



PERCORSI

PER LA REVISIONE DEL SISTEMA DI ACCESSO,
VALUTAZIONE E CERTIFICAZIONE DELLA
CONDIZIONE DI DISABILITÀ

[DOCUMENTO DI LAVORO IN PROGRESS]

Circa le questioni in parola ci rifacciamo alle analisi, alle premesse e alle indicazioni generali espresse nel Capitolo 3 – Linea di intervento 1 *“Revisione del sistema di accesso, riconoscimento/certificazione della condizione di disabilità e modello di intervento del sistema socio-sanitario.”* del Decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013 recante *“Adozione del programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità.”*

L’intento è quello di ridisegnare un percorso che sia sostenibile ed efficace/efficiente nell’interesse dei diritti delle persone con disabilità ma anche della qualità del sistema di protezione sociale attuale e futuro, capace di promuovere e migliorare l’equità e la trasparenza delle valutazioni.

Perseguire tale intento comporta evidenziare le attuali criticità, ma in modo volutamente sintetico ritenendone ampiamente condivisa la considerazione, e da queste profilare soluzioni che incidano radicalmente sul sistema e sui processi anche con effetti sui costi di gestione del sistema attualmente notevolmente sovradimensionati.

Tali azioni, per poter puntare al successo, comportano una convergenza di azione di diversi attori (Ministero, Regioni, INPS) ma anche la intrinseca collaborazione di diversi sistemi (sociale, sanitario, scolastico, servizi per l’impiego...) oltre al confronto con le associazioni delle persone con disabilità e con le competenze ed esperienze dei patronati sindacali.

Non va dimenticato che attualmente il riconoscimento dei due diversi status di minorati civili e di persone con handicap (L. 104/1992) generano – in maniera spesso confusa – benefici diversi da quelli della mera erogazione di provvidenze monetarie assistenziali, quali ad esempio l’accesso ad agevolazioni fiscali e ad agevolazioni lavorative. Parallelamente alla costruzione di nuovi modelli di valutazione/accertamento, quindi, è da redigere una regolamentazione che renda omogenee la nuova criteriologia con l’accesso a tali benefici. A ciò si aggiungano i percorsi che discendono dalla legge 68/1999 (collocamento mirato) e quelli previsti per la condizione di “alunno con handicap”, ciascuno con i propri specifici passaggi valutativi.

Parimenti – per concludere le premesse generali – il nuovo sistema di valutazione deve essere in grado di graduare la condizione di disabilità e/o definire criteri per l’accesso a servizi e benefici (soglie) sulla base di limitazioni nella attività in aree specifiche di funzionamento (ad esempio necessità di assistenza per le limitazioni nello svolgimento degli “atti quotidiani delle vita”).

La sintesi delle criticità

Iniziamo quindi dall'elenco sintetico delle *criticità* alcune delle quali sono, ovviamente fra loro connesse, pertanto la suddivisione ha il solo scopo di offrire maggiore scorrevolezza nella lettura.

Frammentazione e separazione degli status:

di fatto in Italia sussistono due modalità e due percorsi di accertamento (handicap e minorazione civile) la cui superflua sovrapposizione è rimarcata da anni (già la legge 335/1995 ne prevedeva la "fusione"). A tali percorsi se ne aggiungono altri quali quello relativi alla legge 68/1999, quello richiesto per la condizione di alunno con handicap, quelli attivati a livello regionale per la "non autosufficienza".

Modalità di valutazione/accertamento superate:

molto si è espresso in termini critici della attuali modalità "tabellari" di valutazione delle minorazioni civili, che trovano il loro fondamento sulla inabilità lavorativa generica, sugli output percentualistici poco spendibili in termini di progettazione e, per quanto finalizzati al *cut off* per l'accesso o meno a determinate prestazioni, spesso molto dubbi in termini di equità e effettiva rappresentazione della condizione della persona anche e soprattutto in termini di capacità lavorativa. Di fatto – scientifica o meno che la si possa ritenere – la modalità è poco funzionale alla elaborazione di politiche e servizi, alla individuazione delle particolari necessità di supporto o di presa in carico o di progettazione individualizzata, alla calibrazione e alla ponderazione degli interventi, alla costruzione di politiche di *long care term o*, ultimo ma non ultimo, alla realizzazione di interventi inclusivi.

