

# Il “Dopo di Noi”

*(Modulo 2)*

**Gli strumenti della Legge 112/2016**



## Sommario:

- Gli strumenti applicativi della Legge
- La valutazione multidimensionale e multiprofessionale
- VMD - Approccio globale
- VMD - Elementi e strumenti
- Come utilizzare la VMD
- Dal progetto individuale, ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000, al Progetto di Vita
- Il Progetto di Vita - Struttura e contenuto
- Il Progetto di Vita - I determinanti di salute
- Il Progetto di Vita - Protagonismo della persona
- Il Progetto Personalizzato - Programmazione dei sostegni
- Il Budget di progetto - Una definizione
- Il Budget di Progetto - Ricomposizione delle risorse
- Il Case Manager

# Gli strumenti applicativi della Legge per il Dopo di Noi

## Premessa



Come si accennava al termine della precedente Sessione il processo di cambiamento, al quale la **legge 112** ha dato inizio, prevede alcuni fondamentali strumenti applicativi:

- La Valutazione Multi-dimensionale e Multi-professionale.
- Il Progetto Individuale ai sensi dell'art.14 L.328/2000.
- Il Budget di Progetto.
- Il Case Manager.

Vediamoli meglio nel dettaglio.

# La Valutazione multidimensionale e multiprofessionale

## Una possibile definizione



### **Definizione:**

*Processo di tipo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere, o predire, la natura e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio diagnostico globale, attraverso l'utilizzo di scale e strumenti validati, consente di individuare un piano di intervento sociosanitario coordinato e mirato al singolo individuo.*

La storia della medicina è costellata di momenti in cui, improvvisamente, la disciplina ha dovuto prendere atto di quanto non possa essere sufficiente a se stessa, nella misura in cui l'efficacia delle pur potenti soluzioni che è in grado di proporre – a fronte delle malattie che affliggono l'essere umano – dipende anche (talvolta fortemente) da variabili che le sono esterne, e in particolare da quelle di natura sociale. Gli studi epidemiologici hanno, infatti, dimostrato come per molte patologie il semplice contrasto dell'agente eziologico o la riduzione/contenimento del danno già prodotto non siano risolutori della situazione, quando non accompagnati da idonei interventi agiti sul contesto ambientale del malato. Più recentemente, alla presa d'atto di questa necessaria interdipendenza dell'ambito medico con quello sociale in funzione dell'esito ricercato, si è aggiunta la cogente necessità di individuare gli approcci e gli ambiti assistenziali più appropriati per il singolo individuo trattato, sia in vista della migliore qualità di vita della persona sia in funzione della maggiore sostenibilità economica del caso.



# La Valutazione multidimensionale e multiprofessionale

## Approccio globale (1)



### L'approccio globale

La valutazione multidimensionale (VMD), nel coniugare la ricerca dell'appropriatezza clinica con quella dell'appropriatezza organizzativa, sancisce l'irrinunciabilità di un approccio globale al paziente, in vista di una **personalizzazione dell'intervento** che richiede una compartecipazione attiva di una serie di professionisti e attori anche esterni al mondo sanitario.

Questo tipo di approccio, maturato in ambito geriatrico, ha avuto origine nel Regno Unito a partire dagli anni '30, ma la sua evoluzione moderna è però dovuta al lavoro che Rubenstein ha portato avanti nei primi anni '80 in California. A lui si deve la dimostrazione della necessità dell'approccio valutativo globale e la successiva messa a punto di efficaci strategie assistenziali.

In Italia, la VMD ha iniziato a diffondersi, sempre in ambito geriatrico, qualche anno più tardi, trovando un suo pieno riconoscimento nell'emanazione del Progetto Obiettivo "*Tutela della salute degli anziani*", valido per il quinquennio 1991- 1995. Nello stesso ambito geriatrico essa ha continuato, attraverso il confronto scientifico e la ricerca attiva, il suo percorso, di cui è riprova l'importante lavoro di sistematizzazione realizzato con la stesura, ad opera di un gruppo della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG), delle "*Linee guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi*", presentate ufficialmente e pubblicate nel 2001. Dallo specifico interesse della geriatria clinica, in particolare di natura ospedaliera, tale approccio si è esteso progressivamente ad altre discipline mediche e settori assistenziali (in particolare quelli che configurano la rete dei servizi sanitari territoriali di competenza distrettuale) che, con la geriatria, condividono l'interessamento per categorie di pazienti accomunate da livelli medi o gravi di non autosufficienza.

# La Valutazione multidimensionale e multiprofessionale

## Approccio globale (2)



Per diverse tipologie di soggetti è, infatti, essenziale, contestualmente alla caratterizzazione del bisogno assistenziale di natura strettamente clinica – da operarsi attraverso visite specialistiche e approfondimenti diagnostici di natura laboratoristica e/o strumentale – l’approfondimento relativo alle effettive capacità di autonomia del soggetto (concretamente indagate per le comuni attività della vita quotidiana), alle sue condizioni e possibilità economiche, ai servizi/prestazioni di cui già usufruisce e alla rete di supporto assistenziale, formale o informale, attiva o attivabile. Non autosufficienza, complessità dei bisogni, globalità e interdisciplinarietà dell’approccio, personalizzazione dell’intervento e valorizzazione delle risorse attivabili sono i concetti chiave attorno ai quali ruota la VMD.

Schematicamente, le aree tematiche fondamentali, o ‘dimensioni’, che configurano la natura multipla della valutazione, sono rappresentate da:

- salute fisica
- stato cognitivo (o salute mentale)
- stato funzionale
- condizione economica e condizione sociale.

La valutazione, che concretamente si effettua sulla base della compilazione, cartacea o informatizzata, di liste di quesiti (o item), si avvale dell’uso di cosiddette ‘scale’ di natura *monodimensionale*, ciascuna delle quali cioè approfondisce una singola area o una specifica articolazione di essa (piuttosto conosciute in ambito medico sono le scale ADL – Activities of Daily Living – e le scale IADL – Instrumental Activities of Daily Living, con i loro vari indici), o di ‘strumenti’ *multidimensionali* veri e propri, pensati per caratterizzare il soggetto nelle diverse aree di interesse: questi ultimi possono evidentemente contenere all’interno scale monodimensionali.

*Di seguito alcuni strumenti attualmente disponibili che si differenziano per finalità, impostazione e capacità descrittiva.*



# La Valutazione multidimensionale e multiprofessionale

## Esempi di scale e strumenti disponibili in Italia



### ESEMPI DI SCALE E DI STRUMENTI PER LA VMD DISPONIBILI IN ITALIA

#### Scale monodimensionali

MMSE - *Mini Mental State Examination*  
Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 196-198

GDS - *Geriatric Depression Scale*  
Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1982-83; 17: 37-49

Indice di Barthel - *Activities of daily living - Situazione funzionale*  
Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Med J 1965; 14: 56-61

CIRS - *Indice di Comorbidità*  
Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of cumulative illness rating scale in a geriatric residential population. J AM Geriatric Soc 1995; 43: 130-137

TINETTI Scale - *Scala di valutazione dell'equilibrio e dell'andatura*  
Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986; 34: 119-126

EXTON-SMITH - *Valutazione dei rischi di piaghe da decubito*  
Exton Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in Hospital National Corporation for the care of old people. London Churchill Livingstone, 1962

#### Strumenti multidimensionali

GEFI - *Global Evaluation Functional Index*  
Cucinotta D, Angelin A, Godoli G et al. Proposta e validazione di un semplice indice per la valutazione funzionale globale dell'anziano: il GEFI. G Gerontol 1989; 38: 31-36

GFRS - *Scala di valutazione della funzionalità geriatrica*  
Grauer H, Birnbom F. A geriatric functional rating scale to determine the need for institutional care. J Am Geriatr Soc 1975; 23 (10): 472-476

MDS-HC - *Minimum data set - Home Care*  
Morris JN, Fries BE, Bernabei R. RAI-Home Care, VAOR-ADI Manuale d'istruzione. Ed italiana a cura di Bernabei R, Landi F, Manigrasso L et al, Ed Pfizer Italia SpA, 1996

OARS - *Questionario per la valutazione funzionale multidimensionale*  
Palombi L, Mancinelli S, Marazzi MC, Batoli A. Valutare la salute dell'anziano. Guida all'uso della metodologia OARS - Older Americans Resources and Services. Torino, Nuova ERI, 1993

SVAMA - *Valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano*  
Regione Veneto (DGR 3979 del 9/11/99).

