni sua parte concorre ad affermare un concetto chiave: il riconoscimento della dignità dell'esistenza di ogni essere umano deve essere il punto di partenza e di riferimento di una società che difende il valore dell'uguaglianza e si impegna affinché la malattia e la disabilità non diventino motivo di discriminazione sociale e di emarginazione.

L'obiettivo principale è l'implementazione della Convenzione ONU allo scopo di ideare e migliorare le politiche per la disabilità, mettendo a frutto le esperienze virtuose già presenti sul territorio e garantendo la continuità di risposta per la persona, resa protagonista del sistema in tutte le fasi della vita.

Attraverso un collegamento funzionale tra i diversi attori e l'individuazione di ruoli e responsabilità specifiche, il PAR consente di superare la frammentazione degli interventi a favore della disabilità permettendo, allo stesso tempo, di razionalizzare e ottimizzare le risorse impiegate per la realizzazione di una politica unitaria.

A due anni dall'approvazione del PAR si vuole dare evidenza delle principali azioni ed interventi che sono stati realizzati così come delle attività in corso, tenendo conto della portata decennale di questo strumento e dell'approccio integrato che lo caratterizza.

Tutto il percorso di stesura e attuazione del PAR è stato impostato e condiviso con l'attuale Assessore alla Sanità Professor Mario Melazzini.

•**Stato di avanzamento delle sperimentazioni del modello di valutazione multidimensionale del bisogno (Allegato 2)**

In armonia con quanto stabilito dai provvedimenti della programmazione



Regione Lombardia

LA GIUNTA

regionale, è stata avviata, dalla seconda metà del 2011, la sperimentazione del nuovo modello regionale di valutazione multidimensionale del bisogno delle persone in condizioni di fragilità.

Questo nuovo modello implica la lettura del bisogno della persona nelle sue tre dimensioni –sanitaria, sociosanitaria e sociale- ad opera di un'équipe pluriprofessionale.

In questa nuova prospettiva, la lettura del bisogno favorisce la realizzazione di un sistema di rete territoriale integrato, in grado di “ascoltare” la persona e la sua famiglia per coglierne i bisogni e le esigenze, di dare una informazione semplificata e diffusa sul territorio, di facilitare un accesso unificato alle prestazioni sociosanitarie e sociali, evitando inappropriatezze di prese in carico, che hanno ripercussioni negative sull'insieme delle risorse attivate.

ALLEGATO 1 - Stato di avanzamento delle azioni previste dal Piano d’Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità

Sommario

1. Premessa	2
2. Interventi attuati	4
3. Attività in corso.....	11

1. Premessa

Nell'ambito della riforma del welfare, attraverso il **Piano d'Azione Regionale** (di seguito **PAR**) per le **politiche in favore delle persone con disabilità**, approvato con **d.g.r. IX/983 del 15 dicembre 2010**, Regione Lombardia sta affrontando il tema della disabilità con un **approccio nuovo e trasversale**.

Il PAR è un Piano estremamente complesso ed articolato, che si compone di azioni individuate per:

- garantire la **continuità di risposta** alle esigenze e ai bisogni che possono presentarsi **lungo tutto l'arco della vita della persona**
- garantire la **reale accessibilità e fruibilità** dei servizi
- costruire una **rete integrata di servizi** utili, efficienti e dedicati.

Il PAR è il risultato di una forte volontà di conoscere i diversi e complessi aspetti del tema attraverso il rigoroso e attento **metodo messo a punto dal Gruppo di Approfondimento Tecnico per il coordinamento e l'integrazione delle politiche regionali a favore delle persone con disabilità** (di seguito **GAT**). Grazie al lavoro del GAT istituito da Regione Lombardia, sono stati infatti definiti principi, strategie e azioni per rispondere in modo concreto ed efficace ai bisogni del cittadino con disabilità.

In un'ottica partecipativa di **ripensamento in chiave unitaria delle politiche regionali sulla disabilità**, sono state coinvolte le diverse Direzioni Generali di Regione Lombardia e rappresentanti del mondo dell'associazionismo e del non profit in qualità di esperti.

In questi due anni trascorsi dall'approvazione in Giunta del PAR, il **GAT** ha lavorato per la definizione delle modalità di integrazione dei diversi livelli dell'azione politica, ponendosi come **interlocutore privilegiato per gli attori territoriali**; tuttora continua ad essere il punto strategico per la reale e fattiva implementazione di ogni singola azione prevista nel Piano.

In **sede di formulazione del PAR sono state individuate 79 azioni programmate**, a cui nel corso dei due anni di implementazione e grazie all'effetto volano che gli incontri del GAT hanno avuto sulle diverse Direzioni Generali **se ne sono aggiunte altre 5**. Le azioni individuate sono riconducibili a **10 Aree di Intervento** che, a loro volta, comprendono **12 Aree di Attività** che impattano su tutti i settori che incidono sulla vita quotidiana del cittadino lombardo e che vanno dal welfare alla mobilità, dalla istruzione all'edilizia, dal tempo libero e turismo all'Expo 2015.

Il risultato più tangibile, in questi due anni di lavoro, è stato la capacità di tutte le Direzioni Generali coinvolte di **leggere le politiche complessive della Regione, tenendo conto anche dei bisogni delle persone con disabilità**.

Al fine di monitorare e governare il PAR, è stato definito un modello di gestione che prevede incontri periodici del GAT (che si riunisce con cadenza mensile) quali momenti di verifica e di condivisione dello stato di avanzamento delle azioni programmate e l'utilizzo di uno strumento di analisi che permette di:

- **programmare** nel tempo lo sviluppo delle azioni inserite nel PAR
- **definire** per ciascun intervento previsto tempi, risorse e responsabilità in fase di attuazione
- **monitorare** le azioni previste nel PAR, in termini di interventi attuati e da implementare
- **comunicare** i risultati operativi "tangibili" man mano ottenuti con ogni intervento realizzato ed il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PAR.

A due anni dalla pubblicazione del PAR, emerge che sono stati avviati i lavori su tutte le Aree di Intervento previste, con un numero importante di azioni avviate e concluse su alcune aree strategiche (Figura 1).

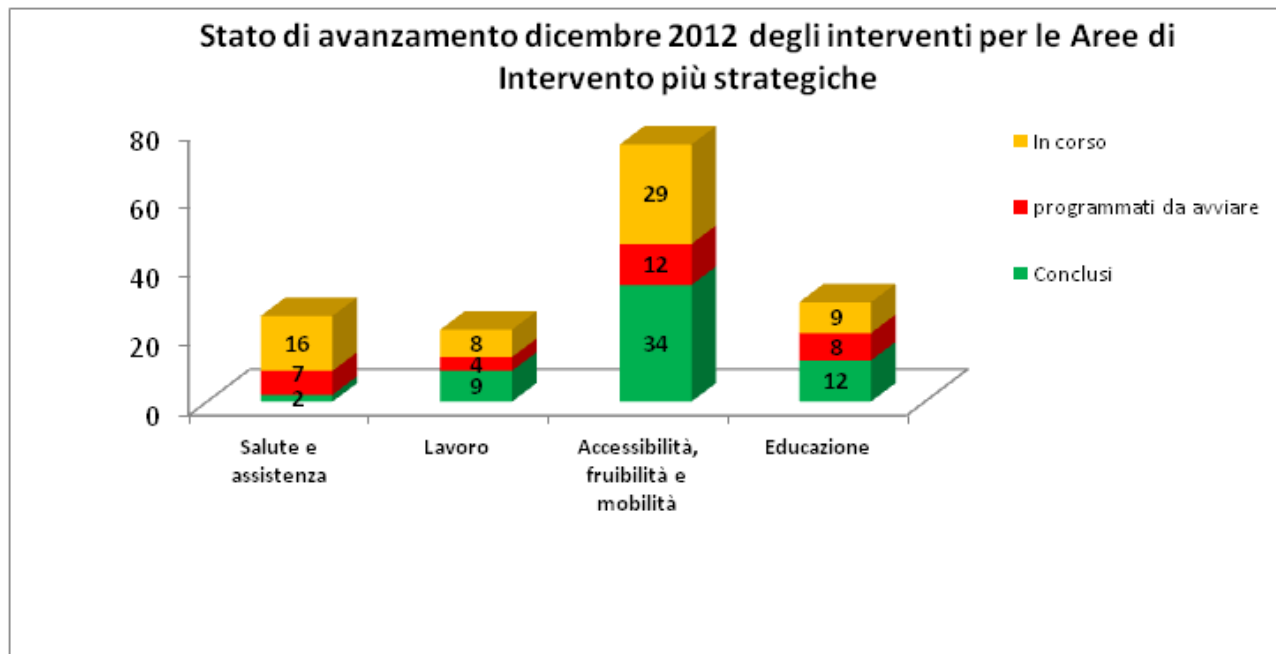


Figura 1. Situazione degli interventi conclusi, in corso e programmati ma non ancora avviati, per le Aree di Intervento strategiche previste dal PAR

In particolare, come si osserva dal grafico sopra riportato, sono stati attuati numerosi interventi, in particolare nelle seguenti Aree strategiche:

- **Area Salute ed assistenza:** gli interventi messi in campo dalla Regione prevedono un sostegno diretto alla persona ed alla sua famiglia (es. contributo a persone affette da SLA e altre malattie del motoneurone, e in Stato Vegetativo), la sperimentazione di nuovi modelli per la valutazione multidimensionale del bisogno nell'ambito delle Unità d'Offerta sociosanitarie e per l'accesso ai servizi (sperimentazione di un nuovo ruolo del consultorio quale centro per la famiglia e realizzazione di accessi e di percorsi dedicati per le persone con disabilità nelle Aziende Ospedaliere) e la promozione di modelli organizzativi e assistenziali per persone in Stato Vegetativo accolte nelle Residenze Sanitarie Assistenziali
- **Area Lavoro:** gli interventi finalizzati all'inserimento lavorativo sono molti e vanno dal consolidamento della Dote, all'acquisto di ausili e servizi personalizzati per il lavoro, al finanziamento e sostegno della creazione e del consolidamento dell'impresa sociale. Particolarmente rilevante nell'Area Lavoro è il progetto, in corso di sviluppo, del modello di "case management" per l'inserimento lavorativo
- **Area Accessibilità, fruibilità e mobilità:** sono stati attuati interventi che vanno dalle numerose azioni per il miglioramento delle condizioni di mobilità (accessibilità e messa a standard delle stazioni di Trasporto Pubblico Locale e ferroviarie, definizione degli standard di qualità del contratto di servizio ferroviario, modifica delle condizioni di trasporto, certificazione degli aeroporti, ecc.), alla rilevazione dei livelli di accessibilità dei luoghi e delle infrastrutture dedicate al tempo libero (sport, cultura, ecc.) e al turismo, allo sviluppo dell'accessibilità degli spazi abitativi (es. contributi per la rimozione di barriere architettoniche)

- **Area Educazione:** gli interventi attuati sono finalizzati alla promozione di una migliore integrazione scolastica (consolidamento del sistema Dote, percorsi di formazione per gli insegnanti, sviluppo del sistema dei trasporti per gli alunni, contributi alle famiglie per l'acquisto di materiale didattico specifico, ecc.), alla formazione professionale ed all'accesso all'università (es. attraverso l'offerta negli atenei di tecnologie e strumenti organizzativi dedicati)

L'Area **Conoscenza e Valutazione** presente nel PAR riguarda il monitoraggio del Piano stesso che, rispetto a quanto detto in precedenza (incontri del GAT e strumenti di rilevazione dell'avanzamento dei lavori), si arricchisce del contributo di soggetti esterni che partecipano alle attività del GAT e delle attività dell'Osservatorio sulle persone con disabilità e lavoro (istituito da Regione Lombardia, ai sensi dell'art.4 della L.R. 13/2003, per monitorare e valutare gli interventi per la promozione dell'accesso al lavoro delle persone con disabilità e svantaggiate). In particolare, l'occasione rappresentata dal trasferimento ad Éupolis della gestione dell'Osservatorio, ai sensi della L.R. 14/2010, ha dato lo spunto per riflettere sulle reali funzioni che l'Osservatorio stesso dovrebbe presidiare alla luce di esperienze di altri Paesi e dell'attività di approfondimento realizzata:

- la conoscenza del fenomeno della disabilità in tutti i suoi aspetti
- la valutazione delle politiche messe in atto a favore delle persone con disabilità ed il loro impatto
- l'innovazione delle politiche e della gestione del "sistema disabilità"
- l'informazione dei diversi stakeholder sui diritti, le politiche e le opportunità.