E mentre per le minorazioni civili è previsto un articolato sistema di valutazione tabellare, per la condizione di handicap è del tutto assente una criteriologia condivisa che consenta con nettezza di individuare la condizione cosiddetta "gravità".

Inefficacia in termini progettuali:

il complesso sistema di gestione degli accertamenti e i suoi esiti sono inefficaci e superflui ai fini della progettazione individuale, ma anche, più banalmente, per l'accesso a prestazioni garantite a livello regionale (si pensi agli assegni di cura, ma solo a mo' di esempio). Ciò ha generato ambiti di valutazione supplementare a quelli della minorazione civile e dell'handicap realizzati a livello regionale (Unità di valutazione multidisciplinare) che hanno a loro volta adottato criteri di valutazione propri non omogenei o sovrapponibili.

Una scelta questa resa necessaria dalla inadeguatezza dei sistemi di valutazione legati alle normative nazionali ma che aumenta gli oneri a carico del cittadino e la spesa pubblica, in uno scenario in cui due momenti di valutazione/accertamento non comunicano fra loro.

Costi di gestione:

i verbali di invalidità e di handicap sono emessi in prima istanza dalle Commissioni ASL (6 componenti) e poi verificati da omogenee Commissioni INPS. Le revisioni sono in capo alle Commissioni INPS. Va detto che nella quasi totalità delle regioni i componenti medici delle Commissioni ASL percepiscono un "incentivo" o un "gettone" variamente disciplinato. Vi sono poi da imputare tutte i costi amministrativi in capo all'INPS e in capo alle ASL. In termini di spesa complessiva e di impegno di risorse professionali il sistema rappresenta un costo decisamente sproporzionato rispetto agli output prodotti. A questi costi si aggiungono quelli

delle verifiche a campione e dei piani straordinari (1.250.000 verifiche fra il 2009 e il 2015). Anche in questo caso oltre ai costi per il personale medico vanno computati i costi amministrativi e quelli legati ad un imponente contenzioso. Il fatto stesso che si sia ritenuto di dover reiterare piani straordinari di verifica dimostra con tutta evidenza che si ritiene – implicitamente – il sistema di valutazione e accertamento poco affidabile nonostante la mole di personale coinvolto.

Tempi di attesa:

nonostante recenti interventi di semplificazione amministrativa, rimane cronica la questione dei tempi medi di attesa per l'accertamento e per la successiva eventuale concessione delle provvidenze economiche. Senza aprire il tema della responsabilità dei diversi colli di bottiglia, va rammentato che il percorso vede il coinvolgimento da un lato delle ASL e dall'altro di INPS. Ulteriori tempi dilazionati vanno considerati per l'aspetto del contenzioso in giudizio che, peraltro, è un fenomeno numericamente imponente e dai costi (siano essi a carico del cittadino o della collettività) di dimensione enorme derivante da centinaia di migliaia di cause ogni anno.

Dispersione delle responsabilità:

la scelta "collegiale" nella individuazione della percentuale di invalidità o graduazione dell'handicap, se da un lato dovrebbe comportare una competenza multidisciplinare, dall'altro rende molto più rarefatta l'individuazione delle responsabilità, l'imputabilità dei risultati operativi, il monitoraggio sugli esiti operativi e il conseguente uso di indicatori. Rimane il dubbio insoluto se la scelta di giudizio collegiale sia sempre così necessario ed efficiente a prescindere dalla casistica o possa, invece, ritenersi sovradimensionato in molte situazioni di assoluta evidenza clinica.