VAL.GRAF. - *Scheda di valutazione multidimensionale longitudinale dell'anziano dei servizi geriatrici*  
Gigantesco A, Morosini P, Alunni S et al. Validazione di un semplice strumento per la valutazione funzionale dell'anziano. G Gerontol 1995; 43: 379-385

# La Valutazione multidimensionale e multiprofessionale

## Come utilizzare la VMD (1)



### Come utilizzare la VMD

La VMD può essere utilizzata per diversi scopi (che comportano livelli differenziati di analiticità e complessità degli strumenti da adottare) e in diversi contesti assistenziali e di ricerca. Usualmente, si parla di VMD di I livello, impropriamente definito di “*screening*”, laddove si intende indicare un’applicazione della stessa – auspicabilmente affidata al medico di medicina generale (MMG) – volta a differenziare, all’interno della popolazione esaminata, i soggetti sani in equilibrio stabile da quelli che presentano condizioni tali da essere soggetti ad un più o meno consistente rischio di rapido deterioramento della propria salute. Tale utilizzo della VMD è distinto da suoi impieghi di natura e caratteristiche più sofisticate, riferiti a soggetti con funzioni sicuramente compromesse; questo secondo utilizzo della VMD, cui deve necessariamente concorrere un’équipe multidisciplinare, detta **unità valutativa**– la cui composizione minima è data da un medico, un infermiere e un assistente sociale – è specificamente orientato al trattamento della persona attraverso la definizione del **piano assistenziale individualizzato** (PAI). Non è necessario, e di frequente non è praticabile, che il momento della compilazione dei quesiti presenti nelle scale/strumenti coincida con quello dell’impostazione del PAI, ma mentre il primo può essere, eventualmente, svolto da un singolo operatore debitamente formato, per il secondo è indispensabile la collegialità multiprofessionale. Da essa deve inoltre scaturire, per ogni singolo paziente trattato, la figura che svolgerà il ruolo di coordinamento funzionale degli interventi previsti (**case manager**). All’équipe di base è inoltre opportuno si aggiungano, oltre al MMG del paziente (o pediatra di libera scelta, se si tratta di minori), anche le figure medico-specialistiche di volta in volta necessarie sulla base delle problematiche prevalenti del paziente (cardiologo, geriatra, neurologo, psichiatra, etc.).



# La Valutazione multidimensionale e multiprofessionale

## Come utilizzare la VMD (2)



Tutti i dati che scaturiscono dalla VMD, oltre ad offrire l’orientamento per la risposta ai bisogni clinico-assistenziali del singolo individuo (e talora per l’allocazione assistenziale più appropriata), possono però fornire anche informazioni di carattere epidemiologico su larga scala, tali da permettere la definizione delle necessità assistenziali presenti e future (predittività) della comunità di interesse. In particolare, risulta di grande rilevanza la possibilità di dimensionare e caratterizzare per gravità l’area della non autosufficienza, consentendo così – per esempio, all’interno di una pianificazione sanitaria di livello regionale – una progressiva riorganizzazione dei servizi, anche sulla base di stime realistiche delle risorse da impiegare. Come accennato, la VMD può, o meglio dovrebbe, essere utilizzata in tutti i cosiddetti ‘nodi’ della rete assistenziale, quali che siano i ‘percorsi’ cui va incontro ogni singolo paziente. È così che, nel caso di un episodio di ricovero scatenato da un evento acuto (es. un infarto) la VMD si offre come lo strumento ideale per realizzare una dimissione realmente “protetta” del soggetto, laddove consente di pianificare, attraverso la comunicazione tempestiva delle informazioni di maggiore interesse, il passaggio di presa in carico da parte dei servizi e delle strutture territoriali. La progressiva diffusione della VMD ha quindi, tra gli altri, il valore di contribuire al consolidamento di un linguaggio comune tra i diversi comparti assistenziali (offrendo, per esempio, la possibilità di percepire con immediatezza la situazione di un soggetto attraverso la comunicazione del punteggio da questi conseguito in una scala di autonomia). Viceversa, nel caso di un paziente già assistito da un servizio (per esempio, un ambulatorio cardiologico) che vada incontro ad un aggravamento del proprio livello di autonomia, la VMD può consentire, attraverso un corretto inquadramento delle sue caratteristiche e delle sue necessità, di attivare un’altra modalità assistenziale (per esempio, laddove non esistano alternative preferibili, la residenza sanitaria assistenziale).



# La Valutazione multidimensionale e multiprofessionale

## Come utilizzare la VMD (3)



Inoltre, in caso di richiesta di assistenza rivolta da un cittadino o dal suo MMG ad un servizio, per esempio quello di assistenza domiciliare, la VMD può consentire, laddove siano stati precedentemente esplicitati i requisiti di ammissione (anche detti di *eleggibilità*) al servizio, di verificarne la sussistenza; tale verifica comporta evidentemente, oltre all'analisi delle dimensioni già menzionate, anche l'accertamento della compatibilità della situazione abitativa del soggetto a quella modalità assistenziale.

Da osservare, quindi come, in un servizio sanitario a finanziamento pubblico quale il nostro, la VMD rappresenti uno strumento di equità, laddove consente di valutare secondo criteri espliciti ed uniformi i bisogni dei soggetti che fanno richiesta di trattamento e su queste basi di fornire a tutti le risposte più appropriate.

La scelta della somma di scale o degli strumenti da utilizzare dipende essenzialmente dal contesto di somministrazione degli stessi, di norma legato a prevalenti tipologie di pazienti, e dagli obiettivi prioritari della VMD.

Una situazione tipica, a parte quella riferibile alla popolazione anziana, è quella della valutazione effettuata su soggetti con disabilità e finalizzata tanto a definire il piano personalizzato, quanto a verificare l'allocazione assistenziale più opportuna. In generale, è possibile individuare una serie di requisiti, cioè di caratteristiche qualitative, che gli strumenti dovrebbero possedere (figura a lato).

In una fase di decentramento sanitario che, per insufficiente chiarezza e capacità di confronto e coordinamento, mostra consistenti rischi di produrre discriminazioni nella fruibilità dei servizi e delle prestazioni di Sanità pubblica, la capacità di consolidare il ricorso alla pratica di VMD attraverso l'utilizzo di strumenti omogenei, almeno a livello regionale, per l'accesso ai servizi, potrebbe garantire un'uniformità di approccio ai bisogni assistenziali e criteri trasparenti di allocazione nei servizi.