2. Interventi attuati

Per le Aree di Intervento del PAR, sopra sinteticamente descritte, si riporta di seguito una sintesi degli interventi attuati di maggiore impatto in termini di persone coinvolte e/o di risorse dedicate.

Salute e Assistenza

Iniziative e percorsi a supporto dell'accoglienza e della gestione della persona con disabilità nelle strutture sanitarie regionali

Obiettivi

Le persone con disabilità si rivolgono alle strutture sanitarie con una frequenza maggiore degli altri soggetti e presentano **problemi complessi**, in particolare quelle affette da grave disabilità intellettiva e neuromotoria. Regione Lombardia intende intervenire per garantire un **maggiore livello di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari attraverso la realizzazione e promozione di modelli organizzativi dedicati**.

Descrizione

L'attuale organizzazione dei percorsi sanitari intra-ospedalieri non è adeguata a dare risposte efficaci e tempestive a persone che, presentando caratteristiche personali, di morbilità, di gestione e di accoglienza del tutto peculiari, si inseriscono con difficoltà nell'organizzazione troppo rigida e molto standardizzata dei servizi sanitari. **È stato pertanto inserito uno specifico punto nelle**

delibere di Determinazioni per la gestione del servizio sociosanitario regionale per gli anni 2011 e 2012, che prevede siano intrapresi iniziative e percorsi formativi a supporto dell'accoglienza e della gestione della persona con disabilità nelle strutture di diagnosi e cura regionali, valorizzando le esperienze già presenti in Regione Lombardia (Progetto DAMA della AO San Paolo in Milano e Progetto Delfino presso la AO C. Poma in Mantova).

Impatti

- Implementazione di attività già presenti oppure percorsi protetti per categorie fragili (presa in carico di persone ipo o non-vedenti, neonati neurolesi, persone affette da SLA e da altre malattie del motoneurone, continuità assistenziale nel passaggio da UONPIA a Psichiatria)
- Modalità di accesso: facilitazione nell'accesso agli ambulatori per le persone con disabilità in età pediatrica, facilitazione nell'accesso fisico alla struttura, flessibilità nell'orario e nelle modalità di accesso
- Modelli di presa in carico globale ed integrata della persona con disabilità, promuovendo la funzione del case-manager per assicurare la continuità degli interventi ed il raccordo dei servizi presenti nella struttura con la rete dei servizi territoriali.

Sostegno alla famiglia nell'accoglienza e nell'assistenza

Obiettivi

Supportare le famiglie nell'assistenza alle persone con disabilità, facilitando l'orientamento e l'accesso alla rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali. L'obiettivo è quello di rispondere ai diversi bisogni delle famiglie ad esempio: bisogno di informazione, di accompagnamento alla costruzione dei progetti individuali, di servizi di consulenza legale e fiscale, di supporto-orientamento psicologico.

Descrizione

La DGR n.937/2010 "Determinazioni per la gestione del servizio sociosanitario regionale per il 2011" ha avviato la **sperimentazione delle funzioni di ascolto, orientamento e supporto psico-pedagogico**, attraverso il **rinnovamento della mission dei consultori affinché diventino centri per la famiglia** in grado di assicurare la presa in carico globale di tutte le problematiche che attengono alle famiglie in senso lato. Tale sperimentazione è proseguita con la DGR n.3239/2012 ed è tuttora in corso in numerosi consultori della Regione. I consultori sperimentano le seguenti funzioni: ascolto delle famiglie e rilevazione del bisogno, orientamento ed accompagnamento alla rete delle unità d'offerta sociali, sociosanitarie e sanitarie, supporto psico-pedagogico alle famiglie nelle diverse fasi del ciclo di vita (nascita, maternità/paternità, supporto alla genitorialità, adolescenza, situazioni di fragilità con particolare riguardo agli anziani e alle persone con disabilità).

La Regione Lombardia continua a riconoscere il **contributo mensile di € 500 per l'assistenza a domicilio di persone in Stato Vegetativo**. Nel 2012, per le persone affette da **SLA o con malattie del motoneurone, assistite al domicilio da un proprio familiare**, la Regione ha incrementato il **contributo mensile, portandolo fino a € 2.500** in funzione del livello di gravità.

Inoltre, per tutte le persone con disabilità che frequentano Centri Socio Educativi (CSE), Comunità Alloggio per disabili (CAH) e Servizi di Formazione all'Autonomia (SFA) o sono assistite a casa con il Servizio di Assistenza Domiciliare (SADH), per l'esercizio **2012** sono state destinate risorse del **Fondo Sociale Regionale**, complessivamente pari a **€ 30.000.000**, quale contributo per l'acquisto dei servizi.

Impatti

Nel secondo semestre **2011** la sperimentazione delle funzioni del centro per la famiglia ha interessato **due consultori per ASL, uno pubblico ed uno privato accreditato, incrementata nel 2012** con le risorse messe a disposizione con la Delibera n.3239/2012. Sono stati approvati con Decreto del Direttore Generale della Famiglia **progetti** per un importo totale di **€ 1.556.000**.

Nel 2011 la Regione ha erogato a favore di persone con **SLA o malattie del motoneurone € 4.049.000** e a favore di persone in **Stativo Vegetativo € 829.000**. Per il **2012** sono state destinate risorse statali pari a circa **€ 15.000.000** a favore di persone affette da **SLA ed altre malattie del motoneurone e confermate le risorse per gli Stati Vegetativi**.

Le risorse annue destinate a ciascuna persona con disabilità in funzione della tipologia di Unità d'Offerta sociale sono le seguenti: **Voucher Residenzialità – CAH (risorse annue fino a € 6.000), Voucher Semiresidenzialità - CSE – SFA (risorse annue fino a € 3.240), Voucher Assistenza Domiciliare – SADH (risorse annue fino a € 1.800)**.

Nel 2012 hanno beneficiato del voucher 10.146 persone con disabilità.

Riforma del sistema sociosanitario

Obiettivi

Introdurre un **modello di valutazione multidimensionale del bisogno** della persona e della famiglia, che considera le diverse dimensioni (sanitaria, sociosanitaria e sociale), in modo da permettere la costruzione di una **risposta integrata e appropriata**.

Descrizione

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): sperimentazione, in corso su tutto il territorio regionale, del **nuovo modello di valutazione multidimensionale del bisogno** delle famiglie e delle persone, svolta da un'equipe pluriprofessionale, utilizzando lo **strumento integrato scala FIM e scala sociale**.

Nel **2013**, al fine di raccogliere elementi necessari per valutare l'efficacia degli strumenti di valutazione attualmente in uso, in eventuale alternativa al modello integrato FIM e scala sociale, verrà sperimentato anche l'utilizzo della **scala VAOR presso tre ASL (Lecco, Lodi, Milano 2)** per l'accesso all'ADI.

Residenze Sanitarie Assistenziali per persone con disabilità (RSD) e per anziani (RSA): nell'**Aprile 2012** è stata avviata la sperimentazione della **valutazione del bisogno tramite lo strumento della scala VAOR** sulle persone in lista d'attesa presso **RSA e RSD** (o da poco ospitate presso tali strutture), con l'obiettivo di valutare la capacità dello strumento di orientamento delle persone con disabilità verso la tipologia di Unità d'Offerta più appropriata (modulo VAOR Home Care).

Impatti

La sperimentazione del nuovo modello di valutazione per l'ADI ha visto coinvolte tutte le ASL e nel 2012 sono state **valutate complessivamente circa 30.000 persone**.

Nel **2012** sono state valutate con il **VAOR Home Care oltre 550 persone**. Per ulteriori dettagli su questo tema, si rimanda all'Allegato 2 "Stato di avanzamento delle sperimentazioni del nuovo modello di valutazione multidimensionale del bisogno".

Lavoro

Inserimento lavorativo

Obiettivi

Il mercato del lavoro in Lombardia, riformato di recente, rivolge particolare attenzione al miglioramento dei livelli occupazionali e di tutela lavorativa delle fasce più deboli e a rischio di esclusione socio-lavorativa.

Per **garantire e facilitare l'ingresso e la permanenza nel mercato del lavoro delle persone con disabilità**, si vuole favorire il consolidamento della rete dei servizi per il lavoro, pubblici e privati. Si prevedono interventi volti a promuovere una più consapevole cultura dell'inserimento lavorativo delle persone con disabilità all'interno delle organizzazioni pubbliche e private, profit e non profit.

Descrizione

Attraverso i Piani Provinciali avviati dal 2010 si è **consolidata la Dote** come strumento che mette a disposizione della persona con disabilità un mix di servizi finalizzati all'inserimento ed al sostegno dell'occupazione.

Il Rapporto biennio 2010-2011 presentato nel 2012, prima al Consiglio Regionale e poi al Parlamento, fornisce lo stato di attuazione della L. 68/1999 sulla base del modello di programmazione che Regione Lombardia ha definito nel corso del 2009. Tutti i Piani Provinciali prevedono la possibilità di riconoscere un contributo per l'acquisto di ausili alla persona disabile che partecipa ad un percorso di inserimento lavorativo attraverso una Dote. Tali percorsi prevedono sempre l'accompagnamento di tutor specializzati anche avvalendosi delle specifiche competenze maturate nelle cooperative sociali.

Sono stati attivati **finanziamenti a tasso agevolato rivolti alle cooperative sociali** che fanno inserimento lavorativo di persone con disabilità. E' stato effettuato il monitoraggio delle cooperative sociali che si occupano di servizi alle persone con disabilità.

Impatti

Co-finanziamenti a tasso agevolato a **44 cooperative sociali** che inseriscono nella loro attività persone con disabilità per complessivi **€ 7.534.545 (persone con disabilità inserite n. 551)** e co-finanziamento a **79 cooperative** che svolgono servizi socio-sanitari assistenziali ed educativi a favore di persone disabili pari ad **€ 17.681.160**. Inoltre sono stati riconosciuti finanziamenti ai **consorzi per € 1.505.000**.

Erogare Doti Lavoro con risorse pari a **€ 37.000.000** nel 2010 e pari a **€ 40.000.000** nel 2011. **Dal 2010** sono state **attivate 2.988 Doti finalizzate all'inserimento lavorativo**. 1.033 doti si sono concluse con l'inserimento lavorativo.

Borse Lavoro e Tirocini: **2.051** persone disabili che hanno ricevuto un sussidio, con un valore medio di circa **2.500 euro**.

Dispositivi finanziati come Ausili: **280** (Computer, Postazioni lavoro, software, ecc..).

Accessibilità, fruibilità e mobilità

Accesso al trasporto pubblico

Obiettivi

Le persone con disabilità incontrano difficoltà maggiori nell'accesso ai servizi di trasporto pubblico e nella loro fruibilità. In particolare i passeggeri con mobilità ridotta e con disabilità sono costretti a prenotare in anticipo il proprio viaggio. È obiettivo del PAR definire, in collaborazione con gli enti gestori, le regole per la prenotazione, per l'accesso al servizio di trasporto rotabile senza prenotazione e senza limite dei posti disponibili, per l'acquisto di biglietti e per il controllo.