Sottovalutazione epidemiologica/anagrafica:

i dati derivanti dal Bilancio sociale INPS e dalle elaborazioni ISTAT indicano che circa il 50% del titolari di indennità di accompagnamento siano persone con più di 80 anni. La percentuale sfiora il 75% se si abbassa la soglia di osservazione ai 65 anni di età. Va ricordato che nel caso degli ultra65enni le Commissioni sono chiamate a stabilire se sussistano o meno le condizioni per la concessione dell'indennità di accompagnamento oppure – solo ai fini di eventuali prestazioni di natura sanitaria – se ci siano persistenti difficoltà a svolgere gli atti quotidiani della vita. È da ritenere – prudenzialmente – che almeno il 60% delle sedute di valutazione riguardino persone con più di 80 anni con una netta ed evidente prevalenza di patologie tipiche della terza età.

In realtà il sistema non tiene in considerazione tale evidenza epidemiologica e non separando i percorsi non coglie l'opportunità di rendere più efficiente la valutazione prevedendo il coinvolgimento dei servizi territoriali. Da ciò derivano probabili dispersioni di risorse economiche ed umane ed un appesantimento dell'intero sistema.

Il percorso (e le commissioni) è il medesimo per i minori, gli adulti, gli anziani senza distinzioni che differenzino le peculiarità, valorizzino le specifiche competenze, rendano più agile l'intero sistema, consentano formazione specifica a favore della omogeneità e trasparenza valutativa.

Gli assi di intervento e risultati attesi

Asse 1

Il primo asse è, innanzitutto, quello dell'*unificazione di tutti i momenti valutativi di base* attuali (minorazione/handicap) ricomponendo le valutazioni di base in un unico percorso con una sola criteriologia e con esiti (classi, fasce, livelli che dir si voglia) unificati. Ma è anche quello della semplificazione dei processi, dell'abbreviazione dei tempi di attesa. L'unificazione non comprende solo l'invalidità e l'handicap, ma include anche la valutazione ai fini della legge 68/1999 e quella di alunno con handicap.

L'impatto atteso è rispetto ai tempi e agli oneri del cittadino, ma anche nella diminuzione di costi e degli oneri a carico dell'Erario e della Pubblica amministrazione, oltre che in una semplificazione nella lettura stessa dei verbali prodotti.

Asse 2

Il secondo asse mira a disgiungere la *valutazione di base* (cui ci si riferisce al punto precedente) cioè quella strettamente necessaria ad individuare uno status che dà diritto a prestazioni di servizi o monetarie di rilievo nazionale e a benefici fiscali o lavorativi (es. permessi ex art. 33 legge 104) dalla *valutazione multidimensionale* legata ai progetti individualizzati o all'accesso a prestazioni più strettamente regionali.

Ciò consente di specificare e specializzare la valutazione multidimensionale a seconda anche dei servizi regionali specifici, evitando di renderla particolarmente complessa o gravosa laddove tali servizi/prestazioni sono più carenti e di specializzarla in funzione di particolari servizi o necessità. Ciò è reso più efficace anche usando le risorse liberate dalla valutazione di base (che diviene monocratica).

Asse 3

Il terzo asse punta a qualificare, *responsabilizzare, monitorare le competenze valutative di base*. Tale valutazione passa *da collegiale a monocratica* con l'avvertenza di disciplinare ed orientare l'uso degli strumenti valutativi, di valorizzare le relazioni con i servizi specialistici del territorio, di potenziare la tracciabilità della documentazione clinica e sanitaria, di uniformare almeno per le patologie minorazioni più frequenti i test o le batterie di test o scale obbligatoriamente da usare.

La valutazione multidimensionale è invece di competenza regionale. È auspicabile – anche in chiave di ottimizzazione delle risorse, l'adozione di linee guida o di strumenti comuni, che, nella logica sopra indicata, consentano la trasparenza dello scambio informativo e la piena interoperabilità semantica delle informazioni raccolte.

