

Ambito Territoriale di Viadana (MN)

Comuni di Bozzolo, Commessaggio, Dosolo, Gazzuolo, Marcaria, Pomponesco, Rivarolo Mantovano, Sabbioneta, San Martino dall'Argine, Viadana

LINEE OPERATIVE LOCALI “DOPO di NOI”

Ai sensi della DGR 6674 del 7/06/2017

1. Premessa

Le presenti linee operative hanno la finalità di dare attuazione, a livello di Ambito Distrettuale, al “Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave” approvato da Regione Lombardia in attuazione della normativa nazionale sul “Dopo di noi” (legge n. 112/2016 e D.M. 23/11/2016), che disciplina gli interventi relativi ai percorsi individualizzati finalizzati alla promozione dell'autonomia e della piena inclusione.

La norma, in particolare, orienta il sistema verso percorsi innovativi di presa in carico e accompagnamento del disabile e della sua famiglia che non possono prescindere dalla definizione di un “progetto di vita” condiviso con la persona e la sua famiglia e co-partecipato dalla rete dei servizi e dalla comunità locale. Particolare rilievo assume la figura del case manager che accompagna la persona in un percorso di consapevolezza e autodeterminazione e la coinvolge in relazione all'ambiente circostante, per migliorarne l'inclusione e dunque la qualità della vita.

La L. n. 112/2016 e il D.M. 23/11/2016 promuovono la realizzazione di progetti di vita che prevedono una autonomia anche abitativa e una sempre maggiore qualità della vita per le persone con disabilità grave in funzione di una piena inclusione. Il progetto di vita autonoma finanziato dalla normativa sopra richiamata prevede di poter intervenire non solo quando già mancano entrambi i genitori ma anche quando gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno, nonché in vista del futuro venir meno del sostegno familiare, attraverso la progressiva presa in carico della persona interessata.

L’“abitare dopo di noi” si caratterizza per alcuni aspetti di prioritaria importanza sui quali è opportuno attirare l'attenzione generale e degli attori della vita sociale locale in quanto portano in primo piano temi in rapida evoluzione nelle loro implicazioni culturali, sociali, di organizzazione dei servizi e delle politiche tra cui spiccano in particolare quelli sotto elencati:

- il tema della Casa e della dimensione dell'abitare come condizione ineludibile della piena cittadinanza: sono un cittadino al cento per cento se posso scegliere dove e con chi vivere senza essere costretto ad accettare sistemazioni che non ho potuto scegliere. Non sono un cittadino al cento per cento se le regole e le

norme della comunità ma anche l'organizzazione degli spazi e degli ambienti di vita della società, mi impediscono, stante le mie particolari condizioni funzionali, intellettive o psicofisiche, di poter scegliere dove e come vivere, riservandomi esclusivamente la possibilità di scegliere tra diverse strutture destinate alle sole persone con disabilità o in alternativa la permanenza a casa con i genitori.

- il tema del diritto alla vita indipendente che NON può essere intesa soltanto come vita da solo o come Servizio di Assistenza Autogestita, ma deve essere prioritariamente intesa come autodeterminazione e come possibilità di scelta tra più opzioni di vita. Così come sancito dalla Legge 3 marzo 2009, n. 18 che stabilisce (Art.19) che ogni persona con disabilità non sia costretta a vivere in sistemazioni non scelte ma possa scegliere il proprio luogo di vita e le persone con cui vivere.
- il tema dell' inclusione sociale come capacità della società di attenuare, contrastare ed eliminare le barriere e gli ostacoli che tendono ad escludere le persone dalla possibilità di partecipare alla vita della comunità su base di uguaglianza con gli altri (mancanza di sostegni per l'accesso al lavoro ai trasporti ed alla viabilità, ai percorsi di studio, ai percorsi di cura, agli esercizi pubblici e commerciali, alle politiche ed agli interventi di sostegno abitativo e di promozione della vita indipendente ...).
- L'invecchiamento della popolazione con disabilità che coinvolge le famiglie nei loro componenti: genitori, già avanti nell'età e figli con disabilità che invecchiano a loro volta e che oggi tendono a sopravvivere ai genitori.
- I mutamenti della famiglia in relazione alle dinamiche ed i ruoli sociali e ad un carico assistenziale non più sostenibile autonomamente dalle singole famiglie sole con il solo supporto dei servizi di welfare.
- Il tema della complessiva necessità di ripensare gli attuali interventi di sostegno e di presa in carico rivolti alla disabilità attraverso strategie improntate al rispetto dei diritti umani, dell'inclusione sociale ed alla salute intesa come benessere.
- Il tema del ripensamento dei percorsi di sostegno sociale, socio-sanitario e sanitario che caratterizza oggi lo scenario lombardo e nazionale verso approcci di de-istituzionalizzazione, de-ospedalizzazione e verso la promozione di percorsi di presa in carico che vedano la salute intesa non solo e non tanto come "comparto di organizzazione della sanità" ma soprattutto come meta di benessere bio-psico-sociale (OMS 1947 e 2001).