### PRINCIPALI REQUISITI DI UNO STRUMENTO DI VMD

- Superamento di una corretta validazione
- Completezza nelle dimensioni indagate
- Armonizzazione/bilanciamento delle dimensioni indagate
- Equilibrio tra capacità di sintesi e finezza discriminativa
- Chiarezza nella formulazione dei quesiti
- Congruenza quantitativa e qualitativa rispetto agli obiettivi e al contesto di utilizzazione
- Flessibilità di impiego (modularità)
- Individuazione di profili assistenziali

# Dal progetto individuale, ai sensi dell'art. 14 della legge 328/2000, al Progetto di Vita



Il “Progetto di vita” è un documento programmatico a medio-lungo termine che pianifica la piena realizzazione esistenziale della persona con disabilità, organizzando l'insieme dei sostegni e delle opportunità che la accompagnano nel corso complessivo della vita, sulla base dell'evoluzione dei bisogni, delle aspettative e dei desideri personali ed in relazione sia al profilo di funzionamento individuale che agli ecosistemi in cui è inserita.

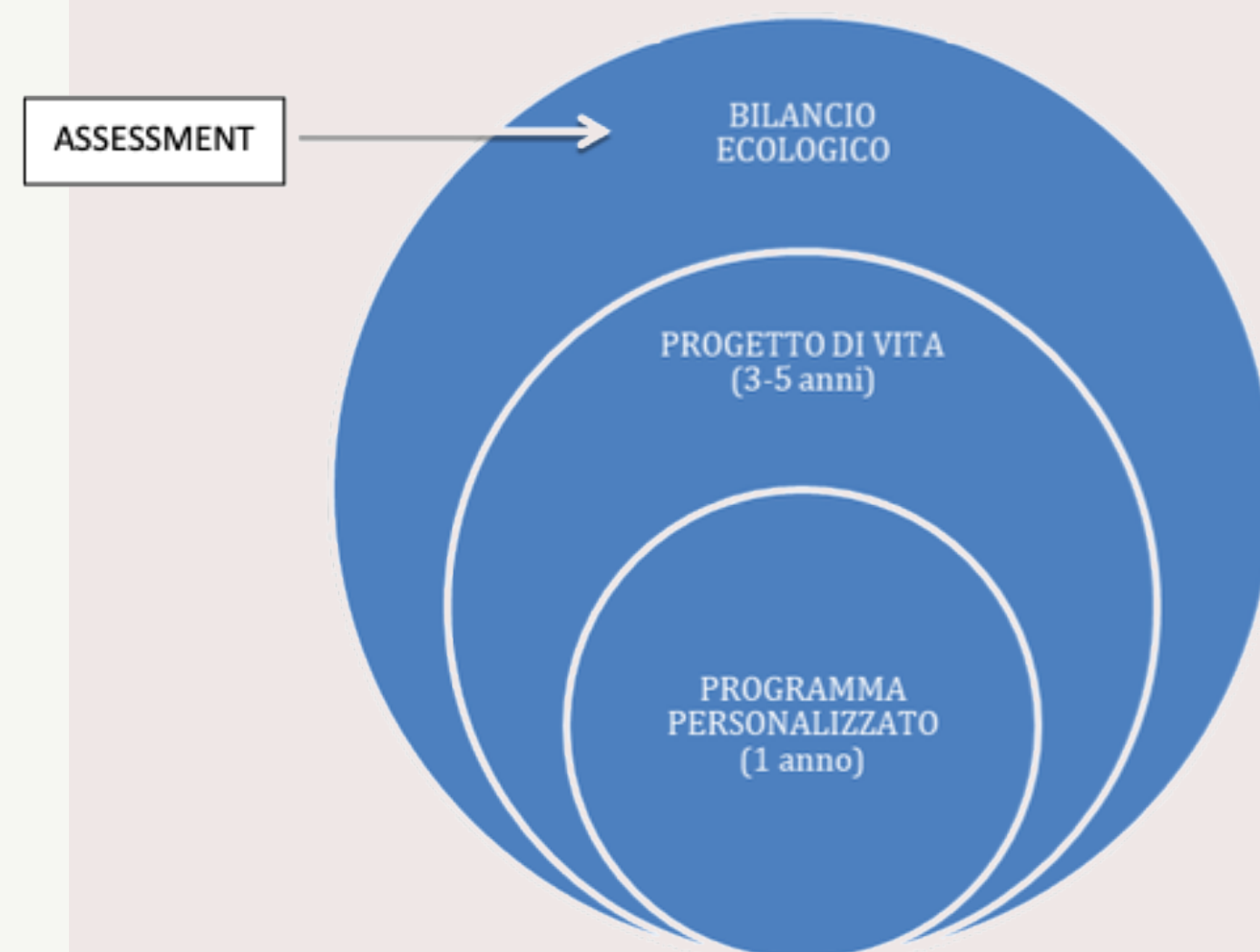
È composto da diverse proposizioni sviluppate dall'**équipe multidisciplinare**, di cui è fulcro fondamentale l'Assistente Sociale responsabile del caso, e condivisa con la persona con disabilità oltre che con i suoi familiari. Il progetto è uno strumento intrinsecamente eclettico che dovrebbe comprendere tutto ciò che si propone di attuare per raggiungere finalità e obiettivi generali, in armonia con i domini di qualità della vita, tramite una costellazione di programmi sinergici ed organizzati per aree. Il documento deve essere rivisto e armonizzato in modo periodico e comunque ogni volta cambino le condizioni ambientali, sociali o cliniche in modo significativo.

*In altre parole è un sistema ordinato, il più possibile completo, delle risposte e degli interventi che seguono la persona con disabilità durante il suo ciclo di vita in modo duttile ma organizzato; con l'obiettivo principe di garantire la più alta qualità della vita possibile.*



# Il progetto di Vita

## Struttura e contenuto



La struttura e il contenuto devono essere declinati in mete concordanti con i domini e le dimensioni di un modello di Qualità della vita condiviso dalla comunità scientifica. Le mete, definizioni globali e prospettiche, si dividono in: **cliniche** (che definiscono le condizioni di benessere psico-fisico), **funzionali** (che hanno come obiettivo il funzionamento della persona all'interno del suo ecosistema nel miglior adattamento possibile) e **personali** (che comprendono aspettative e desideri per il maggior grado di soddisfazione personale). La stesura del Progetto di vita deve essere allineata al bilancio ecologico di vita per integrare i dati dell'assessment in un intervento coerente e condiviso.

Nell'ottica del Progetto di Vita e del Budget di progetto, la valutazione multidimensionale, è il primo fondamentale passo del processo di presa in carico globale e continuativo ed è la premessa indispensabile per ogni progettazione individuale: le persone vengono appunto "valutate" al fine di identificare servizi e risorse, tra quelle disponibili, a loro maggiormente utili. Prevale una visione multidimensionale degli interventi e ad un giusto riequilibrio tra approccio bio/medico e approccio sociale.