Per inciso non va considerato come marginale l'abbattimento drastico dei costi che deriva da queste scelte.

Asse 4

Il quarto asse mira alla *separazione dei percorsi valutativi di base* per gli anziani (da stabilire la soglia di età), da quelli previsti per gli adulti e i minori. A ben vedere – non esistendo più le commissioni ma i medici monocratici – si tratta di differenze che risiedono nel momento diagnostico, nelle relazioni con i servizi, nelle rivalutazioni nel tempo, ma anche di formazione e specializzazione dei singoli medici monocratici.

Asse 5

Il quinto asse è quello che riguarda la *criteriologia* e gli strumenti che rendono operativa la valutazione di base. Dovrà essere privilegiato l'uso di strumenti di valutazione di riconosciuta validità sul piano della ricerca scientifica internazionale.

La strumentazione valutativa, sia pure con opportuni adattamenti legati all'età, dovrà consentire in modo trasparente e solido di:

- a) graduare le limitazioni nella attività legate alla cura della propria persona, alla comunicazione e alla realizzazione di una lista essenziale di attività della vita quotidiana come indicatore indiretto di necessità assistenziali specifiche e avendo cura che sia chiarito il legame specifico tra le limitazioni evidenziate e la condizione patologica e le menomazioni della persona (l'obiettivo è quello di riportare a criteri certi l'attuale incertezza in merito al riconoscimento dell'attuale indennità di accompagnamento – impossibilità a svolgere gli atti quotidiani della vita e non deambulazione -, ma anche riconducibile alla attuale condizione di handicap grave (art. 3 comma 3, legge 104) e, infine, di porre le base per dare fondamento all'incerto concetto di non autosufficienza anche in previsione di compiute politiche di long care term;
- b) definire un punteggio per consentire poi la definizione di soglie differenziate per l'accesso a benefici di varia natura;
- c) indicare in modo univoco le condizioni di dipendenza vitale da apparecchi elettromedicali nonché la presenza di pluriamputazioni (perdita o agenesia) degli arti;
- d) mettere in luce, attraverso procedure interne di congruenza e controllo, la coerenza del quadro di limitazioni nelle attività con la documentazione clinica e sanitaria acquisita o da acquisire; semplicità d'uso, massima valorizzazione dell'informazione raccolta in sede di visita, contenimento dei tempi di svolgimento);
- e) esplicitare gli elementi utili al collocamento mirato e richiesti ai fini del sostegno scolastico;
- f) indicare in modo esplicito la riconducibilità delle diverse situazioni a condizioni che escludono la rivedibilità.

Asse 6

Il sesto asse persegue l'esigenza di un *monitoraggio completo* dei percorsi, dell'efficienza/efficacia, della spesa legata al contenzioso, di eventuali picchi. La trasparenza dei dati è nella direzione della logica degli open data. Il monitoraggio del percorso e degli esiti trova significato sia rispetto all'attività dei singoli medici valutatori che rispetto a spesa complessiva di natura assistenziale, socio-assistenziale, socio-sanitaria e di altri benefici in combinazione con il Casellario assistenziale già esistente e in modo convergente rispetto agli obiettivi dello stesso fra i quali, ricordiamolo, vi è la possibilità di consentire la valutazione pre-post dell'impatto di politiche e servizi.

Asse 7

L'ultimo asse (per molti versi trasversale) mira ad incidere sul *contenzioso*, fenomeno imponente quanto a costi e aggravio per la giustizia civile, oltre che per il cittadino. Va rivisto e reintrodotta qualificandolo il *ricorso amministrativo*, distribuendone le competenze. I dati di contenzioso devono essere pubblici così come gli altri indicatori di efficacia, aggregati per sede INPS. Contestualmente va prevista l'abrogazione dell'accertamento tecnico preventivo (ex art. 445 bis, c.p.c.).