2. Dati di contesto

Il territorio dell'ambito di Viadana comprende dieci comuni che hanno fatto la scelta di unirsi in un Consorzio.

COMUNI	Abitanti al 1-1-2016
Bozzolo	4.183
Commessaggio	1.094
Dosolo	3.440
Gazzuolo	2.324
Marcaria	6.674
Pomponesco	1.701
Rivarolo Mantovano	2.576
Sabbioneta	4.251
S. Martino D/A	1.751
Viadana	19.926
TOTALE complessivo popolazione	47.920

L'Ambito di Viadana dal 2015 aderisce alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità, finanziata dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali - Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali.

La rete territoriale dei portatori di interesse (unità d'offerta residenziali e diurne, Associazioni di familiari, volontari, cooperative sociali di tipo A e B, Nucleo Inserimenti Lavorativi, Istituti scolastici, associazioni sportive ecc.) si è consolidata nel tempo grazie al lavoro di connessione svolto dall'équipe ed in particolare dalla figura del case manager. Ad oggi il Servizio Promozione Vita Indipendente (Se.Pro.V.I.) ha acquisito una capacità di coordinamento tra i vari soggetti coinvolti che permette un approccio "one-stop-shop". Servizi che in precedenza non avevano mai effettuato segnalazioni oggi hanno acquisito una buona conoscenza dei percorsi di presa in carico e collaborano attivamente al progetto (es. Istituti scolastici, Neuropsichiatria infantile, medici di medicina generale ecc.)

Anche le modalità di presa in carico si sono meglio definite e nel tempo il Servizio si è ben integrato con i Servizi territoriali inserendosi anche in progettualità sperimentali finalizzate alla presa in carico precoce, alla prevenzione del disagio conclamato, all'inclusione socio-lavorativa e all'autonomia abitativa. Auspichiamo un consolidamento del sistema, delle procedure e del metodo. Gli interventi del Se.Pro.V.I. rappresentano una risposta concreta ed efficace ad un bisogno che non è rappresentato semplicemente dalla presa in carico di un target predefinito, ma ha permesso di ragionare in termini di prevenzione. Analizzare e intervenire in modo mirato su dinamiche che portano alla cronicizzazione delle situazioni di svantaggio permette di ridurre i costi del welfare in termini di risorse economiche e di personale.

I rapporti con la rete locale dei servizi sono garantiti dalla condivisione di LINEE GUIDA approvate con Deliberazione della Giunta consortile n. 17 del 10 novembre 1914 “LINEE GUIDA PER LA SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO DI INTERVENTO IN MATERIA DI VITA INDIPENDENTE E INCLUSIONE NELLA SOCIETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ”.

Sono state rinnovate e stipulate convenzioni con il privato sociale finalizzate allo svolgimento di attività di:

- cohousing in appartamenti palestra;
- consulenza alla Pari, intesa come una particolare forma di counseling nata dall’esperienza delle associazioni e delle persone con disabilità, per favorire il processo di empowerment individuale e, conseguentemente, di emancipazione sociale e di autonomia abitativa;
- condivisione di strumenti e pratiche di lavoro legate alla componente tecnologica (domotica, comunicazione, gestione del tempo, ecc);

In media il servizio ha in carico dalle venti alle venticinque persone. Viene garantito il coinvolgimento di altri servizi (S.F.A., S.A.D., assistente personale ecc.) in grado di garantire la continuità necessaria previa condivisione degli obiettivi. Viene mantenuto un monitoraggio, decrescente in termini di impegno orario, fino alla dimissione.

Grazie alla collaborazione tra il Se.Pro.V.I., il Nucleo Inserimenti Lavorativi e gli Istituti scolastici si è potuto proporre il progetto “Scuola-Territorio: il lavoro come prospettiva di vita autonoma” ed è stato possibile attivare prese in carico di soggetti ancora inseriti nel percorso scolastico; ciò consente di pianificare interventi in tempi utili per evitare il cronicizzarsi di situazioni di esclusione\disagio. In questi casi, per i ragazzi e le loro famiglie, risulta preziosa la funzione di raccordo e di mediazione che viene svolta dal Se.Pro.V.I. Questa presa in carico precoce consente di stabilire e consolidare un rapporto di collaborazione tra servizi, famiglie e istituzioni, ottimizzando tempi e risorse di intervento.