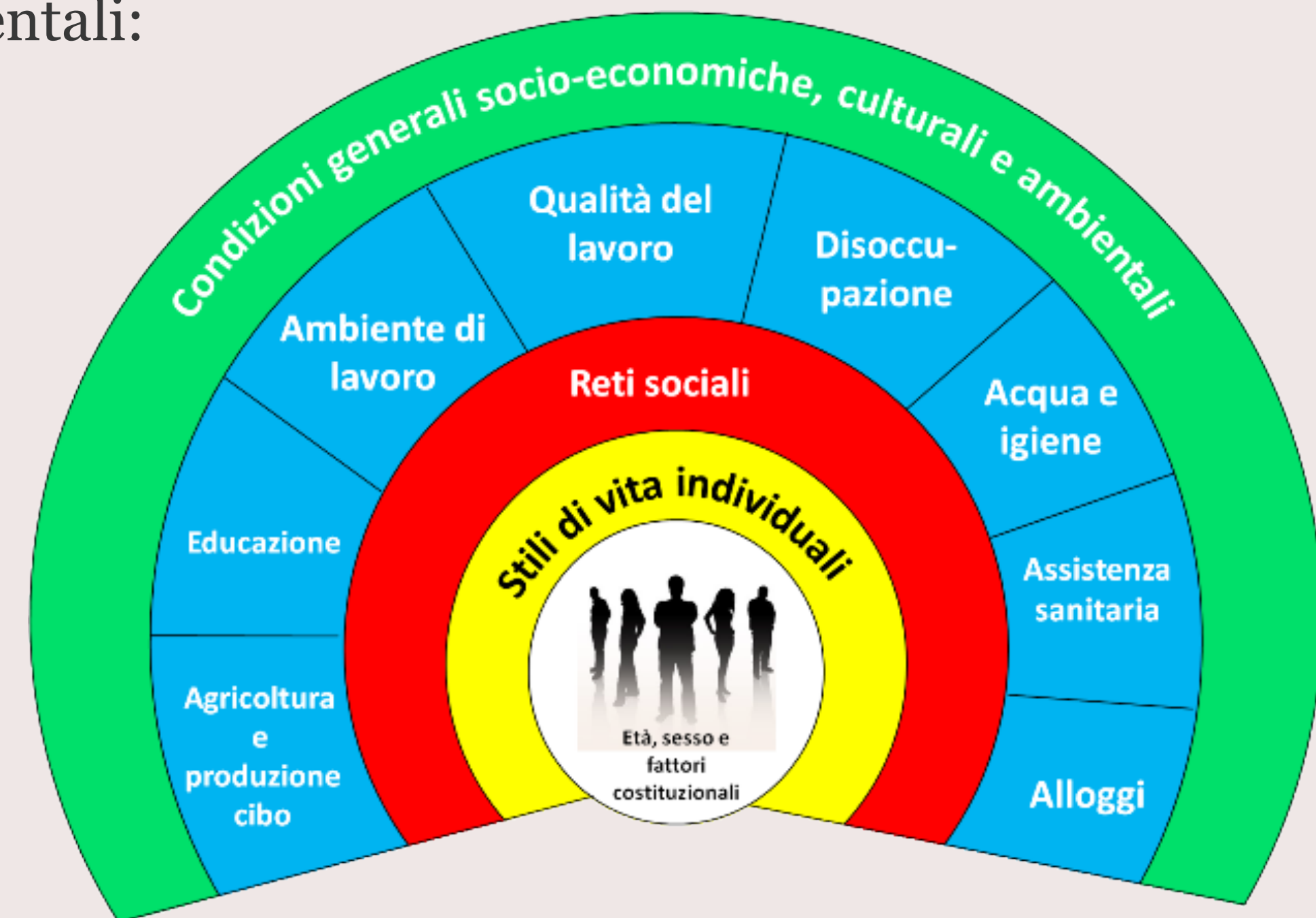
# Il progetto di Vita

## I determinanti di salute



In quest'ottica l'attenzione va rivolta agli elementi costitutivi della salute, che richiedono interventi più appropriati ed efficaci e si realizzano in 4 aree fondamentali:

1. apprendimento/espressività
2. formazione/lavoro
3. casa/ habitat sociale
4. affettività/socialità.





# Il progetto di Vita

## Protagonismo della persona



Questa fondamentale fase nell'attività di progettazione non deve vedere la persona come oggetto di valutazione da parte di specialisti. In questa ottica, la persona deve essere messa nella condizione di valutare al meglio la propria condizione, autodeterminarsi (compiere scelte e prendere decisioni che riguardano la propria vita basate sulle proprie preferenze, interessi e desideri) e autorappresentarsi (parlare e agire per sé assicurandosi che il proprio punto di vista venga preso in considerazione) e quindi di esprimere il proprio punto di vista sulla propria vita.

La valutazione dei risultati, outcomes, dei sostegni implementati deve essere basata sulla tripartizione delle mete da cui derivano il nome:

- outcomes clinici
- outcomes funzionali
- outcomes personali.

Il Progetto di vita, inoltre, così come il budget di salute, promuove e attua il protagonismo delle persone, che si realizza nella co-costruzione dei singoli progetti personalizzati e si strutturano nella definizione di un contratto. Il budget di progetto promuove e attua il **principio di sussidiarietà**, vale a dire la possibilità, la necessità e la ragionevolezza di affidare al livello più prossimo alle persone che ne avvertono il bisogno, la realizzazione di interventi che valorizzino le risorse informali di cura nei contesti comunitari.

