

2. BASILICATA

Scheda 1

Premessa metodologica alle attività (art. 2 del decreto 23.11.2016)

1. Indicazione della normativa regionale e/o delle modalità di regolamentazione prescelte per l'individuazione delle equipe multiprofessionali, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Descrizione delle procedure relative alla valutazione multidimensionale effettuata dalle equipe multiprofessionali, secondo i principi della valutazione bio-psico-sociale e in coerenza con il 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

- Legge Regionale 14 febbraio 2007 n. 4.
- Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 D.G.R. n. 1278 del 06/08/2008
- Disposizioni per l'utilizzazione delle risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza di cui all'articolo 4 della Legge Regionale 14 febbraio 2007 n. 4. DCR n. 588 del 20/09/2009
- Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 DCR n. 317 del 24/07/2012
- D.G.R. n. 917 del 07/07/2015 "Linee Guida Per La Formazione Dei Nuovi Piani Intercomunali Dei Servizi Sociali E Socio Sanitari 2016 – 2018"
- D.G.R. n. 241 del 16/03/2016 "Attuazione delle Linee guida per la formazione dei nuovi Piani intercomunali dei servizi sociali e sociosanitari 2016-2018-D.G.R. n. 917 del 7/7/2015: Piano Regionale di Indirizzi"
- D.G.R. n. 704 del 22/06/2016 "Programma straordinario triennale per la disabilità e Piano operativo annuale 2016- art. 6 LR n.3/2016".

L'Unità di Valutazione Multiprofessionale, organismo operativo presente in ogni Distretto Sanitario che garantisce l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, è costituita dall'Unità di Valutazione dell'Azienda Sanitaria Locale (composta da medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, terapisti della riabilitazione, ecc.), integrata dalle Assistenti Sociali del Servizio Sociale del Comune e da eventuali altre professionalità individuate in relazione al caso specifico.

Sarà valutata la possibilità di prevedere interventi di formazione/aggiornamento specifici per i componenti delle UVM.

L'UVM individua al proprio interno il "case manager", operatore di riferimento per la persona, che ha funzioni di raccordo fra i diversi servizi/professionisti e con il privato sociale o volontariato se coinvolto.

La valutazione multidisciplinare analizza il funzionamento della persona in relazione ai contesti che la stessa vive, in prospettiva del miglioramento della qualità di vita. L'approccio biopsicosociale in fase valutativa e in fase di progettazione degli interventi, si concretizza come l'insieme delle professionalità e delle condizioni organizzative che garantiscono una valutazione globale della persona e del suo funzionamento (inteso come risultato dell'interazione tra persona e ambiente), predispongono, insieme alla persona con disabilità o suo tutore e alla sua famiglia, le azioni atte a favorirne la massima partecipazione alla vita

sociale, economica e culturale, prevedendo le risorse adeguate organizzate in progetto individualizzato.

Il progetto individualizzato non è l'insieme dei singoli interventi specialistici ritenuti necessari in base alle esigenze della persona disabile, ma assume le caratteristiche di un progetto di vita, inteso come spazio da condividere tra tutti i soggetti coinvolti nella definizione delle possibilità e delle prospettive complessive, in relazione ai desideri, alle potenzialità della persona e alle possibilità di sostegno.

2. Progetto personalizzato

Descrizione dei processi di definizione dei progetti personalizzati nelle modalità di cui all'art. 2, commi 2,3,4 e 5 del decreto

L'elaborazione di un progetto individualizzato si fonda sui seguenti cardini organizzativi:

- una chiara definizione delle competenze ed il grado di collaborazione strutturata tra gli operatori dell'UVM.
- una personalizzazione degli interventi, fondata su:
 - la valutazione multidimensionale del funzionamento individuale complessivo coerente con i principi dell'ICF;
 - la definizione di obiettivi e strategie di breve e medio termine strutturati e verificabili;
 - la capacità di offrire un efficace supporto all'utente, finalizzato a sviluppare le competenze, le autonomie, orientato ad una dimensione fondata sui principi della cittadinanza attiva e dell'inclusione sociale.

