



Nuova Fiera di Roma
28, 29 e 30 novembre 2018



l-inc

laboratorio
inclusione
sociale
disabilità

L-INC laboratorio inclusione sociale – sperimentazione del budget di salute

Marco Faini – ANFFAS Lombardia Onlus – ANFFAS Brescia Onlus



che bello sarebbe se...





Potessi decidere **anche** io; no, non da solo, anche con gli operatori, però non sempre con loro, perché quello che voglio fare non c'entra con quello che faccio al centro





Per me sarebbe bello se io potessi fare incontrare le persone che lavorano nei servizi, quelle che lavorano in Comune, mio papà e mia mamma, che è anche il mio amministratore, le persone che conosco o quelle che vorrei conoscere, come quello che vende i giornali, e poi decidere insieme le cose che posso fare





Sarebbe bello anche se Sandra potesse parlare con quello che vende i giornali, così gli chiede se posso andare anch'io a venderli





Ma se poi vado a vendere i giornali e vado bene, poi mi pagano? Perché se mi pagano posso chiedere di nuovo a Sandra se trova una casa per me, però insieme a Matteo e a Gigi; poi così ho la mia camera da solo. Invece insieme con Matteo e Gigi cucino e faccio i mestieri. **E poi dopo che Sandra ha aiutato me, può aiutare qualcun altro, perché è più utile se Sandra trova dei lavori e delle case, invece che disegnare e guidare il furgone**





R.Lombardia – la «diagnosi» del sistema (2010)

1. frammentazione delle risorse
2. disallineamento tra i livelli decisionali
3. mancata integrazione
4. **controllo dell'utilizzo e degli esiti:** le modalità di utilizzo delle risorse trasferite alle famiglie non è monitorata, pertanto non se ne conoscono gli esiti.
5. **mancata progettazione:** manca un meccanismo che faccia integrazione di risorse e valutazione delle competenze e delle energie della persona fragile e della sua famiglia, per costruire un progetto individualizzato;
6. **staticità:** le misure sono tendenzialmente statiche e incapaci di adattarsi alla mutevolezza della condizione della persona non autosufficiente;
7. **parzialità della visione:** gli attori del sistema non hanno piena conoscenza reciproca delle azioni intraprese da ciascuno nel sistema complessivo



«la mancanza di interrelazione tra le istituzioni e tra i diversi servizi – e la conseguente frammentazione degli interventi – gravano innanzitutto sulle famiglie; ne consegue che le persone con disabilità e i loro congiunti si sentono soli...» **P.A.R.**

2010/2020

«...il tema della “presa in carico” deve superare il tradizionale rapporto tra domanda ed offerta di servizi, tra bisogni e prestazioni...la “presa in carico” è prima di tutto la capacità del sistema sociosanitario e sociale di “leggere” non tanto e non solo i bisogni delle persone “fragili” ... ma quello che possiamo definire come la capacità di “tradurre” in sostegni la prospettiva esistenziale della persona fragile e del suo contesto di vita» **Attilio Fontana – Presidente R.Lombardia – aprile 2018**

«Da un budget destinato a controllare le spese ad un budget orientato ad assicurare percorsi personalizzati ...in questo riportare al centro la persona ed il suo contesto di vita si innesta il tema della delega alla Disabilità e al centro di tale delega il tema della costituzione del Fondo Unico per la Disabilità e la Non Autosufficienza» - **Stefano Bolognini – Assessore alle Politiche Sociali, Abitative e Disabilità – giugno 2018**



welfare in azione

«Fondazione Cariplo continua a credere in un nuovo welfare. Un welfare che sia in grado di coinvolgere la comunità e di riconnettere le risorse e le forze del territorio per rispondere meglio ai bisogni delle persone e delle famiglie».





sperimentare percorsi di costruzione del budget di salute all'interno di un'azione di attivazione della comunità locale che punta a promuovere nuovi spazi e nuove opportunità di partecipazione sociale per le persone con disabilità.
Una sperimentazione fortemente legata al territorio: locale e regionale





Chi siamo: 10 Partner e 23 soggetti aderenti



Aderiscono inoltre al progetto

Regione Lombardia (DG Welfare, DG Reddito di autonomia e inclusione sociale), ATS Città Metropolitana di Milano, ASST Nord Milano, ANCI Lombardia, Ordine Assistenti Sociali – Consiglio Regionale della Lombardia, Forum Terzo Settore Lombardia, ANFFAS Onlus, Fondazione Dopo di Noi ANFFAS, Fondazione Comunitaria Nord Milano, ANFFAS Nord Milano Onlus, Confartigianato APAMilano Monza e Brianza, Istituto Luigi Gatti, ANMIC Comitato provinciale di Milano, AIAS Città di Monza, Cooperativa ACLI Service, UniAbita Cooperativa di abitanti, Associazione Marse, Cooperativa Mirabilia Dei, Cooperativa Spazio Aperto, Cooperativa Pianeta Azzurro, Associazione Sorriso Onlus, Consorzio Sir, Liceo Casiraghi.