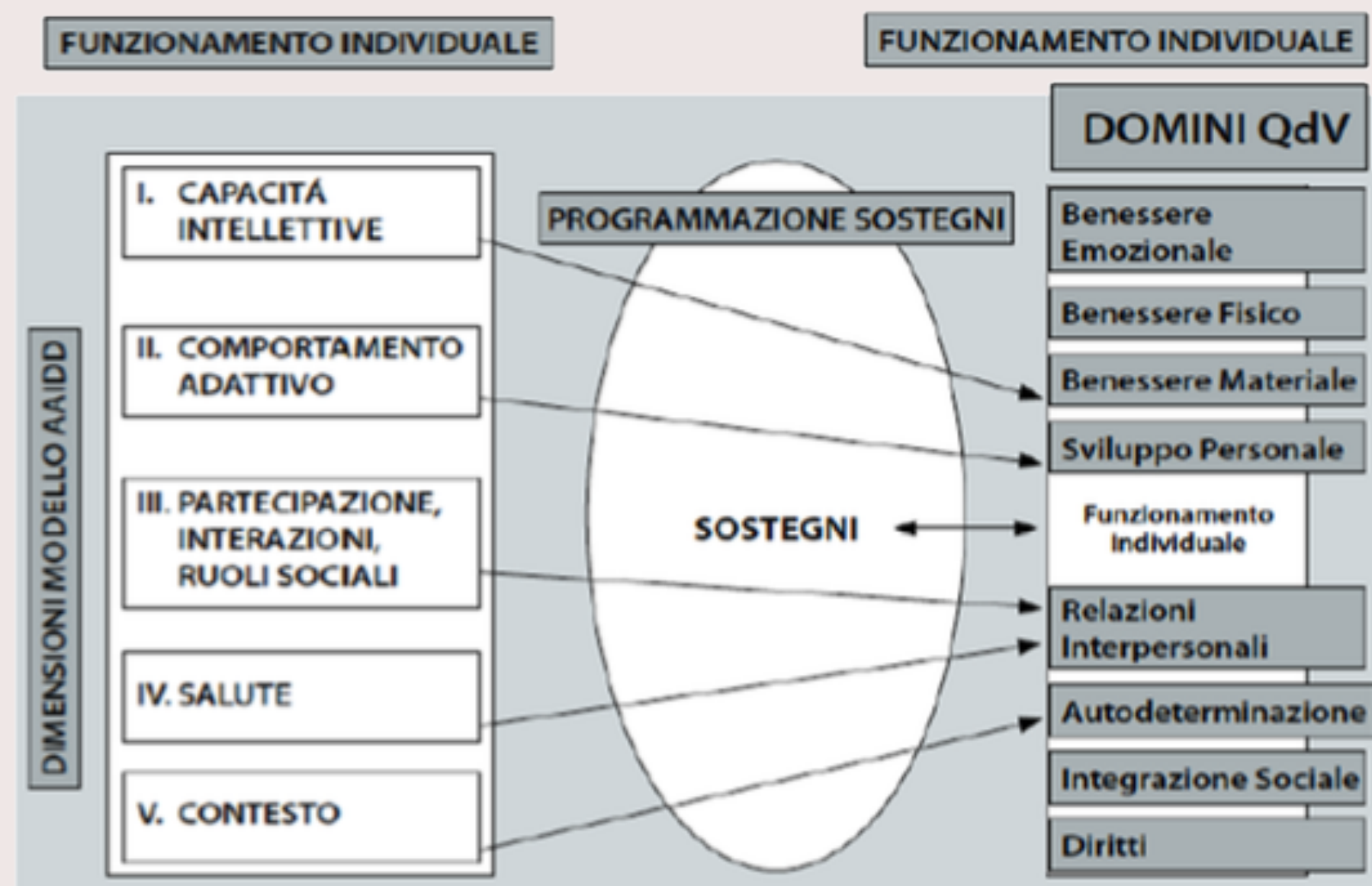
# Il Progetto Personalizzato

## Programmazione dei sostegni



Il progetto personalizzato è definito assicurando «la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità tenendo conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze e prevedendo il suo coinvolgimento pieno nel successivo monitoraggio e valutazione». Occorre infatti che venga definitivamente acquisita la consapevolezza che **autodeterminazione** e **autorappresentanza** non sono elementi opzionali ma **diritti della persona** da rispettare anche quando questa abbia una disabilità complessa che necessiti di alti livelli di sostegno.

Il progetto dei sostegni o progetto personalizzato è la traduzione in un arco temporale ristretto, un anno solare, del Progetto di Vita.



È condiviso dai diversi attori coinvolti, ed è il punto di riferimento per tutta l'equipe se la persona con disabilità ha nel suo Progetto di Vita di frequentare servizi socio-assistenziali tradizionali. Il programma personalizzato deve rappresentare la piena operazionalizzazione delle mete definite del Progetto di Vita da cui deriva. È redatto tenendo conto della storia personale della persona con disabilità, del livello del funzionamento, dei bisogni di sostegno, dei desideri e aspettative ma anche delle reali condizioni di fattibilità e sostenibilità necessarie per attuarlo. È fondamentale che siano esplicitati gli obiettivi che si è scelto di perseguire e che possano essere misurati, e laddove possibile, deve essere prevista una valutazione tramite strumenti riconosciuti e validati scientificamente. Ogni obiettivo deve essere definitivo prevedendo condizioni, criteri, indicatori di processo ed esito, e le strategie operative e le tecniche che vengono messe in atto per raggiungerlo.



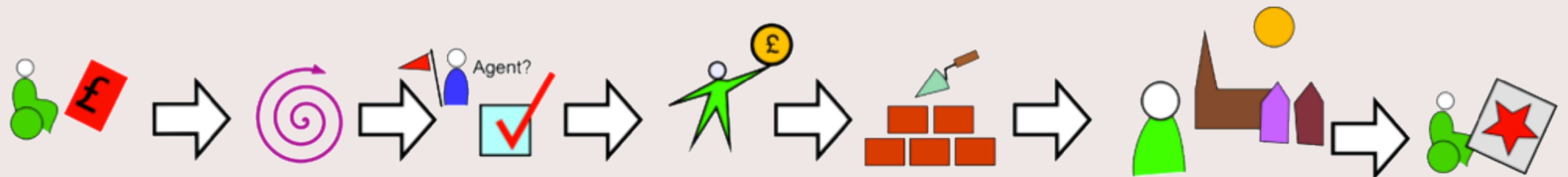
# Il Budget di progetto (1)

## Una definizione



Il budget di salute è stato definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale *"strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale"*. I progetti terapeutici riabilitativi individualizzati (PTRI) interessano infatti l'area sanitaria e sociale ma anche quella riferibile ai diritti individuali e di cittadinanza (apprendimento, habitat sociale, formazione e lavoro, affettività e socialità), nella logica della centralità della persona e del valore della comunità.

*Poiché strutturato sui bisogni della persona, il budget di salute si caratterizza come uno strumento flessibile, non legato ad un tipo particolare di servizio/intervento o ad uno specifico erogatore.*



Decido sul mio denaro

Faccio il mio piano

Ottingo il mio piano

Organizzo i miei soldi

Organizzo i miei sostegni

Vivo la mia vita

Vedo come funziona

# Il Budget di progetto

## Ricomposizione delle risorse



Il Budget di salute, o *Personal Budget* in consolidate sperimentazioni in diversi paesi europei, rappresenta una possibilità gestionale innovativa per favorire la domiciliarità, capace di riconfigurare il sistema di offerta di servizi interventi sociosanitari a partire dalla persona con disabilità e dalla famiglia, facendo perno sulle loro capacità di autodeterminazione e sulla possibilità di personalizzare l'assistenza in base alle proprie esigenze: di salute, cura, riabilitazione, abitative, occupazionali e relative alla socialità.

Per l'implementazione del budget di salute è necessario costruire percorsi integrati tra istituzioni e tra organizzazioni (pubbliche e private, sociali e sanitarie) nei diversi contesti sociali. E questo richiede uno spostamento consistente dalla logica prestazionale verso una progettualità che riguarda nel caso della disabilità la persona, la famiglia e i servizi. Ma spesso il **progetto personale** (o “individuale”, come dice la legge 328) da strumento di supporto diviene l'obiettivo ultimo verso cui si orienta il lavoro con le famiglie e la persona con disabilità. In questa interpretazione il lavoro si concluderebbe dunque una volta per tutte con la definizione del progetto. Le situazioni specifiche, personali e familiari, pongono tuttavia una serie di problematiche complesse e connesse tra loro, rendendo difficile una presa in carico risolutoria proprio perché i bisogni stessi sono mutevoli per definizione.

Un presupposto applicativo è la **ricomposizione delle risorse professionali ed economiche** in termini di prestazioni e servizi. Si tratta di comprendere l'equilibrio nella responsabilità di gestione tra risorse pubbliche e private, regolando quanto sia opportuno e possibile lo spostamento del baricentro decisionale verso la persona con disabilità e/o i familiari.

E' attualmente un tema aperto, rilanciato proprio dalla Legge 112 che incrementa le risorse a disposizione dei Comuni per la realizzazione di progetti di vita autonoma delle persone con disabilità (grave) e dà indicazioni sulla necessità di costruire budget integrati con risorse pubbliche, private e comunitarie, elementi fondamentali per costruire progetti sostenibili nel tempo.



# Il Budget di progetto

Integrare - Collegare



L'area della salute mentale in Italia ha per prima sperimentato il budget di salute. Alcune evidenze possono essere trasferite ad altre aree di intervento, nell'idea che l'*asset* strategico centrale di sviluppo del budget possa essere **l'integrazione** (in primis sociosanitaria) tra diverse organizzazioni, istituzioni e risorse. Il progetto personalizzato è lo strumento di lavoro e di connessione tra saperi tecnici e domande/bisogni delle singole persone e delle famiglie ed è spesso legato a una fase del ciclo di vita o a un momento preciso coincidente con uno specifico problema emergente (per es. la transizione alla maggiore età).

In tema di integrazione tra sociale e sanitario occorre superare la tensione tra due poli: la sanitarizzazione del bisogno, da un lato, e l'assistenza poco orientata alla progettualità, dall'altro. Il budget può considerarsi come strumento strategicamente interessante che consente di “sconfinare” in mondi vitali come il lavoro, la casa, la formazione, la socialità.