L’abitare per il “durante e dopo di noi” è un tema che attualmente questo servizio affronta con non poche difficoltà legate alle possibilità offerte dal territorio e dalle famiglie. Come evidenziato anche dalla normativa più recente, l’argomento richiede la disponibilità ad affrontare progettualità sperimentali e innovative per un “abitare sociale del con noi, dopo di noi e durante noi” che sia inclusivo, sviluppi autonomie e protagonismo delle singole persone con disabilità anche grave affinché possano scegliere tra più opzioni quella più adatta alla propria situazione personale. A queste persone, grazie al “dopo di NOI”, si vorrebbe garantire un’opzione in più con risorse aggiuntive e strumenti innovativi come ad esempio un percorso di vita autonoma nella propria abitazione di famiglia che non debba per forza arrivare a concludersi con un inserimento in struttura residenziale.

I soggetti disabili residenti che hanno una cartella sociale aperta nel sistema informatico di gestione dei Servizi Sociali del territorio sono in tutto n. 275.

Con riferimento all'età, si rileva che si suddividono nei seguenti cluster:

24 % nel cluster 25/35 anni

33 % nel cluster 35/45 anni

22 % nel cluster 45/55 anni

21 % nel cluster 55/65 anni

Il sistema delle unità di offerta per le persone con disabilità è articolato come segue:

– **unità d'offerta della rete sociosanitaria:**

- Residenze sanitario assistenziali (RSD) con n. 24 p.l. (non accreditati)
- Comunità socio sanitarie (CSS) con n. 0 p.l.
- Centri diurni per disabili (CDD) con n. 25 posti
- Comunità alloggio per disabili (CA) con n. 10 p.l.
- Centri socio educativi (CSE) con n. 45 posti
- Servizi di formazione all'autonomia (SFA) con n. 35 posti.

– **misure a supporto del mantenimento nel proprio contesto di vita della persona disabile che offrono un supporto alla famiglia:**

- il Servizio assistenza domiciliare handicap (SADH nella rete sociale) n. 50
- il Servizio Promozione Vita Indipendente (Se.Pro.Vi.) n. 25
- la Misura Reddito di Autonomia n. 10

Sono complessivamente n. 63 le persone con disabilità in carico alle Unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, sociosanitarie e sociali (RSD, CSS, CA, CDD, CSE e SFA)

CDD	26
CSE	20
RSD	6
CSS	0
CA	8
SFA	3
	63

Di tutte queste persone, si stimano complessivamente n. 46 al domicilio presso la famiglia d'origine, che frequentano i servizi diurni (CDD, CSE, SFA) e in molti casi possono essere destinatari delle Misura B2 FNA.

Le persone inserite in CDD e RSD che hanno un SIDI classe 5/6 sono in tutto 5 di cui 1 con entrambi i genitori in vita e 4 con un solo genitore in vita.

3. Programmazione degli interventi e priorità da evidenziare

In base a quanto emerso durante i colloqui degli operatori con le persone con disabilità grave residenti nell'ambito e i loro familiari e dagli incontri tenuti dall'Ufficio di piano con i referenti delle unità di offerta locali, con le rappresentanze delle associazioni e del privato sociale tenutesi nell'ambito delle procedure di consultazione attivate si è ritenuto di sviluppare gli interventi proposti con il seguente ordine di priorità in rispondenza alle peculiarità dei bisogni emersi in termini di interventi finalizzati all'autonomia e al dopo di NOI:

- Percorsi di accompagnamento all'autonomia anche attraverso l'utilizzo di strategie che favoriscono l'empowerment e strutturano la capacità di autodeterminarsi per consentire un'emancipazione consapevole dal nucleo familiare ovvero la de istituzionalizzazione laddove possibile. Interventi sul contesto familiare per sostenere la famiglia nell'elaborazione della scelta di autonomia e nel condividere consapevolmente l'emancipazione dal contesto familiare del figlio con grave disabilità;
- Percorsi di accompagnamento al distacco dal nucleo familiare di origine attraverso forme di abitare temporaneo;
- Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4 D.M. 23/11/2016;
- In alcuni casi si è riscontrata la necessità di intervenire con l'acquisto di strumenti di domotica o per un sostegno nel pagamento del canone di locazione. Soprattutto in situazioni già in carico al Se.Pro.V.I. per i quali il percorso di autonomia è già in una fase avanzata;
- Il pronto intervento in situazione di emergenza (es. decesso del caregiver familiare, ricovero ospedaliero del caregiver familiare, ecc) tale bisogno viene riportato come necessario dalle famiglie che si sono rivolte all'assistente sociale o direttamente al gestore.