L-INC = proviamo a

- 1) **Mettere in discussione** la finalità dell'impiego delle risorse
- 2) Dare **POTERE** al progetto individuale
- 3) Rendere effettivamente **flessibile** il sistema delle opportunità/risposte oggi rigidamente impostate secondo i sistemi di classificazione delle persone, che vengono smistate nel sistema dei servizi, già prefigurando il loro percorso esistenziale e rendendo improbabili altre prospettive, dove l'unica variabile rilevante è sostanzialmente legata alle liste di attesa
- 4) Pensare ad un ruolo diverso delle risorse **professionali** attive nei servizi
- 5) Raccogliere elementi per una revisione del sistema degli **accreditamenti** regionali





L-INC = 4 AZIONI

- 1) Modifica delle rappresentazioni degli attori coinvolti nel progetto: da una visione sociosanitaria a una visione sociale della disabilità orientata alla vita indipendente, inclusione nella società e alla generatività
- 2) Dare voce alla persona con disabilità nella scelta di dove, come e con chi vivere nella società, favorendo e sostenendo la partecipazione attiva nella costruzione del proprio progetto di vita:
 - 2.1 rendere il processo di progettazione non solo partecipato, ma competente e validato (strumenti e procedure)
 - 2.2 valutare gli esiti
- 3) Maggiore conoscenza e consapevolezza della comunità sociale sulle condizioni di vita delle persone con disabilità e avvio di processi di inclusione (progettazione universale, accomodamento ragionevole, non discriminazione)
- 4) Modellizzazione del sistema di intervento e valutazione della sua trasferibilità (sostenibilità giuridica e organizzativa)





1° punto di partenza:

BdS e Voucher sono la stessa cosa? (F. Starace – 2016)

Voucher

- ❑ Il voucher socio-sanitario è “un contributo economico sotto forma di titolo di acquisto, erogato dalla Regione attraverso le ASL, che può essere utilizzato per comprare prestazioni di assistenza domiciliare sociosanitaria integrata da soggetti accreditati, pubblici o privati, “profit” e “non profit”.
- ❑ Si fonda su due pilastri: a) la libertà d’azione dei soggetti impegnati nell’erogazione dei servizi (concorrenza in un contesto di mercato) e b) la libertà di scelta del cittadino (che si suppone disponga delle informazioni necessarie)

BdS

- ❑ Si creano rapporti di tipo partenariale fra enti pubblici (che mantengono la governance del sistema) e organizzazioni private
- ❑ Le organizzazioni private sono coinvolte nella co-progettazione
- ❑ Le persone con disabilità sono coinvolte nella definizione dei progetti personali e inserite in un processo attivo di riabilitazione. Le forme organizzative enfatizzano il modello della rete
- ❑ Il dispositivo contrattuale, modificando il sistema di convenienze, promuove e premia l’innovazione e il cambiamento





2° punto di partenza: L-INC = MATRICI 2.0

- ❑ rendere il processo di progettazione non solo partecipato, ma competente e validato (strumenti e procedure)
- ❑ valutare gli esiti
- ❑ modellizzazione del sistema di intervento



Progettare Qualità di Vita:
matrici ecologiche e dei sostegni





3° punto di partenza: L-INC = ricerca

Ricerca sociologica: per raccogliere le opinioni di chi è coinvolto nel processo di presa in carico (persone con disabilità, familiari, operatori, comunità) circa le aspettative di cambiamento, le percezioni di cambiamento, i «costi» del cambiamento

Ricerca giuridica: per rendere giuridicamente «stabile» il processo di presa in carico rivisto e rivisitato secondo la logica inclusiva

Le 2 ricerche: per ricavare dalla letteratura e dalle norme gli elementi comuni, le peculiarità delle esperienze in atto, le «raccomandazioni» di cui tenere conto