Del budget di salute pensato a sostegno di un progetto personale hanno dato prova di poterne fruire persone che necessitano di percorsi integrati richiedenti, unitariamente, prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, vale a dire “prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione e con particolare rilevanza terapeutica”, contemplate nei LEA e riferite alle aree materno-infantile, anziani, **disabilità**, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative (art.3 septies del Decreto legislativo 229/99).

Il modello budget di salute impiegato nella cogestione degli interventi sociosanitari integrati non sostituisce, ma al contrario integra, potenzia e rende più efficace **la presa in carico degli utenti da parte dei Servizi Pubblici**.

# Il Budget di progetto (3)

## Capacità di ascolto - Ricomporre o riconvertire risorse



Le esperienze realizzate in Italia hanno evidenziato che la capacità di ascolto rappresenta un'esigenza non solo da parte delle famiglie e delle persone con disabilità, ma anche da parte degli operatori. Usare la prospettiva del budget di salute vuol dire partire dalle domande delle persone per costruire progetti inediti, non fermandosi a ciò che il sistema può dare nella logica comune del collocamento presso una determinata unità d'offerta, ci si orienta invece verso l'integrazione di diversi "sistemi" e diversi interventi (abilitativi, riabilitativi, educativi, sociali, inclusivi) superando la logica prestazionale. Alcune esperienze di coprogettazione che coinvolgono famiglie e servizi rappresentano ambiti innovativi di progettazione integrata, perché mettono al centro l'ascolto reciproco, riducendo l'attesa e la pretesa di soluzione da parte di un solo soggetto (spesso i servizi, che devono trovare "la soluzione"). Le risorse organizzative, professionali e finanziarie possono assumere portate differenti se ricomposte ex-post o riconvertite, se sommate o riprogrammate sulla base di un obiettivo strategico condiviso. Bisogna quindi chiarire se si vuole puntare (solo) a de-istituzionalizzare le persone assistite, rimodulando l'utilizzo di flussi finanziari consolidati, oppure si ambisce a incidere sul piano della prevenzione/promozione in ottica di welfare comunitario e generativo.

L'esperienza del budget di salute mostra alcuni aspetti interessanti: le risorse pubbliche, sanitarie, allocate per la residenzialità protetta diventano budget senza subire alcuna riduzione. La valutazione e la progettazione sono un ambito di co-costruzione che coinvolge l'**Ente Locale**, il **terzo settore** (gestore), **azienda sanitaria** (responsabile del progetto riabilitativo/abilitativo) e **persona con la sua famiglia**.

Il primo esito è l'indicazione di un livello di intensità che dà conto delle risorse allocabili per la specifica situazione e lo specifico progetto, il gestore si assume la responsabilità di sostenere il progetto dando opportunità e mettendo a disposizione risorse.

Le risorse sono riconvertite per un utilizzo differente e più appropriato.



# Il Budget di progetto (5)

**Diritto a possibilità flessibili - Ruoli professionali - Condizioni di sviluppo**



Se è vero che alcune delle condizioni necessarie per costruire progetti personali e budget di salute è la condivisione di strumenti e risorse tra persone/famiglie e servizi, è pur vero che è necessario e importante pensare ad una figura che svolga la funzione di garante nel sistema complessivo, una persona o un soggetto che abbia chiaro il proprio ruolo e che sia in grado di svolgerlo nell'ottica della cooperazione e della fiducia reciproca. Il **case manager** potrebbe essere un mediatore, un coach, un amministratore oppure il responsabile del budget. Occorre riflettere ancora sul ruolo di questa figura professionale, oggi poco rintracciabile come chiaro e magari unico riferimento per la persona e la famiglia. Occorre pensare alle funzioni di coordinamento, come snodo della relazione tra famiglia/persona e servizi, e alla gestione che gli operatori possono assumere in un'ottica progettuale.

Quattro condizioni “protettive” e facilitanti possono guidare referenti dei servizi, persone con disabilità, familiari e comunità locali intenzionati a implementare lo strumento del budget di salute o comunque a rendere sostenibile e fattibile il progetto personale di vita delle persone con disabilità:

- 1. un'adeguata governance con necessaria copertura istituzionale (anche normativa);**
- 2. una strategia delle alleanze e una logica di co-progettazione;**
- 3. un sostegno alla libertà di scelta, come capacità e possibilità reale;**
- 4. la possibilità di riconvertire le risorse pubbliche, integrarle con quelle private e comunitarie, superando le resistenze dei portatori di interesse.**

# Il Budget di progetto (8)

## Prospettive future



Gli approfondimenti realizzati in questi ultimi due anni hanno messo in luce che l'applicazione del budget di salute può essere più sostenibile e realizzabile in contesti piccoli, per esempio a livello di distretto socio sanitario. Le stesse associazioni delle persone con disabilità richiamano ad un'attenzione specifica affinché il budget di salute non si tramuti in budget di cura “a vita”: la prospettiva è infatti fortemente centrata sulla possibilità di realizzare una maggiore autonomia e indipendenza nelle scelte della vita. La presenza di linee guida che delineano i percorsi di accesso, valutazione e presa in carico non basta, occorrono verifiche lungo i percorsi assistenziali in modo che vengano rispettati alcuni passaggi fondamentali, considerando e coinvolgendo, ove opportuno, i familiari.

In questa fase l'attenzione di ricerca si orienta verso l'attuazione della legge 112, verso quanto le regioni hanno assunto e deliberato e verso possibili utilizzi di budget con un forte orientamento progettuale (**budget di progetto**).

Quali sistemi di governance potranno essere istituiti vista la responsabilità gestionale degli ambiti territoriali e dei piani di zona?

Quali orientamenti, requisiti, criteri di accesso prevarranno e, infine, quale ruolo potranno assumere famiglie, associazioni e persone con disabilità per costruire progettualità che seguano la temporalità, i desideri e i problemi presenti nella vita delle persone?



# Il Budget di progetto

Legge di conversione del “Decreto rilancio”



**Il sistema operativo Budget di Salute ora è anche Legge nazionale!**

Lo sancisce la legge di conversione **17 luglio 2020**, n. 77 del decreto-legge **19 maggio 2020**, n. 34 (c.d. **Decreto Rilancio**) Comma 4-bis, che potremmo descrivere così:

*“ [...] per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, è necessario attivare la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il **budget di salute** individuale e di comunità”.*

# Il Budget di progetto

## Esperienze regionali



*Diverse regioni hanno adottato il budget di salute quale strumento integrato di gestione degli interventi socio- sanitari, più precisamente:*

**Lazio:** art. 53 della legge regionale 11/2016 che impegna la Regione ad adottare una metodologia di integrazione sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da budget di salute, costituito dall'insieme di risorse economiche, umane e professionali necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale del soggetto assistito.

**Friuli Venezia Giulia:** art. 41 della legge regionale 6/2006 istitutivo del Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine, rivolto al finanziamento di prestazioni e interventi diretti al sostegno della domiciliarità di soggetti non autosufficienti. Nel Fondo confluiscono risorse regionali e nazionali, nonché risorse provenienti dalla fiscalità generale ed eventuali risorse di altri soggetti pubblici e privati. Alla ripartizione tra gli enti gestori del Servizio sociale dei Comuni si provvede secondo criteri stabiliti con regolamento regionale, tenendo conto dei dati demografici e dei fabbisogni espressi dal territorio.