Nell'ambito di Viadana l'esperienza pluriennale di un servizio finalizzato all'autonomia ha evidenziato che la possibilità di successo degli interventi messi in atto è garantita solo da una presa in carico del disabile e dei suoi famigliari da parte di una figura di riferimento (case manager) che li accompagni verso una autonomia conquistata con passaggi gradualmente e il meno traumatici possibile. La sperimentazione

in appartamenti palestra può favorire un passaggio a situazioni di housing /cohousing. A tal proposito è stata stipulata una convenzione con una struttura che svolge tale attività e che ha a disposizione anche 2 appartamenti per il Dopo di Noi.

3.1 Elementi di inclusione e priorità finalizzate alla definizione di una graduatoria delle istanze pervenute.

Elementi di inclusione

- Richiesta specifica di valutazione multidimensionale e stesura progetto personalizzato (redatta in carta semplice secondo i modelli allegati A e A1)
- Riconoscimento quale persona con disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/1992, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità.

Elementi di priorità

I criteri di priorità selezionati per la creazione di una eventuale graduatoria, da redigere come Ufficio di Piano, sono ordinati come segue:

1. Persona sola o priva di assistenza familiare;
2. Dimissione da struttura residenziale sociosanitaria;
3. Età 18-35 anni;
4. Possibilità di mantenere il disabile nel proprio contesto;

A parità di situazione si fa riferimento al valore ISEE ordinario.

4. Allocazione delle risorse con illustrazione degli scostamenti rispetto agli indirizzi indicativi forniti da Regione Lombardia

Le risorse destinate all'ambito di Viadana sono pari ad € 70.999,00 riferite all'anno 2016 decreto n. 8196 del 6.7.2017.

Si prevedono le seguenti percentuali di allocazione:

interventi gestionali: 90%

interventi infrastrutturali: 10%

Le percentuali allocate sono state ricalibrate a favore degli interventi gestionali rispetto a quanto indicato da DGR n 6674 del 2017.

Tale scostamento rispetto al valore di riferimento regionale è stato addotto a seguito di confronto con la rete locale, verificando le possibilità attuative degli interventi e tipologie di sostegni in esse indicati e attuabili a livello d'ambito e la

sostenibilità degli stessi. Al punto 3 sono stati approfonditi gli aspetti legati alla programmazione degli interventi e alle priorità emerse.

4.1 Ripartizione delle risorse

	TIPOLOGIA DI INTERVENTO	INTERVENTI/ UTENTI PREVISTI in rapporto al costo medio	IMPEGNO PREVISTO SUL SINGOLO INTERVENTO
INTERVENTI INFRASTRUTTURALI Ipotesi di ripartizione risorse 10 % = € 7.100,00	Ristrutturazione/domotica	N. 1 intervento	€ 1.500,00
	Locazione/ spese Condominiali	N. 2 unità abitative	€ 5.600,00
INTERVENTI GESTIONALI Ipotesi di ripartizione risorse 90% = € 63.899,00	Accompagnamento Autonomia	N. 6 progetti	€ 33.500,00
	Sostegno Residenzialità	N. 4 persone	€ 25.599,00
	Pronto intervento	N. 1 persone	€ 4.800,00
		TOT.	€ 70.999,00

5. Istanza di Progetto Individuale, Budget di Progetto e Case Manager

Le domande di definizione del progetto personalizzato, ai sensi dell'art. 14 della legge 328, vengono presentate dalla persona, dal care giver familiare o dall'amministratore al Comune di residenza del disabile che le inoltrerà al Centro Multiservizi (ex CeAD) per la successiva fase di valutazione e progettazione condivisa (punto 6).

Al fine di favorire la massima diffusione dell'iniziativa ed accompagnare le persone disabili verso le progettualità di vita indipendente, le Associazioni di famiglie di persone disabili, le Associazioni di persone con disabilità ed Enti del Terzo Settore (preferibilmente in co-progettazione) sostengono la presentazione delle istanze (e se del caso le trasmettono), comunque redatte e sottoscritte in forma singola.

L'Ufficio di Piano è responsabile della definizione del Progetto Personalizzato e della sua conduzione.

L'ASST attraverso i più opportuni strumenti valutativi, redige in equipe una Valutazione Multidimensionale orientata alla costruzione di un Progetto di vita

indipendente (Progetto personalizzato). Tra gli elementi di valutazione necessari sono ricompresi i pregressi interventi sanitari e sociosanitari, utili ad un inquadramento complessivo.