Descrizione

Nella stesura delle **Condizioni generali di trasporto della società Trenord** sono state **recepte** le indicazioni contenute nel **PAR** e nel **regolamento UE 1371/2007** (Diritti e obblighi dei passeggeri) relativamente ai **passeggeri con mobilità ridotta e con disabilità**. È stata inoltre avviata una **ricognizione di 2 anni sulla qualità del servizio di stazioni e treni** in tutta la Regione Lombardia. La check list di rilevazione è stata integrata con criteri relativi all'accessibilità e fruibilità ed è stata fatta una formazione specifica rivolta ai rilevatori che andranno sul territorio. Infine, gli **aeroporti di Milano Malpensa e Linate sono stati resi pienamente accessibili da SEA alle persone con disabilità e sono stati certificati** secondo i migliori standard europei.

Impatti

Riduzione del tempo minimo di prenotazione necessario per poter accedere ai servizi di Trenord (passando da 5 a 2 giorni). Nelle condizioni di trasporto è anche espresso l'obiettivo di eliminare i 2 giorni e giungere nel breve periodo all'eliminazione della prenotazione.

Linate e Malpensa, hanno ottenuto dall'ente la certificazione TÜV IT 005 MS, per il servizio in ambito aeroportuale di assistenza ai passeggeri con mobilità ridotta. Ciò consentirà di creare progressivamente tutte le condizioni che rendono sereno e confortevole il viaggio aereo ai passeggeri con disabilità motorie di qualsiasi genere.

Accessibilità e fruibilità delle infrastrutture per la mobilità

Obiettivi

Promozione del continuo confronto con gli enti gestori del trasporto, per favorire il miglioramento dell'accessibilità e fruibilità delle infrastrutture: stazioni ferroviarie e stazioni metropolitane, fermate dei bus, aeroporti, moli per attracco traghetti, ecc.

Descrizione

Azioni effettuate su FerrovieNord: interventi per l'accessibilità e la messa a standard delle stazioni di Mariano Comense, Milano Affori, Cesano Maderno, Como-Camerlata, Milano-Bruzzano, Gerenzano-Turate, Rovello-Porro, Tradate Abbiate Guazzone, Merone, Erba, Paderno Dugnano e Grandate.

Azioni su rete metropolitana e tramviaria: prolungamento della linea M2 fino ad Assago e della linea M3 fino a Comasina, comprensivo della realizzazione degli interventi finalizzati ad assicurare l'accessibilità anche alle persone con disabilità e con mobilità ridotta; completamento linea M5 e completamento metropolitana di Brescia comprensivi della realizzazione degli interventi finalizzati ad assicurare l'accessibilità anche alle persone con disabilità e con mobilità ridotta.

In collaborazione con RFI, è stato **realizzato il nuovo sistema di annunci sonori** nel Passante ferroviario di Milano che rende più accessibile il servizio alle persone con **disabilità sensoriale**.

Impatti

Miglioramento accessibilità per le persone con disabilità e a mobilità ridotta su numerose stazioni della rete ferrovia e del trasporto pubblico locale.

Educazione

Sistema Dote formazione

Obiettivi

Il nuovo sistema di educazione lombardo si basa sull'accREDITamento e sulla valutazione degli operatori da un lato e sulla libertà di scelta per studenti e famiglie dall'altro.

All'interno di questo quadro d'azione si punta a un supporto personalizzato dei bambini e ragazzi con disabilità, attraverso misure che siano in grado di intercettare i bisogni dello studente favorendo l'inserimento e la permanenza all'interno delle scuole primarie, secondarie inferiori e superiori e in tutti i percorsi di istruzione e formazione professionale.

Descrizione

Consolidamento del sistema dotale (Dote scuola, Dote percorsi personalizzati) per permettere agli studenti con disabilità di avere un insegnante di sostegno per le attività didattiche e formative.

Dote scuola: è stato stabilito un **contributo di € 3.000 per spese connesse al personale insegnante impegnato in attività didattica di sostegno** per tutti gli studenti con disabilità che frequentano una scuola paritaria indipendentemente dal valore dell'indicatore reddituale.

Dote percorsi personalizzati: è stata approvata una specifica **offerta formativa** consistente in interventi di formazione collettiva in classi di massimo 12 allievi con disabilità che valorizzano percorsi personalizzati sulle specifiche esigenze e possibilità dell'allievo; in questo caso la **Dote arriva fino ad un importo di € 7.500.**

Impatti

Nel **2011** sono state assegnate ed erogate **1.532 Doti** a favore di alunni con disabilità per le spese connesse al **personale insegnante** impegnato in attività didattica di sostegno e sono state assegnate ed erogate **911 Doti percorsi personalizzati**. I **contributi ad oggi erogati complessivamente superano i 10 milioni di euro.**

Percorsi di formazione per gli insegnanti

Obiettivi

Promozione di percorsi di formazione per gli insegnanti e gli operatori del sistema scolastico sul tema della disabilità.

Descrizione

Sono stati sviluppati una serie di interventi per la formazione dei docenti:

- Progetto "Fare scuola sarà un'impresa"
- Con il provvedimento D.D.S. 12880/2010 è stato approvato un intervento rivolto agli insegnanti per la prevenzione ed il recupero dei disturbi specifici di apprendimento
- Esami finali nei percorsi Istruzione Formazione Professionale (IFP).

Impatti

I diversi progetti hanno coinvolto numerosi insegnanti. Sono state coinvolte per la formazione anche organizzazioni quali: Ufficio Scolastico Regionale, Politecnico di Milano, Università Cattolica oltre ad alcune scuole lombarde.

Diritto di accesso ai servizi di trasporto scolastici in condizioni di eguaglianza e nel rispetto delle norme vigenti

Obiettivi

Finanziare azioni volte a garantire il diritto di accesso ai servizi di trasporto scolastici in condizioni di eguaglianza e nel rispetto delle norme vigenti.

Descrizione

Nell'ambito dei servizi necessari ed accessori all'assolvimento del diritto-dovere di istruzione e formazione ed all'assolvimento dell'obbligo scolastico, presupposto indefettibile all'inclusione socio-lavorativa della persona disabile, **nel triennio 2009 2012 sono stati stanziati € 10.000.000 ripartiti alle Province**, per sostenere la parziale copertura dei costi connessi all'erogazione del servizio di trasporto degli allievi con disabilità frequentanti i corsi di istruzione secondaria superiore e i percorsi formativi di istruzione e formazione professionale in diritto-dovere.

Impatti

Gli **studenti** coinvolti sono **stati 706 per l'a.s. 2009-2010 e 826 per l'a.s. 2010-2011**. Oltre l'80% degli studenti coinvolti frequentano gli istituti professionali e tecnici. Per il **triennio 2009-2012** sono stati **stanziati € 10.000.000**.

Costituzione di reti territoriali o di gruppi di lavoro ad hoc

Obiettivi

Coinvolgere le scuole nella rete territoriale in modo da creare un network dei principali attori regionali che si occupano di disabilità.

Descrizione

Costituzione Centri Territoriali per la disabilità (CTRH): i CTRH sono stati dimensionati tenendo conto dei territori degli ambiti socio-sanitari afferenti ai Piani di Zona.

Costituiscono un riferimento importante per insegnanti, operatori delle diverse istituzioni, persone disabili, famiglie e Dirigenti Scolastici coinvolti nei progetti di integrazione scolastica e sociale. Realizzano attività di informazione, diffusione, consulenza, studio e formazione nell'area prioritaria dell'integrazione scolastica anche in raccordo con la formazione professionale.

Costituzione Gruppi di Lavoro Handicap (GLH): all'interno della singola istituzione scolastica è prevista la costituzione del GLH con il compito di migliorare il servizio scolastico degli alunni con disabilità e di monitorare e valutare l'integrazione degli stessi.

Impatti

Si sono costituiti in Regione Lombardia **56 CTRH**. Sono state coinvolte scuole, enti locali, associazioni di famiglie lombarde.

3. Attività in corso

Il **PAR è uno strumento dinamico che viene aggiornato in modo continuo** nel corso del lavoro del GAT. La maturata consapevolezza delle Direzioni Generali di Regione Lombardia sul tema della disabilità ha portato un arricchimento sugli ambiti del PAR e sulle azioni strategiche da avviare, come possibili aree di sviluppo, che passa ad esempio dallo sviluppo delle fattorie sociali alla sensibilizzazione e coordinamento degli operatori di Polizia Locale e dei volontari di Protezione Civile.

Nel prossimo futuro l'attuazione del PAR proseguirà con il lavoro delle Direzioni Generali sulle azioni di specifica competenza e con i **gruppi di lavoro interdirezionali trasversali** che vanno ad operare su temi prioritari e strategici rispetto all'obiettivo del PAR stesso di garantire una politica unitaria che supera, integrandole, le singole competenze garantendo quindi una risposta efficace, univoca rispondente al principio di uguaglianza.

Il GAT continuerà a lavorare per la definizione delle modalità di integrazione dei diversi livelli dell'azione politica ponendosi come interlocutore privilegiato per gli attori territoriali.

Si riportano di seguito le principali attività in corso.

Anagrafica disabilità / CRS-SISS

Nell'ambito del progetto sperimentale di aggiornamento della CRS-SISS con dati di carattere quantitativo e qualitativo sulle condizioni delle persone con disabilità per la **semplificazione dell'accesso ai servizi**, a fine gennaio 2012 è stata rilasciata in produzione la **funzionalità all'interno dell'anagrafe regionale (NAR)** che prevede la predisposizione della **porzione di anagrafe relativa alla disabilità e la possibilità di aggiornare la carta CRS del cittadino con i dati della disabilità**.

È proseguito lo studio per l'**integrazione** tra l'anagrafe NAR ed il sistema della DG Infrastrutture e mobilità che permetterà di erogare, agli aventi diritto, la **Carta Regionale dei Trasporti (CRT)** evitando l'attuale iter di istruttoria.

La **semplificazione dell'accesso ai servizi** permetterà:

- il rinnovo modulistica senza richiedere certificazioni di invalidità
- il collegamento tra banche dati della DG Infrastrutture, DG Sanità, DG Famiglia e INPS
- l'attivazione modalità di richiesta agevolazione on-line
- l'utilizzo della CRS come tessera per ricarica dell'agevolazione.

È inoltre iniziata la sperimentazione della **CRS integrata con le funzionalità trasporti** per i pendolari di Trenord e gli utenti della CRT intera.

L'**obiettivo più sfidante** legato all'implementazione sulla CRS-SISS dei dati relativi alla disabilità è la **costruzione dell'anagrafica disabilità / CRS-SISS**, anche in vista della semplificazione dell'accesso ai servizi, rispetto alla quale sono già stati attuati in questi due anni dall'avvio del PAR gli interventi sopra descritti. Si tratta di un obiettivo rilevante ed ambizioso se si pensa che ad oggi non esiste un censimento aggiornato e preciso delle persone con disabilità. Gli unici dati disponibili, infatti, sono quelli diffusi dall'Istat basati sulle stime ottenute dall'"Indagine sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari" e dall'"Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali" risalenti al biennio 2004-2005.

Si tratta di dati fondamentali per permettere una programmazione centrata sul bisogno sia delle politiche regionali in favore delle persone con disabilità che dei servizi sociosanitari a loro destinati.