# Il Budget di progetto

## Esperienze regionali



**Campania:** art. 46 della legge regionale 1/2012 che disciplina e definisce i progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con budget di salute (meglio precisati dalle Linee guida regionali DGRC 483 del 1° ottobre 2012), con la finalità di promuovere la centralità e la partecipazione dei cittadini, con forme di cogestione di percorsi di cura e riabilitazione, caratterizzate dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati.

**Emilia Romagna:** DGR 45/2016 Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi. Il budget di salute, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie, è attivato per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità, interventi relativi all'abitare e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale con la finalità di contrastare e, se possibile, prevenire, la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali.

**Sicilia:** Il Piano socio sanitario del 2017 prevede il budget di salute e le indicazioni per l'elaborazione e la gestione dei progetti di vita individualizzati e di vita indipendente.

**Toscana:** DGR n. 1449 del 19 dicembre 2017, in particolare l'Allegato A, che definisce un modello sperimentale regionale di presa in carico della persona con disabilità, da attuare attraverso il Progetto di vita e l'introduzione dello strumento organizzativo-gestionale denominato budget di salute.

# Il Case Manager

## Una ipotesi operativa



Il **Case manager**, nel progetto di vita personalizzato, è un punto di riferimento che fa da raccordo tra la persona e i suoi familiari e le istituzioni coinvolte. Ha il compito di:

1. attivare una strategia per promuovere il coordinamento con l'obiettivo di garantire l'integrazione tra i servizi e la continuità dell'assistenza;
2. promuovere la gestione integrata dei progetti con il supporto dell'équipe professionale.

### Il Case manager:

1. supporta e facilita la persona e/o la famiglia nelle decisioni da intraprendere nelle varie fasi del percorso e nelle scelte da fare;
2. facilita l'accesso alle risorse del sistema sociosanitario e ai servizi disponibili;
3. collabora con il MMG/ PLS e con i servizi territoriali perché sia garantita la continuità assistenziale;
4. si fa promotore della formazione/informazione della persona utili alla realizzazione del Progetto di vita, garantendo così un ruolo pro-attivo della persona in ogni fase del percorso di presa in carico.

Il Case manager individuato in sede di definizione del Progetto di vita, può essere una figura sia sanitaria che sociale, scelta sulla base delle caratteristiche dei bisogni della persona; partecipa attivamente alla seduta della UVM e i suoi compiti sono quelli di seguire l'attuazione del progetto in tutte le sue fasi, essere il referente organizzativo per la persona e i suoi familiari, avere il ruolo di facilitatore e verificatore sulla concreta attuazione dei percorsi progettati, nonché garantire la continuità del Progetto di vita nelle diverse fasi.



# Il Case Manager

## Un problema aperto



### Individuazione del “Case Manager”:

A fronte della maggiore conoscenza delle peculiarità del caso da parte del Soggetto Inviante, in fase di UVM, si ipotizza che sia quest'ultimo a suggerire la figura del “case manager”. Suddetta proposta verrà condivisa in fase di UVM con l'obiettivo di formalizzare la medesima figura.

Da più parti si evocano i **case manager** come operatori di riferimento per il singolo e la famiglia in grado di sostenere queste progettualità. Se il case manager è un operatore legato ad un'istituzione o ad una organizzazione può essere per lui faticoso sviluppare conoscenze e competenze di coordinamento e gestione della rete, reale o potenziale, attorno alla famiglia e alla persona. Oggi nelle scelte e decisioni delle famiglie intervengono però dati ed elementi informativi non sempre provenienti dal mondo dei servizi. Spesso le famiglie si aprono varchi, in autonomia o con il sostegno del mondo associativo, e organizzano le proprie progettualità fuori dal sistema dei servizi, soprattutto nelle fasi di transizioni (per esempio al compimento del 18esimo anno di età). Il case manager deve quindi assumere che anche le famiglie si informano attraverso canali propri e spesso tendono a definirsi self-funder, famiglie che fanno da sé.

La funzione di case management poc'anzi richiamata appare componente imprescindibile nei modelli organizzativi-gestionali analizzati, collocabile lungo un continuum tra ottica prestazionale (si pianifica per rispondere a una domanda specifica) e ottica progettuale (si considera la persona con disabilità un soggetto da esplorare con il quale collaborare e cooperare).

Oggi le famiglie si informano e decidono utilizzando diversi canali, pubblici o privati, formali o informali.

Quali ruoli e competenze potrebbe assumere il case manager nel caso venisse chiamato a gestire un budget di salute?

# Conclusioni



Quindi in estrema sintesi è obbligo di legge che tutti i servizi territoriali , in una prospettiva di Welfare di prossimità e generativo, debbano:

- attuare una piena integrazione socio-sanitaria;
- promuovere in coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio (co-progettazione e co-gestione con istituzioni, volontariato locale, enti di Terzo Settore);
- ridurre le scelte di istituzionalizzazione;
- favorire la domiciliarità;
- ricorrere a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità.

E quale necessario corollario:

- presa in carico precoce da parte del servizio pubblico;
- valutazione multidimensionale;
- progetto di vita personalizzato partecipato e condiviso;
- sistema valutativo periodico degli esiti.

Tutto questo ci porta con urgenza ad abbandonare quel sistema organizzativo dei servizi territoriali basato sulla ristretta analisi settoriale dei bisogni (e spesso ridotto a sequenza di prestazioni settoriali con un approccio esclusivamente riparatorio) e passare ad un'organizzazione che - rispetti la persona nella sua interezza e promuova e favorisca l'esigibilità dei diritti sociali: il diritto all'istruzione e all'espressività - Il diritto alla formazione e al lavoro - Il diritto all'abitare - Il diritto alla salute – il diritto all'inclusione per un positivo ruolo sociale. (F. Giancaterina)