Gli assi in sintesi

Asse 1	Unificare i momenti e criteri valutativi di base (invalidità, handicap, disabilità, alunno con handicap)
Asse 2	Disgiungere la valutazione di base dalla valutazione multidimensionale legata ai progetti individualizzati.
Asse 3	Responsabilizzare, monitorare le competenze valutative di base. La valutazione di base da collegiale a monocratica.
Asse 4	Separazione dei percorsi valutativi di base per età (minori, adulti anziani) Attribuzione della valutazione a medici con specifiche competenze e formazione.
Asse 5	Revisione della criteriologia della valutazione di base (trasparenza, omogeneità, output chiari e graduati, verifica della congruità, semplicità d'uso)
Asse 6	Monitoraggio completo dei percorsi e trasparenza dei dati.
Asse 7	Contenimento del contenzioso e reintroduzione di modalità di ricorso amministrativo.

I Percorsi

L'avvio del percorso di valutazione

Il meccanismo del certificato introduttivo attualmente previsto come premessa alla richiesta di accertamento/*valutazione di base* può essere mantenuto ma reso più dinamico e fluido. Ricordiamo che a normativa vigente è una competenza affidata al medico prescrittore che normalmente è il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta.

Va potenziata e incentivato l'accREDITAMENTO per questa funzione (emettere il certificato introduttivo) dei medici specialisti in particolare di servizi e reparti ospedalieri (pubblici) e di allegare alla prescrizione autorizzativa già la documentazione clinica curata dal centro, servizio o reparto di competenza.

Si pensi in particolare a: i servizi/reparti di oncologia, i servizi/reparti di geriatria o centri per il decadimento cognitivo e Alzheimer, i centri di nefrologia, i centri traumatologici, i reparti di rianimazione o terapia intensiva, i centri di neuropsichiatria infantile ecc ...)

Ciò consente di rafforzare la collaborazione fra servizi e di condividere la prassi valutativa (che consente tempestività ma anche di evitare di innescare percorsi improrogabili), contare su una maggiore qualità della documentazione clinica.

La stessa facoltà va concessa anche per il certificato introduttivo legato al potenziale aggravamento delle condizioni.

Va concessa la facoltà di emettere il certificato introduttivo anche fuori comune o ASL di residenza al fine di avvalersi delle competenze del medico specialista di fiducia o, comunque, di riferimento.

In questo senso si conferma indispensabile e va integrata con una opportuna gestione documentale (in una logica di integrazione con i progetti di sviluppo "fascicolo elettronico sanitario personale") una procedura informatica nazionale di raccolta e gestione delle domande di valutazione.

Il certificato introduttivo – integrato delle poche voci di natura amministrativa attualmente previste – sostituisce la domanda di richiesta di accertamento che attualmente è un passaggio successivo a carico del cittadino e svolto normalmente dai Patronati sindacali. Sarà cura di INPS richiedere i dati aggiuntivi nell'ipotesi di concessione di provvidenze economiche.

La valutazione di base

Chi: la valutazione è svolta da un medico con funzioni monocratiche individuato da INPS preferibilmente fra i suoi medici o comunque incaricati dall'Istituto previamente accreditati a seguito di un percorso di formazione obbligatorio, strutturato e formalizzato rispetto agli strumenti valutativi e alle procedure. In ogni caso l'attività valutativa dei medici è sottoposta a monitoraggio (appropriatezza, contenzioso ecc.) approfondito nelle pagine seguenti.

I medici coinvolti nella valutazione si riferiscono a specifici elenchi interni divisi per area di età (età infantile, età adulta, terza età e – potenzialmente in futuro – anche ad altre peculiarità) e possibilmente per specialità. L'attribuzione ad uno specifico elenco consente di ottimizzare le competenze e orientare formazione e aggiornamenti.

I medici coinvolti nella valutazione di base e il loro operato sono sottoposti a monitoraggio qualitativo e quantitativo, non tanto e solo in chiave di risultati operativi, ma anche per correggere eventuali distorsioni o inadeguatezze valutative.