Per la stesura del progetto individuale, oltre alla persona con disabilità, verranno coinvolti i suoi genitori/legali rappresentanti ed anche se ritenuto necessario gli operatori ed i responsabili dei servizi pubblici e privati eventualmente frequentati dall'interessato nonché i rappresentanti delle associazioni di volontariato eventualmente indicati dalla persona o dai suoi genitori/legali rappresentanti. All'interno del progetto individuale verrà indicata la figura incaricata di assumere la funzione di case manager, intesa come referente operativo dell'intervento di sostegno, in accordo con la persona con disabilità e/o il suo legale rappresentante. Il Consorzio Pubblico Servizio alla Persona ha la possibilità di erogare voucher di case management facendo riferimento ad uno specifico albo di soggetti accreditati. Possono assumere la funzione di case manager anche gli operatori del servizio sociale comunale e/o gli operatori o i responsabili dell'ente gestore titolare del progetto e o dell'intervento di sostegno. Il monitoraggio del Progetto personalizzato, almeno semestrale se non diversamente definito, è curato dall'Ufficio di Piano, da un referente dell'ASST, dal case manager e con la partecipazione della persona disabile. L'entità dei sostegni ai singoli richiedenti (budget di progetto) verrà stabilita in base alle indicazioni regionali previste dalla dgr 6674 e successivi decreti e note attuative ed a quanto definito nel progetto individualizzato, con riferimento alle misure attuative regionali della Legge 112/2016.

6. Valutazione multidimensionale e di esito degli interventi

La Valutazione multidimensionale orienta la stesura del Progetto personalizzato per la migliore compliance tra i bisogni ed i sostegni individuali, le possibilità attuative, anche sperimentali, della rete di offerta e degli strumenti concretamente attivati con le risorse del "Dopo di Noi" e la fondamentale espressione di volontà della persona disabile. Il Progetto personalizzato ha ordinariamente una durata di anni due. Gli strumenti di valutazione utilizzati saranno i seguenti:

- scala ADL
- scala IADL
- sistema di classificazione ICF. (In merito alle diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità prendere in considerazione almeno le seguenti aree: cura della propria persona; mobilità; comunicazione e altre attività cognitive; attività strumentali e relazionali per la vita quotidiana)
- sistemi volti alla valutazione dei domini relativi alla qualità della vita.

L'équipe di valutazione multidimensionale della ASST è composta da medico, infermiere e assistente sociale. Il Centro Multiservizi (ex CeAD) del Distretto viadanese ha ormai consolidato una prassi operativa che prevede l'effettuazione delle valutazioni multidimensionali nell'ambito di équipe pluriprofessionali composte dal personale socio sanitario dell'ASST e dalle assistenti sociali incaricate dall'ambito territoriale che hanno la loro sede operativa presso il locale Distretto socio-sanitario. Sarà possibile prevedere la presenza di altri professionisti se si riterrà utile per una valutazione più completa.

In particolare, in presenza di persone che necessitano di elevate intensità di sostegno, in base a quanto previsto dal decreto regionale n. 8196 è stabilito che, l'équipe multi professionale deputata a redigere la valutazione multidimensionale debba operare in sinergia con l'ente erogatore che prenderà in carico la persona "nel caso di persone con comportamenti auto/eteroaggressivi ovvero con condizioni di natura clinica e comportamentale tali da richiedere una protezione elevata". Specificando inoltre che nei casi sopra richiamati, la valutazione circa le prestazioni necessarie e la compatibilità delle stesse con gli interventi e la residenzialità di cui alla DGR n. 6674/2017 è effettuata dall'équipe pluriprofessionale dell'ASST d'intesa con l'Ente erogatore che prenderà in carico la persona. È a carico dell'Ente erogatore garantire le figure professionali idonee e il monitoraggio della compatibilità per la durata del progetto.

Il progetto personalizzato ha come obiettivo finale il consolidamento, per la persona disabile, di una vita in un contesto diverso da quello della famiglia d'origine. In questo senso tale progetto deve tener conto del "continuum" temporale tra le diverse fasi che caratterizzano lo specifico ed individuale percorso verso l'autonomia e l'indipendenza.

Il progetto personalizzato deve dare evidenza delle risorse necessarie alla realizzazione delle fasi sopra descritte, per le dimensioni di vita della persona, per consentire il raggiungimento degli obiettivi declinati per ogni singola fase (cosiddetto budget di progetto).