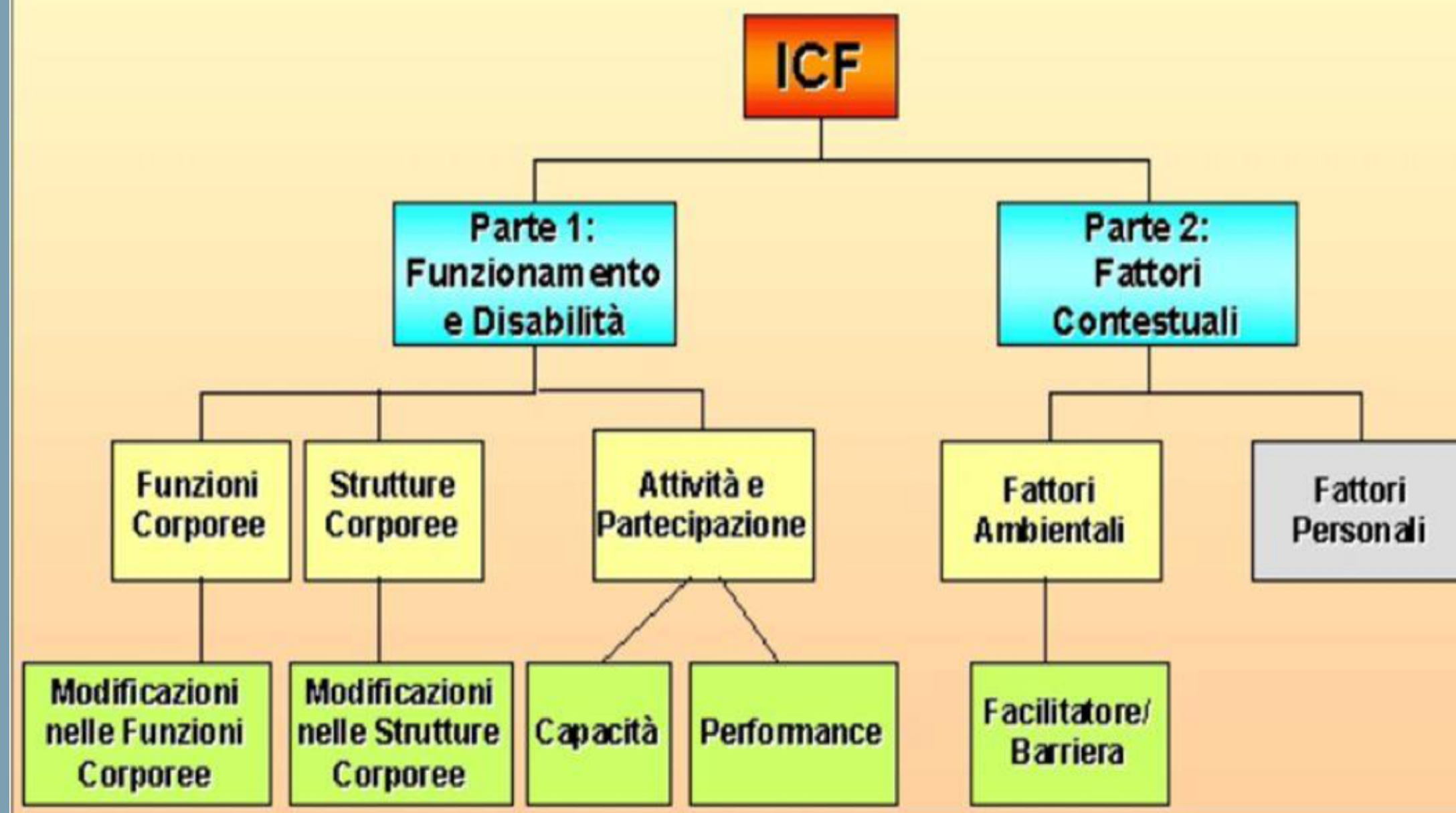
**Grazie  
dell'attenzione**



# ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento , della disabilità e della salute



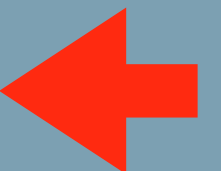
## Struttura dell'ICF



A diciannove anni dalla prima e dopo due aggiornamenti, nei giorni scorsi l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato la seconda edizione dell'ICF, la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, nella quale è confluita anche la versione per bambini/ e e ragazzi/e, approvata nel 2007. La notizia è importante, perché è stato proprio l'ICF, nel 2001, a mettere a fuoco la relazione fra la condizione salute e l'ambiente, cambiando il modo stesso di pensare al funzionamento e alla disabilità.

Il 19 ottobre scorso l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha pubblicato la seconda edizione dell'ICF (WHO DAS 2.0), la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. La nuova edizione arriva a diciannove anni dalla prima, pubblicata nel 2001 e dopo due aggiornamenti.

Nell'ICF 2020 confluisce anche la versione per bambini ICF-CY, approvata dall'OMS nel 2007. In tal modo, essendo stata inserita nella revisione la maggior parte dei codici relativi a bambini e ragazzi, ora l'intera durata della vita è coperta dall'ICF.





# ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento , della disabilità e della salute



Ma perché questa pubblicazione è una notizia? Perché è il frutto di un lavoro importante e perché viene data al mondo una classificazione standard per codificare il funzionamento. Ovviamente tutto è perfezionabile, ma intanto si dispone di una seconda edizione dell'ICF ed essa diventa il punto di riferimento per i Governi di tutto il mondo che, volendolo, possono standardizzare la raccolta di dati sul funzionamento, una cosa che avviene in pochissimi Paesi ad oggi. In Italia, ad esempio, molte leggi prevedono l'uso dell'ICF per la valutazione: basti pensare solo al Decreto Legislativo 66/17 per l'inclusione scolastica.

Potrà dunque sembrare una notizia forse da addetti ai lavori, ma tornare a parlare di funzionamento è importante, perché il funzionamento come concetto entrerà sempre più nei sistemi sanitari, dal momento che sempre più persone hanno malattie croniche e la classificazione delle patologie, con la diagnosi, aiuta, ma non è sufficiente a descrivere la realtà.

Basti pensare a venticinque bambini con la sindrome di Down: la diagnosi è la medesima per tutti, ma il funzionamento è diversissimo. Avere una classificazione per il funzionamento permette di ragionare in termini più aderenti alla realtà. E anche la pandemia aumenterà i malati cronici nel mondo di qualche milione di persone; quindi il funzionamento sarà ancora più importante: molte persone, infatti, saranno guarite dal Covid, ma resteranno dei problemi di funzionamento.

Tenere alta l'attenzione sul funzionamento ci aiuta a non medicalizzarci troppo. In un momento in cui la Sanità si restringe alla diagnosi e in cui tu sei la diagnosi che hai, mettere l'accento sul funzionamento significa mettere l'accento sulle persone al di là della diagnosi. Non c'è solo la diagnosi, ma il fatto che ogni persona vive in un contesto che è facilitatore oppure barriera. E se le diagnosi non si possono cambiare, le barriere del contesto si possono sempre abbattere.

In sostanza, l'ICF, mettendo a fuoco la relazione fra la condizione salute e l'ambiente, ha cambiato il modo stesso di pensare il funzionamento e la disabilità.



# Articolo 3-septies - D.Lgs. 229/1999



## Art. 3-septies (Integrazione sociosanitaria)

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.
2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:
  - a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
  - b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.
3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.
4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, **handicap**, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.
5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.
6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.
7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e il Ministro per la funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.
8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3-quinquies, comma 1, lettera c), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.





# BIBLIOGRAFIA



- Righetti Angelo, I Budget di Salute e il Welfare di Comunità, 2013, Laterza
- Starace Fabrizio, Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di Salute. 2011, Carocci
- AA.VV., Soggetto, persona, cittadino. Il Budget di salute. Esperienze in Emilia-Romagna, 2019, Alpha Beta
- AA.VV., Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, 2003, Giuffré Editore

# SITOGRAFIA

- Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni - a cura di Emanuele Ranci Ortigosa - I Quid in Prospettive Sociali e Sanitarie.
- “Dopo di noi” Amministratore di sostegno gli strumenti per sostenere le fragilità sociali. - Consiglio Nazionale del Notariato.
- Convenzione della Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità - ONU
- Legge 22 giugno 2016, n. 112 - *“Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”*.
- DPR 12 ottobre 2017 - *“Adozione del secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità”*
- Regione Emilia Romagna - D.G.R. 20 ottobre 2015, n. 1554 *“Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute.”*

# NORMATIVA



- Convenzione della Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità - ONU
- DLgs 19 giugno 1999, n. 229 - *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’arti. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”.*
- Legge 22 giugno 2016, n. 112 - *“Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”.*
- DPR 12 ottobre 2017 - *“Adozione del secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità”*
- Regione Lazio - D.G.R. 25 gennaio 2018 - *“Adozione dello strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l’ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale”.*
- Regione Lazio - D.C.A. 24 dicembre 2012, n. 431 - *“La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio”.*
- Regione Lazio - D.C.A. 1 ottobre 2014, n. 306 - *“Adozione della Scheda S.Va.M.Di. per la valutazione delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale per l’accesso alla residenziali, semiresidenzialità e domiciliarità”.*
- Regione Emilia Romagna - D.G.R. 20 ottobre 2015, n. 1554 - *“Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del budget di salute.”*
- Regione Toscana - D.G.R. 19 dicembre 2017, n. 1449 - *“Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di vita.”*