Dove: la valutazione viene svolta di norma presso la sede INPS di competenza territoriale; è data facoltà ad INPS di attivare convenzioni con le ASL per lo svolgimento della valutazione di base presso le loro sedi anche territoriali (per migliorare la prossimità con il cittadino).

Nei casi di intrasportabilità della persona (pregiudizio per la sua salute) l'accertamento avviene presso il domicilio dell'interessato o presso il reparto ospedaliero presso cui sia ricoverato.

Su opportune convenzioni la visita di valutazione di base può avvenire anche presso centri o reparti con particolari specialità ad alta intensità di presenza di minorazioni o affezioni invalidanti (il che consente un diretto contatto e confronto con il medico che ha redatto il certificato introduttivo e consente l'accesso diretto alla documentazione clinica o sanitaria).

Presso tali centri o servizi è possibile prescindere dalla afferenza territoriale di competenza della persona da valutare (es. ricoverato o seguito fuori ASL).

Convenzioni simili possono essere attivate anche con le Unità di valutazione multidisciplinare – di cui si parla di seguito – al fine di unificare ulteriormente i momenti valutativi e per favorire lo scambio di documentazione clinica disponibile o già acquisita.

Come: la valutazione di base comporta, l'acquisizione di documentazione sanitaria, l'anamnesi, l'esame obiettivo finalizzati all'applicazione di schemi (test, indicatori, scale) predefiniti (diversificati a seconda dell'età e del gruppo di minorazioni).

La documentazione clinica è sempre acquisita agli atti (inclusa quella allegata al certificato introduttivo come illustrato sopra). Il medico monocratico può disporre ulteriori accertamenti clinici e sospendere il giudizio fino al momento in cui ne riceve l'esito. Può inoltre prevedere successive rivedibilità dello status in particolare nei casi di patologie evolutive o ingravescenti.

Cosa: la valutazione di base si conclude con un atto che indica oltre all'anamnesi e le risultanze dell'esame obiettivo, la diagnosi e i codici nosologici, gli atti acquisiti, i test effettuati e i relativi risultati, lo status definito e il grado di disabilità riconosciuto.

Il verbale inoltre indica obbligatoriamente condizioni utili all'accesso a benefici lavorativi o fiscali, fatte salvi eventuali e plausibili interventi normativi di razionalizzazione e uniformità. Il verbale è reso in duplice versione: la prima completa di tutti i dati rilevati, la seconda con i dati maggiormente sensibili oscurati.

Il relativo fascicolo elettronico conserva tutti i dati e la documentazione acquisita, oltre che le eventuali relazioni instaurate con centri, dipartimenti, reparti, servizi pubblici nel caso specifico.

Il fascicolo e/o il verbale completo, su autorizzazione dell'interessato è messo a disposizione della Unità di Valutazione Multidisciplinare per l'eventuale valutazione multidimensionale che è obbligata a tenerne conto in sede di valutazione.

La validazione

Il verbale della valutazione di base è sottoposto a validazione da parte dell'INPS che individua il o i medici con competenze omogenee al primo valutatore.

La validazione è svolta innanzitutto sugli atti ed in particolare sull'esecuzione dei test e l'applicazione degli indicatori previsti oltre che sugli atti acquisiti.

Nel caso di incongruità al momento della validazione il medico incaricato INPS può richiedere ulteriori accertamenti o può disporre ulteriore visita di controllo. Notifica tali interventi al medico che ha eseguito la prima valutazione.

A validazione completata il verbale definitivo viene inviato all'interessato unitamente alle comunicazioni di natura amministrativa legate all'erogazione delle eventuali provvidenze economiche assistenziali.