Cosa abbiamo fatto (maggio 2017/ottobre 2018): definito il campo di gioco, costruito e installato la «macchina», avviato il rodaggio, primi risultati/prodotti/problemi:

Il campo di gioco - «disabilità è...»: **formazione di base** (8 incontri su: nuovo paradigma; i presupposti fondamentali della progettazione; l'inclusione possibile; la vita indipendente; i rischi della segregazione; esperienze italiane); **eventi di coinvolgimento delle comunità** (8 eventi)

La macchina: costituita la cabina di regia, i coordinamenti delle azioni, l'organigramma, l'equipe, definiti e condivisi gli strumenti (formazione specifica su Matrici/tutoraggio/consulenza/supervisione), costituiti i comitati dei destinatari

Il rodaggio: 19 progetti individuali, la costituzione dei comitati dei destinatari,

primi «prodotti» e risultati: prime ipotesi per definire la funzione di **C.Manager, il Contratto, il Budget di Progetto; effetti «istituzionali»**





CASE MANAGER:

- 1) UNA FUNZIONE, E NON UN RUOLO (CARE/CASE/CLINICAL) – anche in relazione alla normativa regionale in via di implementazione**
- 2) IN CAPO ALL'ENTE PUBBLICO (nell'esperienza di L-INC un passaggio «obbligato», soprattutto in relazione alla gestione delle risorse istituzionali e private)**





la normativa regionale - in bilico tra «progresso» e «restaurazione»

Le funzioni del *Case manager* sono:

- presa in carico diretta della persona e analisi dei suoi bisogni, competenze, *status* sociale, nella logica ICF (International Classification of Functioning, disability and health);
- gestione di colloqui strutturati per le fasi di counseling ed empowerment;
- elaborazione di un piano personale che unisca l'obiettivo dell'inserimento professionale a sostegni in merito all'integrazione sociale, abitativa, all'assistenza sanitaria;
- facilitazione della persona e della famiglia nella gestione e nell'utilizzo delle risorse finanziarie allocate alla persona;
- attività di collaborazione con le diverse strutture della rete che erogano servizi, siano essi pubblici o privati;
- attività di tutoring durante l'attuazione del piano;
- attività di monitoraggio delle singole azioni contemplate e dell'impatto nel medio periodo.

Il *Case manager* è dunque una figura professionale specializzata, con competenze di carattere psico-sociale e capace di accompagnare la persona nella fruizione di diverse tipologie di servizi: di inserimento lavorativo, socio-sanitari, housing, riabilitativi.

DELIBERAZIONE N° X / 5918

Seduta del 28/11/2016



	particolare per la gestione di periodi limitati di assenza dell'operatore dedicato.
Riunioni d'equipe	L'equipe effettua riunioni periodiche finalizzate alla definizione, verifica o rimodulazione del piano terapeutico/verifica e promozione della qualità dell'assistenza
Care Manager	È individuata all'interno dell'equipe la figura del care manager con funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali di uno o più pazienti in carico alla struttura
Case Manager	È individuata, all'interno dell'equipe, per ogni malato assistito, la figura del case manager con funzione di coordinamento del percorso individuale del malato e del suo nucleo familiare, e di referente della continuità del percorso stesso





CASE MANAGER:

Visto dagli **educatori**

- Attivatore convinto di percorsi inclusivi
- Tutelante dei diritti
- Un esperto di disabilità

Visto dalle **persone con disabilità e dai familiari**

Prossimità e conoscenza diretta del percorso di vita

Visto dall'**ente pubblico**:

Il case manager governa l'equipè multi professionale e coordina la presa in carico presidiando le relazioni inter-situzionali e l'allocazione delle risorse

Visto dal **Case Manager**

Funzione dedicata o Compito tra le diverse aree di intervento ?