La **CRS** dovrebbe rappresentare lo **strumento attraverso il quale la Regione Lombardia ricomponi gli interventi attivati in favore delle persone con disabilità, nei diversi ambiti: sanitario, sociosanitario e sociale, formazione e lavoro, istruzione, casa, trasporti, ecc.**

Prerequisito per lo sviluppo del progetto CRS-SISS è l'individuazione di una definizione univoca regionale di disabilità: a questo proposito, è stato **costituito un gruppo di lavoro per la valutazione di fattibilità di adozione del sistema International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).**

Area formazione e lavoro

La Regione Lombardia, nei primi due anni di attuazione del PAR, ha messo in atto numerosi interventi finalizzati all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità (Dote lavoro, contributi per ausili, sostegno alle cooperative sociali, ecc.). Giunti a questo punto del percorso, è utile iniziare a conoscere e comprendere in modo integrato e multidisciplinare il percorso di inserimento lavorativo delle persone con disabilità in Regione Lombardia, gli impatti delle politiche nazionali e regionali attuate in loro favore. Tutto ciò, con l'obiettivo di rivalutare le azioni inserite nel PAR e di proporre una loro eventuale revisione, alla luce dell'efficacia degli interventi attuati.

L'obiettivo finale è ricomporre i servizi erogati alla persona con disabilità, partendo dagli ambiti della formazione e del lavoro, tracciandone l'efficacia, al fine di ri-orientare le politiche regionali, quando necessario. Approfondire questo tema consente anche di approcciare il tema del case management partendo dall'area lavoro e della tematica dell'inserimento lavorativo.

Attrattività del territorio

Nei primi due anni di attuazione del PAR, gli interventi rispetto all'attrattività del territorio sono stati focalizzati nella rilevazione dei livelli di accessibilità e fruibilità.

In questo senso vanno letti gli interventi di Monitoraggio e adeguamento accessibilità delle aree verdi, Monitoraggio e adeguamento accessibilità dei luoghi di cultura e arte, Monitoraggio e adeguamento accessibilità dei luoghi di sport (Regione Lombardia dispone di una banca dati contenente circa **9.000 centri sportivi e circa 17.000 impianti sportivi di proprietà pubblica e privata**, da cui è emerso che il **23% dei Centri Sportivi è accessibile alle persone con disabilità e che il 9% degli Impianti Sportivi è fruibile**), Monitoraggio e adeguamento accessibilità dei luoghi e strutture del turismo (da uno studio dell'Osservatorio Èupolis emerge che sono attive in Lombardia **2.927 strutture alberghiere**, di cui **1.365** - 46,6% del totale - sono dotate di accesso per persone con ridotta capacità motoria), ecc.

Nuove aree di sviluppo potranno essere individuate in ulteriori ambiti, ad esempio in materia di sicurezza stradale, di insicurezza urbana, ecc.

Il lavoro di rilevazione deve essere completato, in modo da disporre di una banca dati che permetta di impostare un percorso di miglioramento di accessibilità, fruibilità e mobilità (impianti sportivi, luoghi di cultura e arte, aree verdi, luoghi e strutture per il turismo).

Riguardo all'evento Expo 2015 nel Piano d'Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità (PAR) si fa riferimento alle seguenti strategie:

- Garantire la piena accessibilità e fruibilità per tutti i tipi di disabilità, con riferimento a:
 - Strutture e infrastrutture realizzate per il Sito Espositivo
 - Viabilità cittadina (strade, marciapiedi, parcheggi, ecc.) e viabilità fluviale in relazione alla Via di terra e Via d'acqua
 - Comunicazione informatizzata e non dell'evento.
- Promuovere la qualità dell'accoglienza, prevedendo:
 - Un servizio dedicato all'informazione e accoglienza degli espositori e visitatori con disabilità che parteciperanno all'organizzazione e alla realizzazione dell'evento
 - Attività di formazione specifica di tutte le categorie professionali interessate all'evento
 - Attività di formazione di base sulle esigenze delle persone con disabilità per tutti i volontari di Expo e per i loro coordinatori che si occuperanno di accoglienza dei visitatori.
- Incentivare la formazione e l'occupazione delle persone con disabilità nelle diverse opportunità di lavoro connesse ad Expo 2015 anche tramite il coinvolgimento delle Province e degli operatori accreditati per i servizi al lavoro.

L'obiettivo del tavolo che lavora su EXPO 2015 è garantire la piena accessibilità e fruibilità per tutti i tipi di disabilità, promuovere la qualità dell'accoglienza, incentivare la formazione e l'occupazione delle persone con disabilità nelle diverse opportunità di lavoro connesse ad Expo.

ALLEGATO 2 - Stato di avanzamento delle sperimentazioni del modello di valutazione multidimensionale del bisogno

Sommario

1. Premessa	15
2. Sperimentazione della valutazione del bisogno nell'ambito dell'ADI	16
3. Sperimentazione della valutazione del bisogno in RSA e RSD	21
3.1 Sperimentazione nelle RSA.....	21
3.2 Sperimentazione nelle RSD.....	25
4. Sperimentazione della valutazione del bisogno nell'area delle Dipendenze	27
4.1 Prossimi passi	29

1. Premessa

È solo partendo da **una visione d'insieme del bisogno della persona che si possono coordinare gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali a suo favore**, evitando duplicazioni superflue e assicurando una presa in carico efficace e rispondente alle necessità di ciascuno, affrancandolo dal bisogno e mettendolo nelle condizioni di essere soggetto attivo. Si rende quindi necessaria l'adozione di un **modello di governance** (programmazione, monitoraggio e controllo) che sia basato sull'**appropriatezza**.

Partendo da questa necessità, la Regione Lombardia ha impostato un **percorso di presa in carico che si basa sulla valutazione del bisogno** della persona e della sua famiglia. L'obiettivo del nuovo modello di accesso ai servizi sociosanitari è duplice:

- Disporre di strumenti che permettano una **maggiore appropriatezza** nel ricorso ai servizi sociosanitari, a superamento dell'assenza di criteri di accesso e prestazioni garantite omogenee a livello regionale
- Avere una conoscenza del bisogno presente sul territorio, al fine di impostare un **nuovo modello di programmazione**, a superamento di quello basato sulla spesa storica.

Per questo motivo, **Regione Lombardia sta sperimentando nuovi modelli per la valutazione del bisogno della persona e della famiglia nelle seguenti aree: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani (RSA), Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con disabilità (RSD) e Dipendenze**. I modelli in fase di sperimentazione sono:

- **Multidimensionali**: in fase di valutazione vengono considerate le capacità funzionali della persona, la rete sociale di appoggio, le condizioni di vita all'interno della propria famiglia e della propria abitazione, le condizioni economiche e il ruolo della famiglia nell'assistenza. Nel caso specifico delle dipendenze, vengono prese in considerazione anche le dimensioni di interesse per la presa in carico di una persona con problematiche alcool-droga correlate: area medico-sanitaria, area psicologica, area sociale.
- **Pluriprofessionali**: partecipano alla valutazione le professionalità competenti rispetto agli aspetti sanitari e sociosanitari, psicologici e sociali considerati nei diversi modelli in fase di sperimentazione.

2. Sperimentazione della valutazione del bisogno nell'ambito dell'ADI

Il processo di valutazione multidimensionale del bisogno per l'accesso all'ADI si inserisce in un più complesso processo che ha come obiettivo, da un lato, quello di facilitare l'accesso del cittadino e della sua famiglia alle diverse unità d'offerta sociali e/o sociosanitarie e, dall'altro, attraverso l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento della persona in condizioni di bisogno, di garantire risposte appropriate ai bisogni rilevati.

La *Figura 2* descrive il processo adottato in via sperimentale per l'ADI. Tale processo si articola in diverse fasi, rispetto alle quali sono stati definiti degli strumenti di supporto.

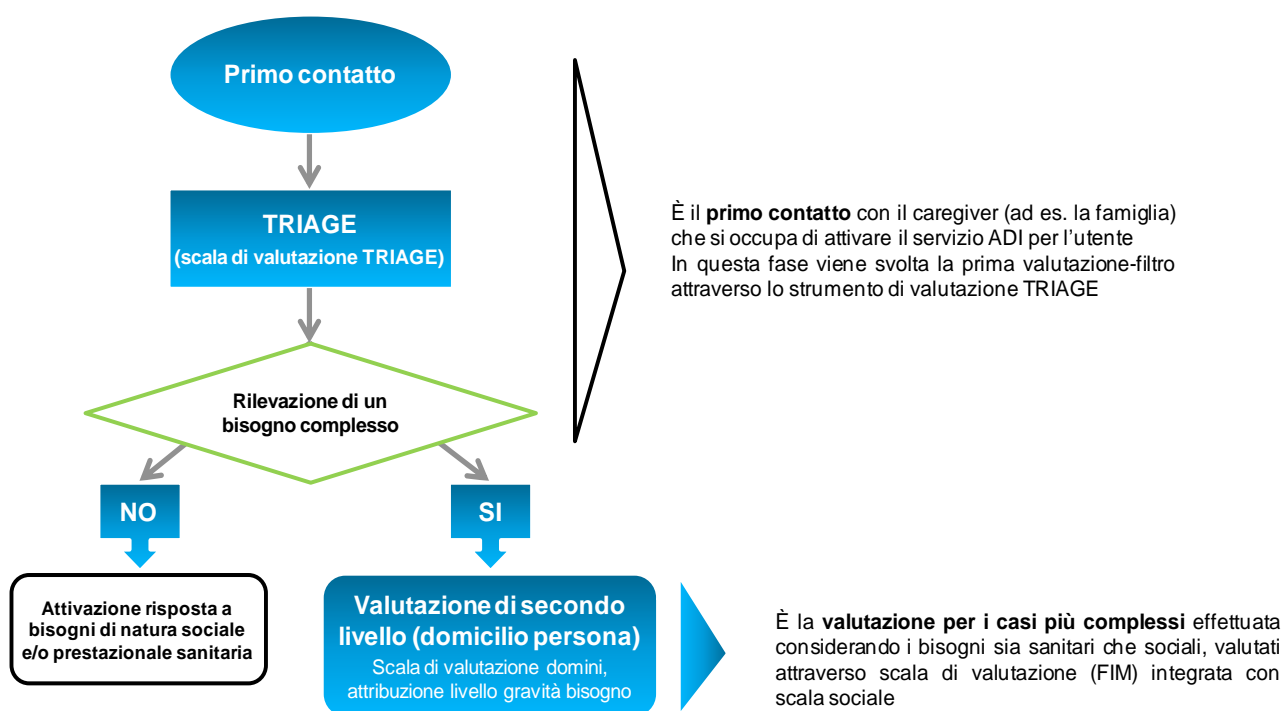


Figura 2: Le fasi del processo per la valutazione in ambito ADI

La valutazione prevede le seguenti due fasi:

- **Valutazione Triage:** rappresenta il primo contatto con il *caregiver* (ad es. la famiglia) che si occupa di attivare la rete dei servizi sociosanitari per il proprio familiare. La valutazione ha l'obiettivo di identificare e separare i bisogni complessi di natura sociosanitaria (indirizzati alla valutazione di secondo livello), dai bisogni semplici di natura monoprofessionale. La valutazione Triage viene eseguita attraverso una scheda che si articola in 8 domande, le quali presuppongono una risposta su 4 livelli di gravità: assente o lieve, moderato, grave, molto grave. Ad ogni livello di gravità, in relazione alla specifica domanda, è associato un punteggio. La scala sperimentale di valutazione di Triage può essere somministrata da qualsiasi operatore adeguatamente formato. Se il punteggio è uguale o superiore al cut off fissato, è necessaria la valutazione di secondo livello. Nel caso in cui il punteggio sia

inferiore al cut off fissato, la persona va indirizzata verso altra forma di servizi (es. SAD del Comune).