Il ricorso amministrativo

Fatta salva la facoltà del Cittadino di avviare istanze di riesame per autotutela, è prevista la possibilità di ricorso amministrativo presso una Commissione composta da tre medici: uno di nomina INPS, uno di nomina ASL, uno indicato dall'interessato in un elenco di medici mantenuto dalle Associazioni delle persone con disabilità maggiormente rappresentative.

Il ricorso può essere attivato entro 60 giorni dalla notifica del verbale. La Commissione è tenuta ad esprimere valutazione entro 30 giorni. Di norma procede con valutazione sugli atti ma ha facoltà di nuova convocazione a visita.

Il ricorso amministrativo costituisce premessa obbligatoria per l'eventuale successivo ricorso giurisdizionale.

La rivedibilità

La rivedibilità dello status è prevista ogniqualvolta le condizioni cliniche o soggettive lascino supporre una possibile modificazione nel tempo della condizione di disabilità. Ciò sia in prospettiva di miglioramento ma anche di peggioramento (evitando così che il cittadino sia costretto ad attivare domanda di aggravamento).

La rivedibilità – in ispecie laddove si siano attivate convenzioni e collaborazioni con centri/reparti/servizi specialistici – in casi particolari può essere effettuata anche agli atti o acquisendo documentazione clinica/sanitaria direttamente dai servizi di riferimento del cittadino ed evitando in tal modo una nuova visita diretta.

Il monitoraggio

Il monitoraggio rappresenta una modalità di osservazione, analisi, rilevazione sull'intero sistema di valutazione di base ed è mirato in particolare a:

- i dati quantitativi e qualitativi relativi alle persone che hanno richiesto la valutazione di base (età, epidemiologia, tipo di certificato introduttivo, revisioni disposte ecc.) con tutti;
- i tempi di attesa e di emissione di verbale per gruppi di cittadini e per medico;
- gli esiti operativi di ciascun medico (numero visite, accertamenti disposti, riesame, validazione, contenzioso derivante da suoi accertamenti ecc.);
- la qualità/quantità di relazioni con centri/servizi/dipartimenti/reparti del Servizio sanitario nazionale;
- numero ed entità di provvidenze economiche erogate conseguentemente alle valutazioni di base;
- picchi o grappoli meritevoli di ulteriori approfondimenti
- altri elementi utili all'analisi e alla correzione o all'assestamento dei processi.

Il monitoraggio coordinato da INPS – e riservato per la parte che riguarda il proprio personale – vede il coinvolgimento delle ASL di competenza territoriale, delle Associazioni delle persone con disabilità, le organizzazioni sindacali.

Il principio è quello della massima trasparenza anche in modalità di open data.

Rispetto al processo gli elementi emersi dal monitoraggio sono la base per interventi correttivi di aggiornamento, di correzione, di informazione o di censura.

Gli elementi raccolti – in toto o in parte – è da ritenere che confluiscono nel Casellario dell'assistenza.

La valutazione multidimensionale

Come già detto la valutazione multidimensionale è di competenza regionale ed è congruente ai servizi, prestazioni, provvidenze presenti nel territorio di riferimento.

È pertanto competenza della singola regione calibrare la valutazione (strumenti, personale, indicatori, processi) in modo proporzionato a ciò che riesce o ha stabilito di garantire al cittadino con disabilità (in assenza di livelli essenziali di assistenza) fatta salva l'acquisizione e l'uso di tutte le informazioni sul cittadino già raccolte in sede di valutazione di base.

Osservando la prassi corrente la competenza tecnica della valutazione multidimensionale, e quindi della progettazione individualizzata, è da affidarsi alle note Unità di Valutazione Multidimensionale (o altrimenti definite) la cui disciplina è di ambito regionale.

Come già detto le Unità di Valutazione Multidimensionale possono stabilire convenzioni con INPS al fine di effettuare congiuntamente alla valutazione multidimensionale anche la valutazione di base.

Esse potranno accedere – su autorizzazione dell'interessato – ai verbali e alla documentazione acquisita in sede di valutazione di base.

Settembre 2015