CONTRATTO:

In **discontinuità** con la prassi in uso in R.Lombardia (contratto di ingresso):

- ci deve **sempre** essere la sottoscrizione da parte della PP.AA.
- sono indicate **precisamente** le risorse comunitarie coinvolte
- c'è la sintesi del **progetto** individuale
- c'è il budget di **salute**

Progettare Qualità di Vita:
matrici ecologiche e dei sostegni





BUDGET: T0 (ante L-INC) T1 (post progetto individuale) versioni successive Tn

sostegno	Fonti di spesa					Domini QdV	Obiettivo	Attività	Spesa impegnata	Obiettivo giugno 2019
	Persona/Famiglia	Comune	Regione	Stato	Altri finanziamenti					
I.162/1998										
I.112/2016										
servizio										
I-inc										
provvidenze ec.										
costi sostenuti										
valorizzazione sostegni familiari										
tot. risorse investite										
tot.risorse non investite										





BUDGET

- 1) Non era scontato riuscire a condividere un «unico ambiente» capace di sintetizzare le risorse istituzionali e personali
- 2) Non era scontato riuscire a raccogliere, né da parte istituzionale, né da parte personale/familiare l'ammontare delle risorse effettivamente impiegate
- 3) Non sarà scontato riuscire a ricomporre le risorse istituzionali





L'influenza di L-inc sulle progettualità dell'Ambito.

Agenzia Vita Indipendente

- 1. Potenziamento dei sostegni per alcune delle persone con disabilità «L-INC»**
- 2. Progettazione e installazione di una Agenzia per la Vita Indipendente che, nelle premesse, costituisce già la potenziale «eredità» di L-INC in quel territorio, sia per le finalità dell'Agenzia che per le modalità di funzionamento (centralità strategica del progetto individuale, utilizzo di Matrici, adozione del budget di salute e del contratto L-INC)**

L112/2016

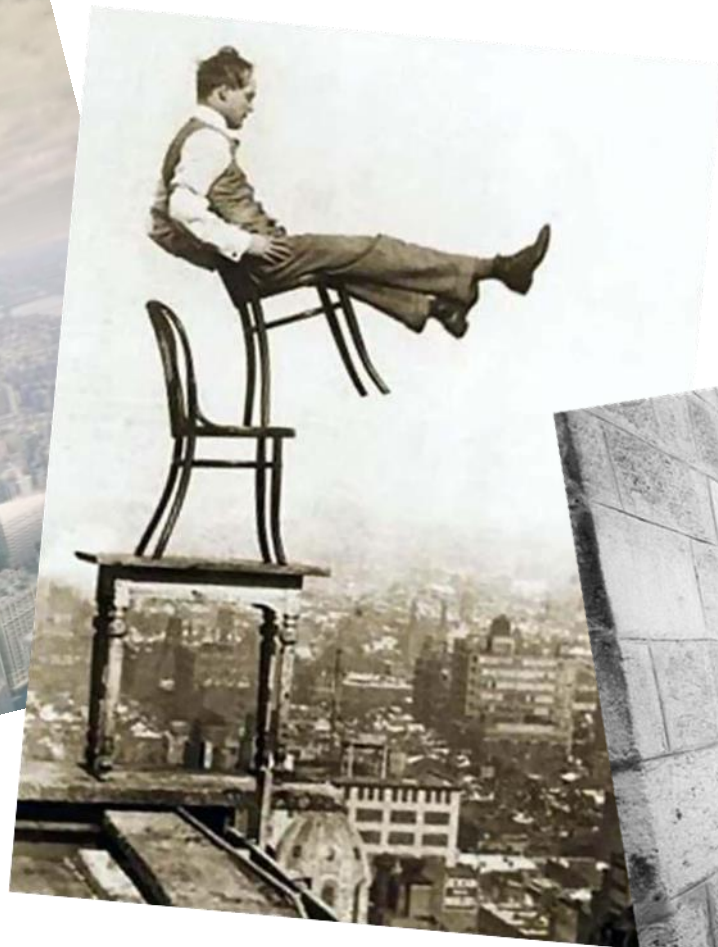
L-inc ha influenzato il processo della L112 in tre aspetti:

- 1. Il coinvolgimento diretto delle persone disabili nella domanda presentata**
- 2. Il coinvolgimento della cabina di regia di L-INC nella definizione del bando per l'accesso ai sostegni L.112/2016**
- 3. La fase di valutazione multifunzionale «arricchita» rispetto alle modalità stabilite da R.Lombardia**

Progetto Individuale e Budget di Salute

Il Tavolo Tecnico dei Dirigenti dell'Ambito ha validato la sperimentazione del Progetto Individuale e del Budget di Salute come strumenti trasversali usati nell'area disabilità. L'Ufficio di Piano sta predisponendo un percorso tecnico ad hoc in collaborazione con ASST- NORD MILANO.







Anffas 60 anni di futuro
Le nuove frontiere delle disabilità intellettive e
disturbi del neurosviluppo

GRAZIE

PER L'ATTENZIONE