- **Valutazione multidimensionale di secondo livello:** vi accedono le persone che hanno avuto un esito positivo alla valutazione Triage; esamina sia i bisogni sociosanitari (valutazione funzionale) sia i bisogni sociali (valutazione sociale). In generale tale valutazione ha la finalità di orientare la persona e la famiglia verso la forma di Unità d'Offerta sociosanitaria più appropriata in relazione ai bisogni rilevati. Quale esito della valutazione verrà attribuito un profilo assistenziale adeguato e coerente ai bisogni, verrà definita la durata del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e il valore complessivo del voucher attribuito. La valutazione dei bisogni viene applicata a domini riconosciuti come essenziali per impatto e trasversalità, svincolati quindi dalla patologia causante e dall'età della persona valutata: la respirazione, la nutrizione, la comunicazione, la motricità, il controllo sfinterico, l'ambito sensoriale (incluso il dolore), la sfera cognitiva e/o comportamentale ed il tono dell'umore.

La valutazione sociale comprende la valutazione della rete assistenziale, misurando l'organizzazione degli interventi da parte della rete assistenziale, sia familiare che non familiare. Oltre alla valutazione della rete assistenziale vengono rilevati i bisogni sociali derivanti dalla valutazione economica di base e dall'adeguatezza delle condizioni abitative e di ambiente di vita. In funzione della valutazione ottenuta dalla persona sui diversi domini e sottodomini del modello descritto, si individua il bisogno della persona attribuendo un livello di gravità complessivo, che va da 0 (assenza di problematiche rilevanti di natura funzionale e sociale) a 4 (quadro di gravissima compromissione funzionale e di totale dipendenza nelle attività quotidiane, ma anche problematiche di tipo sanitario che richiedono frequenti e costanti interventi medico-specialistici ed infermieristici).

Rispetto agli strumenti di valutazione adottati, si precisa che:

- La scheda di Triage è stata definita e validata da un gruppo di professionisti esterni ed interni al sistema regionale
- La valutazione di secondo livello si basa su un sistema integrato che prevede l'utilizzo della scala FIM per gli aspetti funzionali e di una scala sociale già adottata in altri contesti.

La sperimentazione del nuovo modello di valutazione del bisogno in ambito ADI è stata avviata nel 2011, in 6 ASL (Brescia, Lodi, Milano, Milano 1, Monza Brianza, Varese).

Il **1° Luglio 2012**, dopo un periodo di formazione ed organizzazione delle restanti 9 ASL, è stata avviata a regime su tutto il territorio regionale, la procedura di valutazione multidimensionale del bisogno, utilizzando la **scheda Triage e, per le situazioni complesse, la scala FIM integrata con la scheda di valutazione sociale**. A supporto della sperimentazione, la Regione ha implementato e messo a disposizione delle ASL un software dedicato ("ADI SPER").

Quale esito della sperimentazione 2011, è stato costruito un sistema di profili e tariffe per l'ADI, che è stato adottato in via sperimentale con la DGR IX/3851 del 25 luglio 2012.

Al 03 Gennaio 2013 sono state **aperte sul sistema ADI SPER 68.951¹ valutazioni**, di cui **30.625 concluse e validate**, con diversi volumi di provenienza da parte delle ASL.

Nel grafico seguente, si riporta la distribuzione delle valutazioni effettuate per ASL, evidenziando quelle concluse con Triage inferiore a 2 (cut off fissato per accedere alla valutazione di secondo livello) e quelle concluse con effettuazione della valutazione di secondo livello (esito del Triage maggiore o pari a 2).

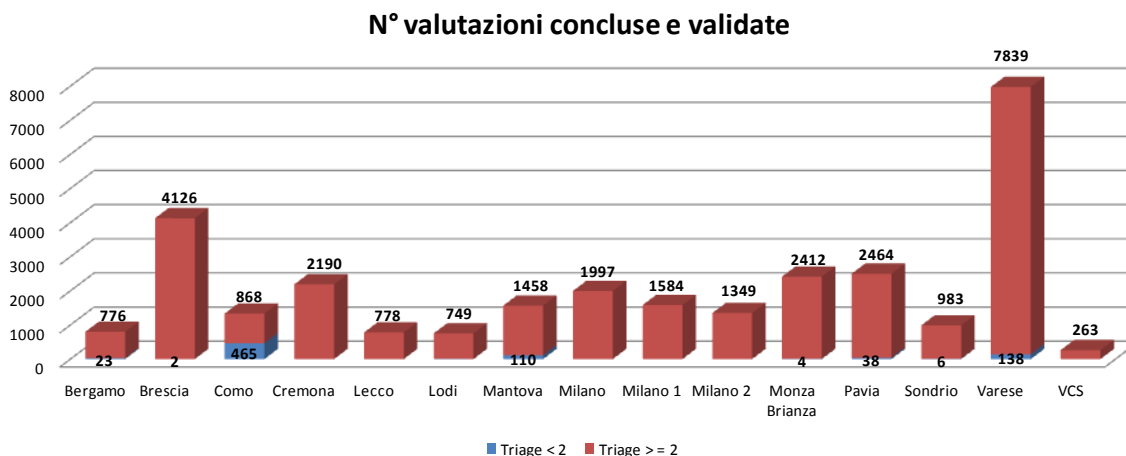


Figura 3 - Distribuzione valutazioni concluse e validate per ASL

Nel corso della sperimentazione, è emersa la difficoltà delle ASL di mettere a disposizione un'équipe pluriprofessionale, composta dai profili indicati nel modello regionale (medico, infermiere ed assistente sociale). Come si osserva dalla *Figura 4*, prevale l'équipe monoprofessionale (70% dei casi), composta in prevalenza dalla figura dell'infermiere.

Distribuzione profili professionali

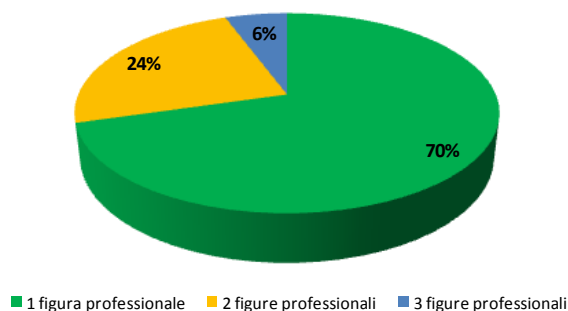
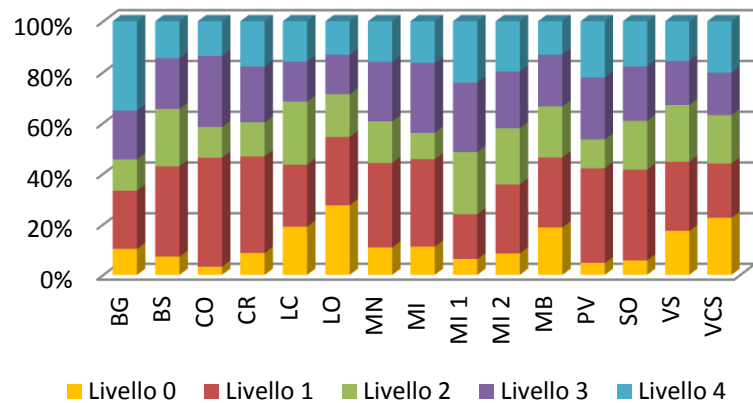


Figura 4 – Distribuzione delle valutazioni per numero di figure professionali componenti l'équipe di valutazione

L'obiettivo della fase di sperimentazione avviata nel 2012 ed attualmente in corso è verificare il sistema di profili e tariffe sperimentali vigente. Dall'analisi dei risultati relativi alle valutazioni

¹ Fonte: ADI SPER al 03/01/2013

Distribuzione Livelli di gravità per ASL



effettuate nel 2012, emerge che (
Totale regionale

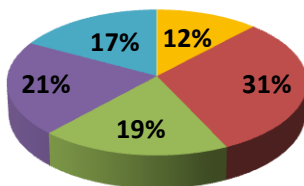
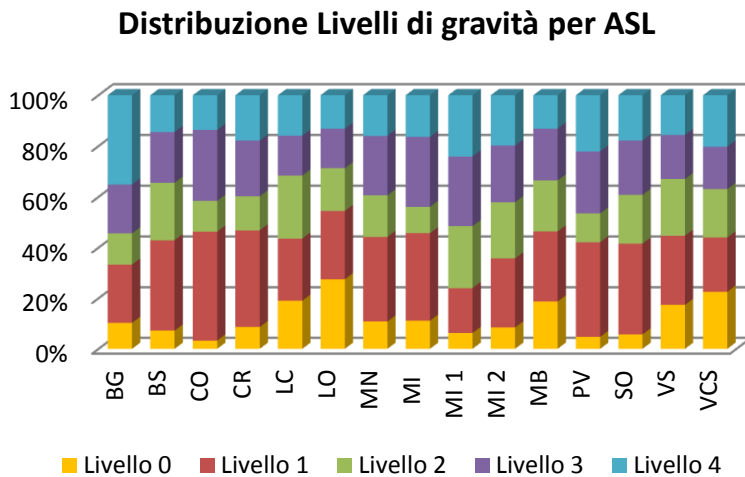


Figura 5 e Figura 6):

- Tra i livelli di gravità, c'è una prevalenza di utenti classificati nel livello 1 (31% dei casi). Il 38% delle utenze è classificato nei livelli alti 3-4, mentre i livelli 0 sono una percentuale ridotta (12%).
- A livello regionale, si evidenzia un'elevata percentuale di profili 1 (44%), seguita dal profilo prestazionale (23%), dal profilo 2 (17%), dal profilo 3 (8%) e dal profilo 4 (8%). Nell'assegnazione dei profili assistenziali, viene considerato il livello di gravità della persona ed il supporto reso dal caregiver nell'assistenza.



Totale regionale

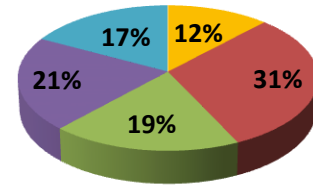
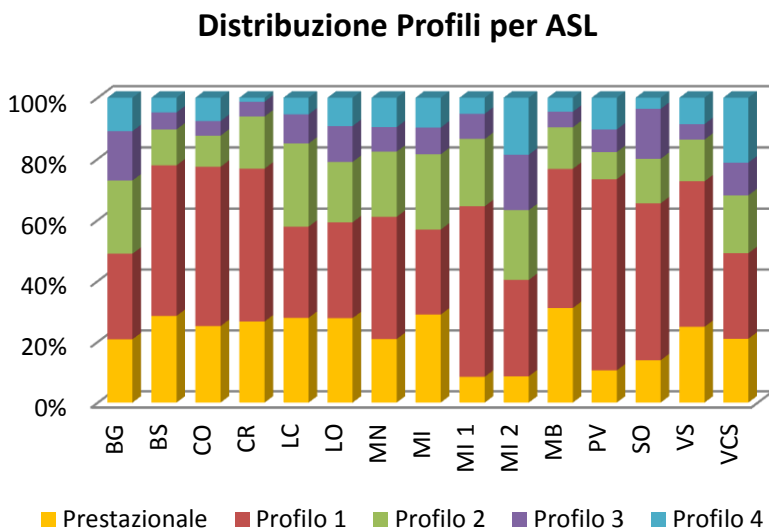


Figura 5: Distribuzione per ASL ed a livello regionale dei livelli di gravità risultati dalla valutazione



Totale regionale

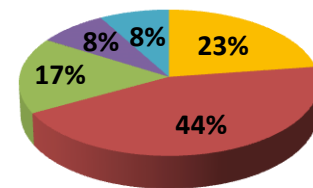


Figura 6: Distribuzione per ASL ed a livello regionale dei profili risultati dalla valutazione

La sperimentazione del modello basato su scala FIM e scala sociale proseguirà nel 2013 così come stabilito dalla DGR n.4334 del 26/10/2012 di determinazioni per la gestione del servizio sociosanitario regionale per il 2013. Attraverso la correlazione dei dati raccolti attraverso il sistema "ADI SPER" con i dati del flusso informativo istituzionale SIAD relativi al periodo 2012 di sperimentazione, verranno valutate eventuali modifiche o correttivi da introdurre nel sistema di profili e tariffe.

Nel 2013, al fine di raccogliere elementi necessari per valutare l'efficacia degli strumenti di valutazione attualmente in uso, in eventuale alternativa al modello integrato FIM e scala sociale, verrà sperimentato anche l'utilizzo della scala VAOR presso tre ASL (Lecco, Lodi, Milano 2) per l'accesso all'ADI.

3. Sperimentazione della valutazione del bisogno in RSA e RSD

Lo scorso Aprile 2012 è stata avviata la sperimentazione della valutazione del bisogno tramite lo strumento della scala VAOR.

La sperimentazione si è svolta con la collaborazione di alcune RSA e RSD, delle ASL di ubicazione delle strutture e dello Studio Vega srl, che ha messo a disposizione della Regione il software (sistema "Atlante") per la compilazione on-line della relativa scheda di valutazione.

L'obiettivo della sperimentazione della scala VAOR è duplice:

- Valutare la capacità della scala VAOR di orientamento delle persone verso la tipologia di Unità d'Offerta più appropriata, attraverso l'utilizzo del modulo **VAOR Home Care** (svolto nella prima fase di sperimentazione). Il modulo Home Care è stato sperimentato nelle RSA ed è stata avviata la sperimentazione in alcune RSD
- Valutare la scala VAOR quale strumento gestionale delle RSA, finalizzato alla definizione di nuovi profili (e tariffe) e utile per la predisposizione da parte degli operatori del PAI, attraverso l'utilizzo del modulo **VAOR LTCF** (svolto nella seconda fase di sperimentazione).

3.1 Sperimentazione nelle RSA

Le valutazioni sono state effettuate da équipe miste pluriprofessionali composte da operatori provenienti sia dalle ASL che dalle strutture RSA. Hanno partecipato alla sperimentazione 7 ASL (Brescia, Cremona, Lodi, Milano, Milano 1, Monza Brianza, Varese) e 15 RSA.

Nella **prima fase di sperimentazione**, le persone valutate con la scheda **Home Care** sono state quelle in lista d'attesa RSA o quelle da poco accolte in RSA. La sperimentazione è stata avviata il 16 Aprile 2012 e si è conclusa il 15 Giugno 2012, data ultima di caricamento delle valutazioni sul sistema. Il **totale delle valutazioni** caricate è stato di **454**. Nel corso dei mesi successivi sono state inserite altre 31 valutazioni. **Al 3 Gennaio 2013**, risultano **complessivamente valutate con il sistema VAOR Home Care 485 persone**. Le valutazioni sono state effettuate congiuntamente da ASL ed RSA, come indicato nella *Figura 7*:

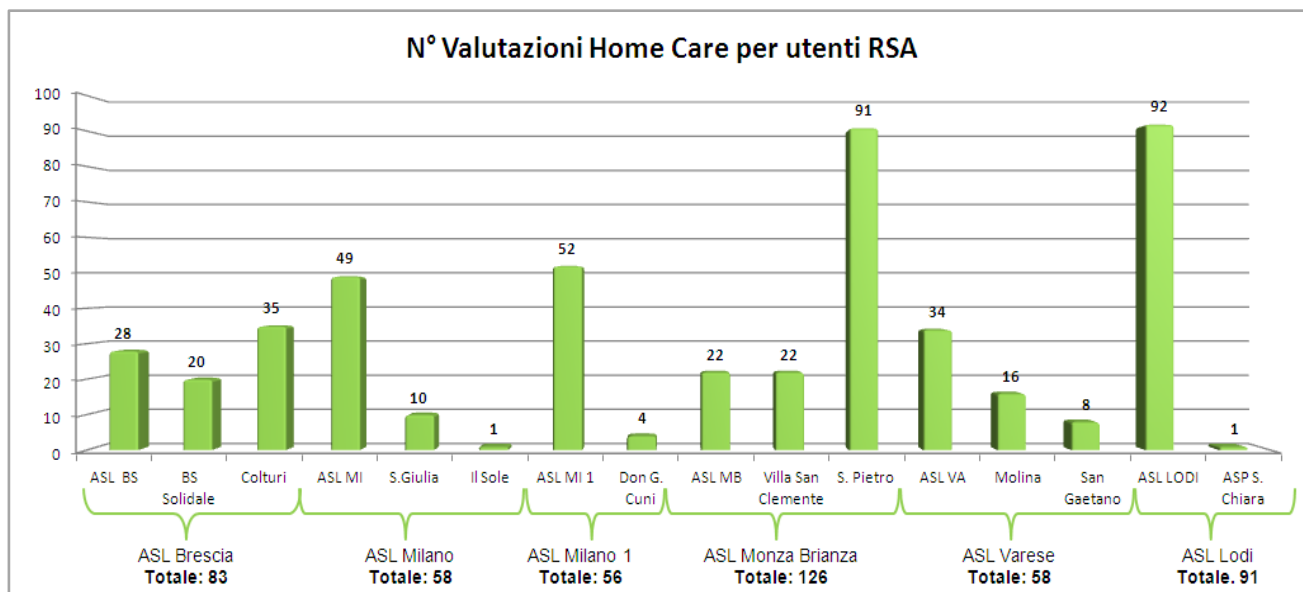


Figura 7 - Numero valutazioni utenti Home Care per RSA

Rispetto all'obiettivo di orientamento della persona verso l'Unità d'Offerta più appropriata il sistema VAOR adotta l'indicatore **MAPLe**, che indica il **potenziale livello di ricovero in struttura della persona** (Molto Alto, Alto, Moderato, Lieve, Basso).

Dall'analisi congiunta del MAPLe e delle caratteristiche delle persone che sono state valutate è emerso che:

- L'**8%** delle persone presenta un rischio di istituzionalizzazione **Lieve o Basso**, da cui sembrerebbe inappropriato il ricorso alla RSA. Questo è confermato dall'analisi puntuale sui dati, da cui emerge che le persone con indicatore MAPLe Lieve e Basso presentano problematiche solo nell'area del supporto informale (**preparazione dei pasti, pulizie della casa, gestione delle finanze, ecc**). La risposta al bisogno potrebbe essere quindi un supporto informale, attuabile con **forme alternative al ricovero in RSA**.
- Il **63%** delle persone è caratterizzato da un rischio **Molto Alto o Alto**. Per queste persone il ricorso alla RSA sembrerebbe essere appropriato. Infatti, le persone con indicatore MAPLe Molto alto e Alto presentano una molteplicità di problematiche in diversi ambiti clinici e assistenziali, come criticità motorie e funzionali, cui si sommano problemi cognitivo comportamentali.
- Il **28%** delle persone è caratterizzato da un rischio **Moderato**: la classe è stata oggetto di approfondimento, in quanto le problematiche delle persone non sembrano essere tali da giusti care sempre il ricorso alla RSA. Per tale utenza è stato analizzato l'indicatore RUG (Resource Utilization Group), che identifica classi di utenza a diverso assorbimento di risorse. Si osserva che il campione con un MAPLe Moderato si suddivide come segue:
 - Il **50%** appartiene alla classe **RUG Funzione Fisica Ridotta**, ossia la classe con il minor assorbimento di risorse. Per tali utenti potrebbe essere sufficiente ADI o altre forme leggere di Unità d'Offerta
 - Il **50%** appartiene alle altre classi RUG ad assorbimento crescente di risorse. Per tali utenti sembrerebbe adeguato l'inserimento in RSA.

La Figura 8 e la Figura 8 mostrano i risultati emersi dall'analisi dell'indicatore MAPLe:

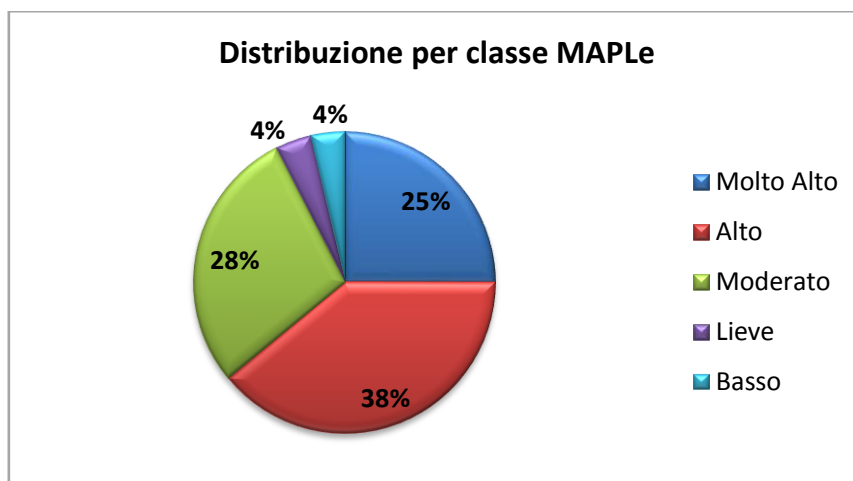


Figura 8 - Distribuzione utenza per classe MAPLe

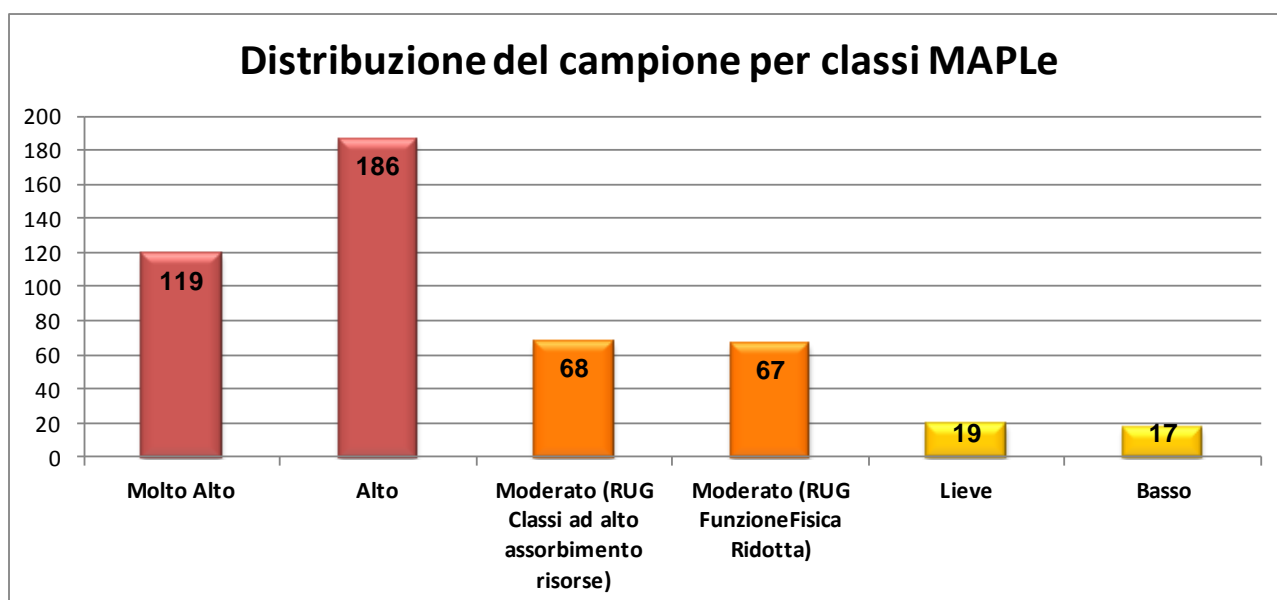


Figura 9 - Distribuzione dell'utenza per classi MAPLe

A questo punto del percorso di sperimentazione, pur nella necessità di ampliare il campione di persone valutate, appare che il sistema VAOR Home Care sia in grado di orientare al meglio le persone verso la risposta più appropriata al loro bisogno.

Rispetto all'obiettivo di valutare il VAOR quale strumentale gestionale per le RSA, durante la **seconda fase della sperimentazione** è stata sottoposta agli utenti, già presenti in RSA, la scheda **VAOR LTCF** (Long Term Care Facility). La sperimentazione è stata avviata l'8 Maggio 2012. Al **26 novembre 2012** sono stati valutati tramite **VAOR LTCF 999 utenti**, la cui distribuzione del numero di valutazioni per ASL è indicata nella *Figura 10*.

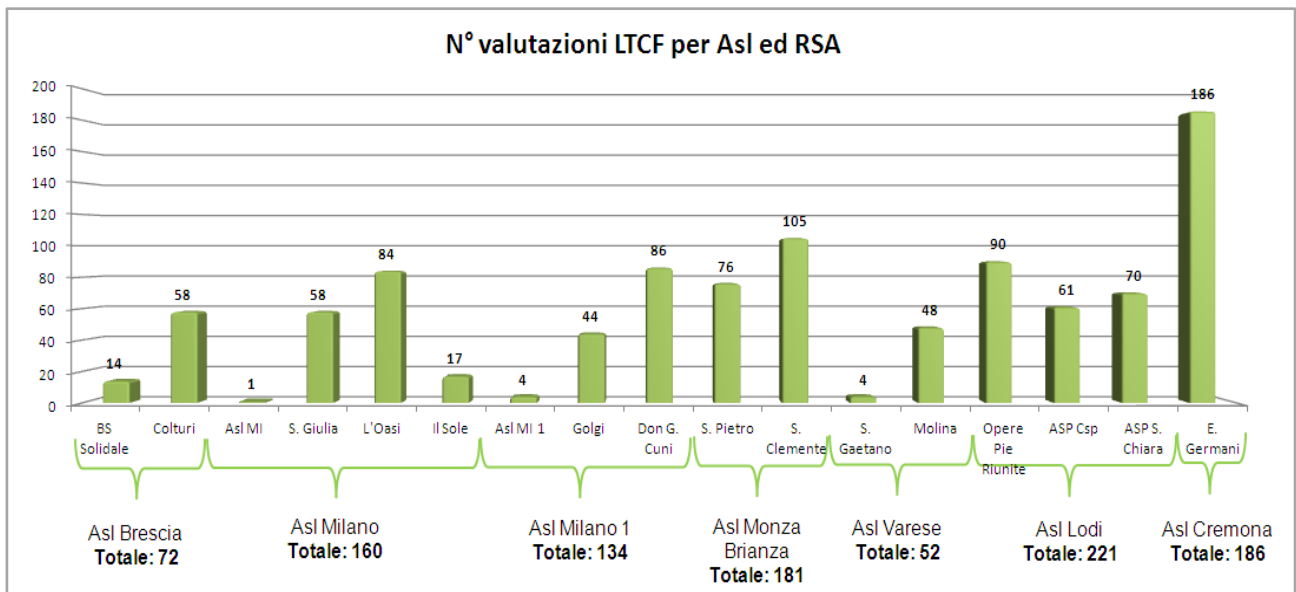


Figura 10 - Numero valutazioni LTCF per ASL ed RSA

La valutazione LTCF porta a classificare gli utenti in gruppi a **diverso assorbimento di risorse**, attraverso l'utilizzo dell'indicatore RUG (Resource Utilization Group). Le classi di assorbimento risorse sono 7, partendo dalla più grave (Riabilitazione Speciale) per arrivare alla più lieve (Funzione Fisica Ridotta). Nella *Figura 11* si riportano gli esiti della valutazione LTCF.

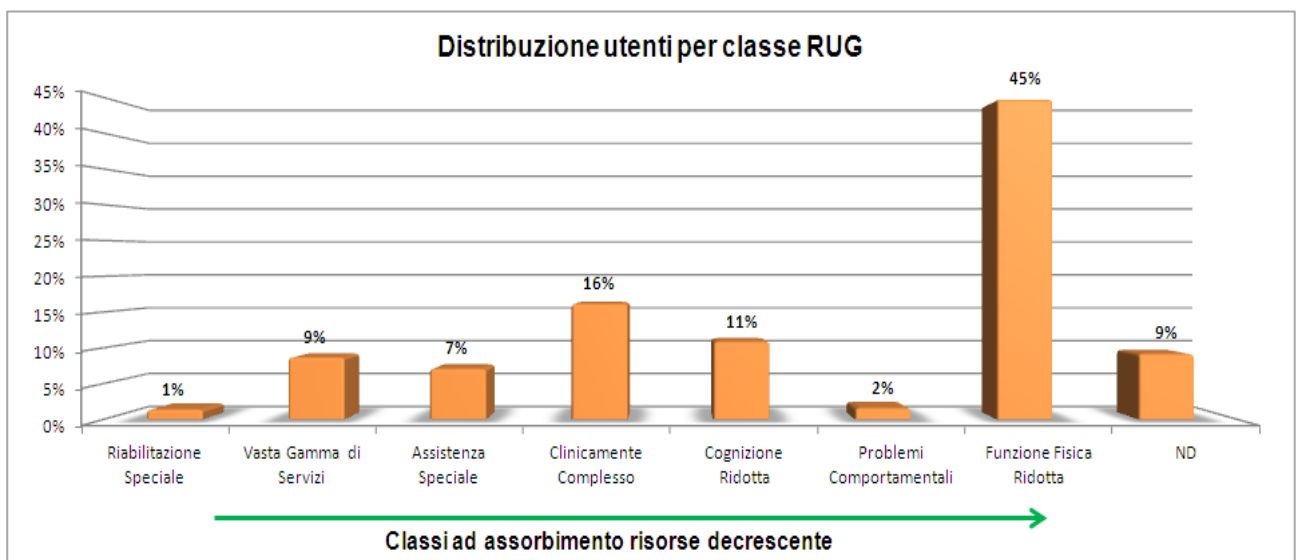


Figura 11 - Distribuzione utenti per classe RUG

Dall'analisi dei dati emerge che, in modo decrescente rispetto all'assorbimento di risorse:

- L'**1%** delle persone valutate appartiene alla classe ad assorbimento maggiore di risorse (**Riabilitazione Speciale**). Il numero di utenti è esiguo poiché in questa classe sono presenti persone che necessitano di assistenza riabilitativa intensiva, che in Lombardia viene erogata dalle strutture di riabilitazione.

- Il **32%** degli utenti valutati sono classificati nelle classi RUG Vasta gamma servizi / Assistenza Speciale / Clinicamente complessi. Queste classi sono caratterizzate dalla presenza di **problemi clinici complessi**. Questi rappresentano la causa principale di un alto assorbimento di risorse. Tuttavia, le persone che confluiscono in queste classi possono anche presentare problematiche cognitive comportamentali e/o fisiche.
- Il **13%** degli utenti valutati sono classificati nelle classi RUG Cognizione ridotta e Problemi comportamentali. Queste classi si caratterizzano per la presenza di **problemi di tipo comportamentale**. Non si deve escludere che gli utenti all'interno di queste classi abbiano anche problematiche fisiche di non autosufficienza.
- Il **45%** degli utenti appartiene alla classe **Funzione Fisica Ridotta**, ossia alla **classe a minore assorbimento di risorse**. Appartengono a questa classe esclusivamente persone con problematiche motorie e di non autosufficienza, non legate a problemi di natura clinica complessa o cognitive comportamentali.

Attualmente la sperimentazione della scala VAOR della scheda LTCF prosegue al fine di estendere la base dati a tutti gli utenti RSA per avere un campione più significativo e rappresentativo della popolazione presente in RSA.

3.2 Sperimentazione nelle RSD

La sperimentazione della VAOR Home Care è stata estesa anche agli **utenti RSD**, al fine di valutare se lo strumento è valido anche per altre tipologie di utenza. In particolare, è stato chiesto alle ASL e alle strutture RSD di valutare 100 utenti, utilizzando gli stessi criteri adottati per le RSA (persone che richiedono una prima valutazione, persone in lista d'attesa, persone entrate di recente in RSD). **Al 30 settembre sono state valutate 71 persone**. La *Figura 12* mostra come si distribuiscono le valutazioni per ASL:

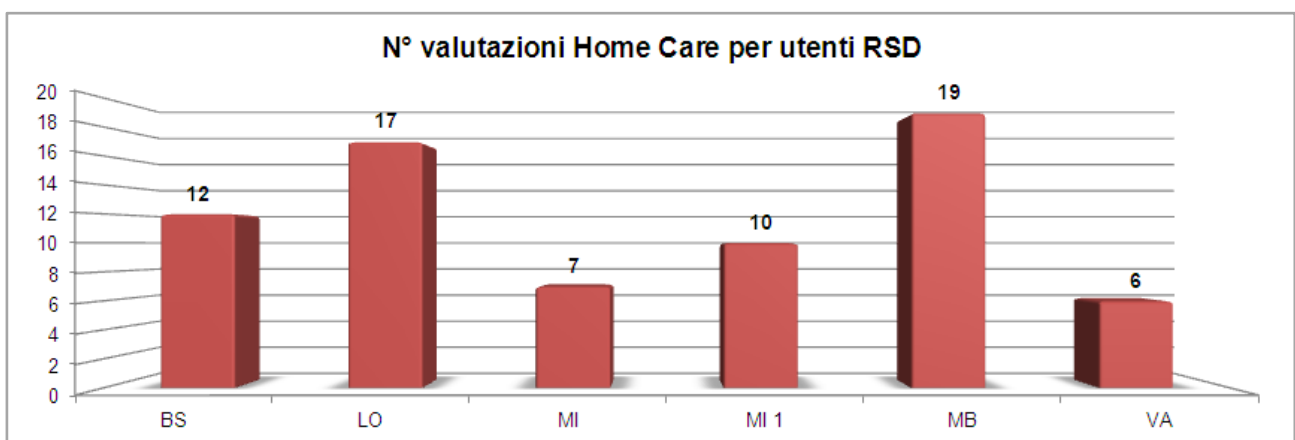


Figura 12 - Numero valutazioni Home Care per utenti RSD

La valutazione **VAOR Home Care per utenti in RSD** ha confermato la capacità dello strumento di valutare la persona, ai fini dell'orientamento verso l'Unità d'Offerta più appropriata. Sono state valutate **71 persone**, che risultano tutte classificate in classi MAPLe alte (**Molto Alto e Alto costituiscono l'85% della popolazione**). Le classi MAPLe Basso e Lieve sono prive di utenti. La classe **Moderato** è costituita dal **15%** delle persone valutate (vedi *Figura 13*). Approfondendo l'analisi con l'indicatore RUG si evidenzia che il 27% appartiene alla classe Funzione Fisica Ridotta. Tali utenti costituiscono un campione esiguo della popolazione e sono destinabili ad ADI o altre forme di Unità d'Offerta.

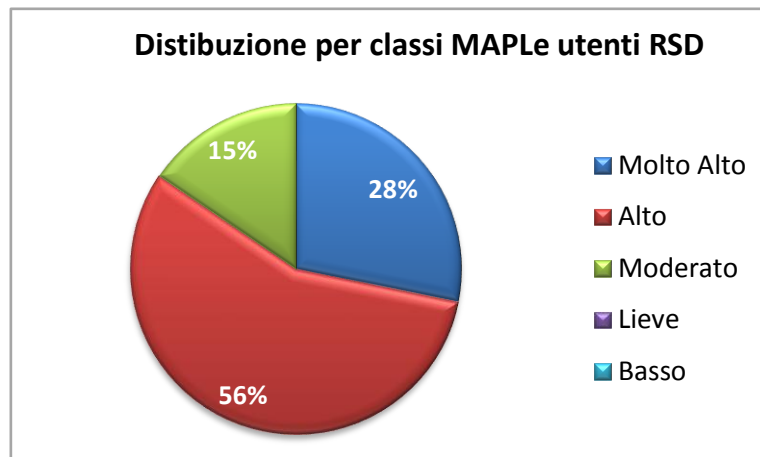


Figura 13 - Distribuzione per classi MAPLe utenti RSD

4. Sperimentazione della valutazione del bisogno nell'area delle Dipendenze

Dal 2011 è stata avviata la sperimentazione del nuovo modello regionale di valutazione multidimensionale del bisogno nell'area delle dipendenze, che ha coinvolto 9 ASL (9 Dipartimenti per le Dipendenze e 2 Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI))², con i seguenti obiettivi:

- **Validare il modello di valutazione del bisogno**, verificando che:
 - Gli strumenti individuati permettano l'identificazione di tutti i bisogni della persona
 - I livelli di gravità siano in grado di individuare i reali bisogni della persona e di correlare a questi le risposte appropriate
- **Verificare la sostenibilità del modello di valutazione**, valutando l'impatto organizzativo complessivo alla luce di:
 - Assorbimento di risorse richiesto per singola valutazione
 - Durata complessiva del processo valutativo
- **Costruire e validare profili assistenziali e tariffe.**

La partecipazione dei Servizi Territoriali per le Dipendenze (SerT) e degli SMI alla sperimentazione ha superato le attese. Sono state effettuate con il nuovo modello **522 valutazioni**, distribuite per ASL come in *Figura 14*.

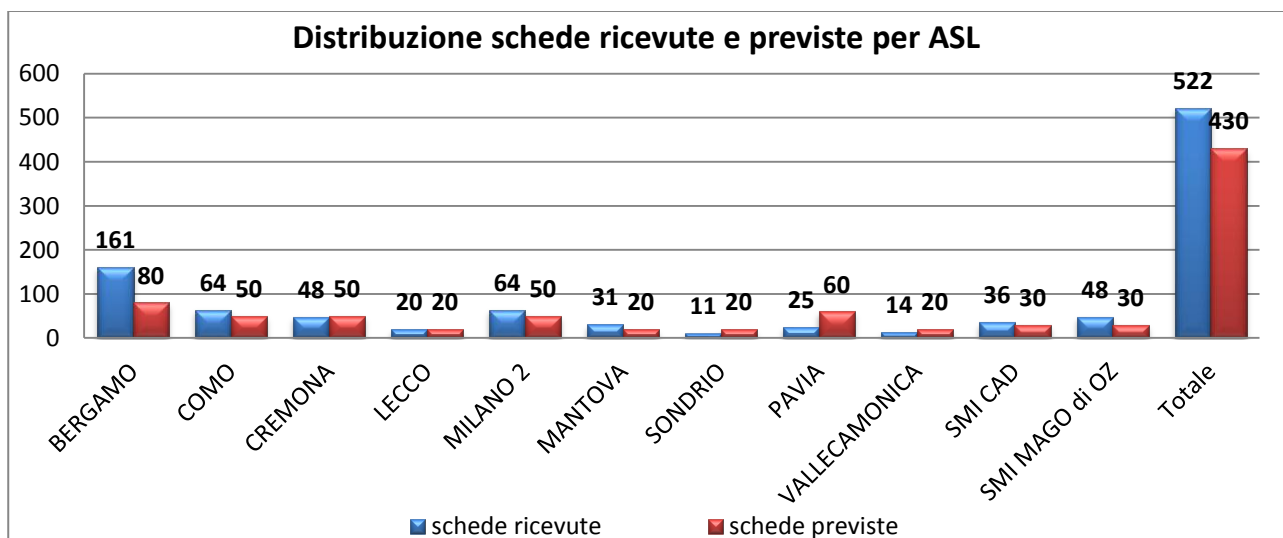


Figura 14 - Distribuzione schede ricevute e previste per SerT e SMI

Il **percorso regionale** di valutazione multidimensionale del bisogno da parte di una equipe pluriprofessionale **prevede l'utilizzo di strumenti di diversa natura**:

- **Strumenti medico – clinici** (Visita medica – DSM – Esami tossicologici ed ematochimici): il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM) consente di poter utilizzare un linguaggio comune e dei criteri standard di classificazione dei disturbi mentali, tra cui le

² ASL coinvolte: Pavia, Bergamo, Lecco, Mantova, Cremona, Como, Sondrio, Milano 2, Valcamonica. SMI coinvolti: Mago di Oz (Brescia), CAD.

dipendenze e le condizioni di abuso, secondo espliciti specifici criteri diagnostici (tab. criteri DSM per l'individuazione dello stato di dipendenza; tab. criteri DSM per l'individuazione dello stato di abuso)

- **Strumenti psicodiagnostici** (Colloquio con psicologo – DSM asse V – SCL 90-R): è una scala per l'autovalutazione della sintomatologia psichiatrica in generale. Data la sua facilità di impiego e l'ampio range di sintomi esplorati, la SCL-90-R può essere utilizzata come strumento di screening non solo in un contesto psichiatrico ma anche in altri contesti. È composta da 90 item che riflettono le 9 dimensioni che sottendono la maggior parte dei sintomi che si osservano nei pazienti psichiatrici ambulatoriali, cioè non gravemente psicotici
- **Strumenti di valutazione sociale** (Colloquio con assistente sociale – ASI): l'Addiction Severity Index (ASI) è uno strumento per la valutazione quantitativa multidimensionale della gravità clinica nelle tossicodipendenze. Si compone di 7 aree funzionali: le condizioni mediche, quelle lavorative, l'uso di sostanze e di alcol, la situazione legale, familiare/sociale e psichiatrica. Viene somministrata al momento della presa in carico e nel follow-up e/o alla dimissione per valutare l'entità del cambiamento
- **Strumenti di autovalutazione dello stato di salute generale:** corrispondente all'Asse V del sistema multiassiale di valutazione DSM; consente al clinico di esprimere un giudizio sul funzionamento psicologico, sociale e lavorativo dell'individuo su di una scala per la valutazione globale del funzionamento (scala VFG).

La **valutazione è finalizzata al raggiungimento di una diagnosi multidimensionale** che permetta di certificare:

- Presenza di una condizione di uso, abuso, dipendenza per la successiva definizione di un Piano Terapeutico-Assistenziale
- Rinvio a successivi approfondimenti diagnostici in funzione della successiva definizione del Piano Terapeutico-Assistenziale

La *Figura 15* illustra le **fasi del processo di valutazione**. L'ordine degli incontri con le varie figure professionali che svolgono la valutazione è a discrezione del SerT/SMI.



Figura 15 - Fasi del processo di valutazione

Sono state previste inoltre **due diverse valutazioni** entrambe con riconoscimento medico-legale:

- **VALUTAZIONE COMPLETA:** effettuata nei confronti di un **utente nuovo per il sistema dei servizi ambulatoriali per le dipendenze di Regione Lombardia**. Per questa tipologia di utenti è necessario avere un quadro completo e approfondito della situazione psicologica e clinica in modo da poter pianificare un percorso adatto al bisogno specifico
- **VALUTAZIONE LEGGERA:** è una valutazione più snella che viene svolta nei casi di **utenti già noti al sistema dei servizi ambulatoriali per le dipendenze di Regione Lombardia** che si presentano ad un servizio per avviare un nuovo percorso di cura o riprenderne uno interrotto. Per questi utenti è previsto un processo di valutazione meno approfondito relativamente alle indagini tossicologiche e agli esami ematochimici in quanto il servizio valutante ha già a disposizione una serie di informazioni utili, riferite alla situazione passata della persona.

Nel caso di un utente noto al sistema per le dipendenze regionale, per il quale è stata fatta una valutazione leggera a cui però non è seguita una presa in carico da parte di un servizio, passato un anno dalla data di rilascio del certificato sarà necessario procedere nuovamente all'accertamento del bisogno attraverso una valutazione completa.

Dall'analisi delle valutazioni effettuate con il nuovo modello risulta una distribuzione dei livelli di gravità abbastanza omogenea, ad eccezione del **livello 0**. Infatti a tale livello di gravità appartiene circa il **2%** della popolazione valutata. I **livelli 2 e 4** risultano i maggiormente popolati con il **28%** ciascuno di utenti appartenenti a tali livelli di gravità. Anche il **livello 3** ha una percentuale di utenti rilevante con il **22%**. Al **livello 1** appartiene poco meno del **20%** della popolazione valutata. La *Figura 16* mostra graficamente i risultati evidenziati:

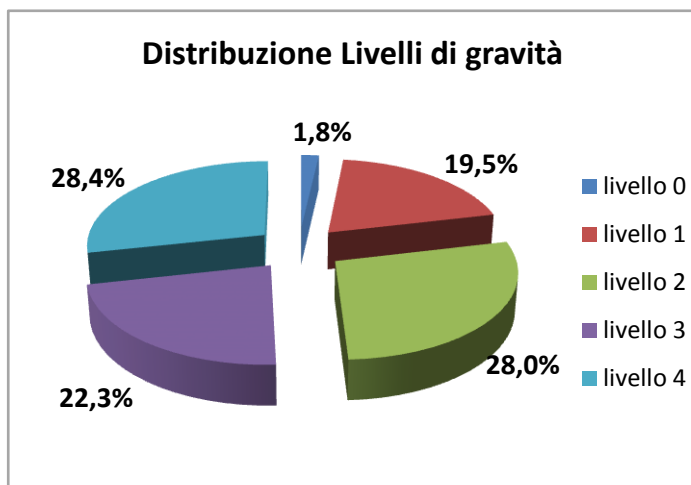


Figura 16 - Distribuzione dell'utenza per livello di gravità

Livello 0: non uso

Livello 1: uso con eventuali problematiche psicologiche o sociali

Livello 2: abuso con eventuali problematiche psicologiche o sociali

Livello 3: abuso con gravi problematiche o dipendenza lieve/moderata

Livello 4: dipendenza moderata con gravi problematiche associate o dipendenza grave

4.1 Prossimi passi

Dal **30 Ottobre 2012** al **29 Novembre 2012** è stata effettuata la **formazione delle ASL che non hanno partecipato alla prima fase di sperimentazione**. È stato presentato il Protocollo Operativo validato scientificamente, gli strumenti e il processo di valutazione, il percorso per la definizione dei livelli di gravità, la descrizione dei profili.

Da **Dicembre 2012** è stata estesa la **sperimentazione del Protocollo Operativo** (Valutazione, Livelli di gravità, Profili) ai SerT e agli SMI che non hanno partecipato alla precedente sperimentazione³ con lo scopo di:

- **Raccogliere ulteriori dati** a supporto della validazione del modello, al fine di **avere un campione** di analisi quanto **più significativo e rappresentativo** possibile della casistica di utenti che accedono ai servizi ambulatoriali per le dipendenze di Regione Lombardia
- **Consentire ai nuovi soggetti che parteciperanno alla sperimentazione di familiarizzare con il nuovo modello di valutazione** del bisogno e con i nuovi Profili.

A partire **dal 2013**, come stabilito dalla **DGR n.4334/2013 di determinazioni per la gestione del servizio sociosanitario per il 2013**, è prevista la **sperimentazione in tutte le 15 ASL** oltre che del **Protocollo Operativo**, anche delle **nuove tariffe** che saranno definite per ogni Profilo così da validare anche la **nuova modalità di remunerazione dei servizi ambulatoriali per le dipendenze, non più basata su nomenclatore di prestazioni, ma su accessi per profilo professionale.**

³ ASL coinvolte: Milano 1, Milano Città, Brescia, Lodi, Varese, Monza Brianza. SMI coinvolti: Relazione, Mago di Oz, Acrobati, Aurora, Broletto, AGA.