La realizzazione di un progetto individualizzato persegue l'obiettivo di fornire sostegni di cui la persona con disabilità grave necessita, a partire dalle prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie ed inclusi gli interventi e i servizi di cui all'articolo 3 del decreto, in coerenza con la valutazione multidimensionale e con le risorse disponibili, in funzione del miglioramento della qualità di vita e della corretta allocazione delle risorse medesime. Il progetto personalizzato contiene il budget di progetto, quale insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali da poter utilizzare in maniera flessibile, dinamica ed integrata.

Nello specifico i sostegni comprendono, pertanto, interventi specifici almeno nei seguenti ambiti:

- o cura della propria persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici;
- o mobilità;
- o comunicazione e altre attività cognitive;
- o attività strumentali e relazionali della vita quotidiana.

Sul piano metodologico particolare attenzione viene rivolta alla definizione di modalità organizzative (piani di lavoro, regolamenti interni ai servizi, ecc.), di prassi operative (procedure) e strumenti documentali (griglie osservative, strumenti di progettazione individualizzata, ecc.) specifici per l'UVM, per:

- facilitare l'osservazione dei livelli di funzionamento, dei bisogni e delle potenzialità individuali dell'utente da parte di tutte le professionalità coinvolte, con strumenti che ne facilitino la documentazione, la diffusione e l'elaborazione;
- strutturare momenti di condivisione dei dati rilevati e delle proposte operative, per garantire la circolarità dell'informazione;
- pianificare, monitorare e valutare periodicamente tutte le fasi di realizzazione dei progetti individualizzati.

Il progetto personalizzato è definito assicurando la più ampia partecipazione possibile della persona con disabilità grave, tenendo conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze e prevedendo altresì il suo pieno coinvolgimento nel successivo monitoraggio e valutazione.

Laddove la persona con disabilità grave non sia nella condizione di esprimere pienamente la sua volontà, è sostenuta dai suoi genitori o da chi ne tutela gli interessi, fermo restando quanto previsto all'articolo 3, comma 1, secondo periodo.

Le unità di valutazione multidimensionale adotteranno strategie volte a facilitare l'assunzione di decisione e di comprensione delle misure da parte delle persone con disabilità grave, adottando il linguaggio "easy to read".

Il progetto personalizzato individua, sulla base della natura del bisogno prevalente emergente dalle necessità di sostegni definite nel progetto, una figura di riferimento (case manager) che ne curi la realizzazione e il monitoraggio, attraverso il coordinamento e l'attività di impulso verso i vari soggetti responsabili della realizzazione dello stesso.

Il progetto personalizzato definisce metodologie di monitoraggio, verifica periodica ed eventuale revisione, tenuto conto della soddisfazione e delle preferenze della persona con disabilità grave.

Conseguentemente il progetto individualizzato si caratterizza per:

- un approccio alla salute ed al funzionamento individuali di tipo biopsicosociale, che comporta la costante integrazione tra le dimensioni ed i contesti di vita della persona;
- elevata flessibilità in funzione delle esigenze individuali evidenziate dalle persone con disabilità, valutate dall'UVM;
- tempestività di risposta, consentita dalla condivisione di approcci metodologici generali, linguaggi e strumenti da parte di ciascun operatore, ad ogni livello di intervento;
- costante coinvolgimento dell'utente in tutte le fasi di valutazione, progettazione, realizzazione e verifica degli interventi, con aggiornamenti periodici;
- elevato grado di integrazione dell'UVM con eventuali altri contesti sociali e relazionali del territorio, funzionali alla realizzazione dei progetti individualizzati.

3. Descrizione delle modalità di definizione e di articolazione del budget di progetto per le attività di cui all'art. 5, co. 4, lett. a) b) e c) del decreto, sottolineando l'importanza di favorire il passaggio da una programmazione basata esclusivamente sulla certificazione della disabilità grave, alla centralità del bisogno emergente in cui il progetto e il relativo budget, vengono costruiti attorno al bisogno concreto della persona.

Il Budget di progetto è uno 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 che tenga anche conto di quanto già in essere. Esso deve tendere all'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. L'asset strategico centrale di sviluppo del budget possa essere l'integrazione (in primis sociosanitaria) tra diverse organizzazioni, istituzioni e risorse. Ciò che unifica è il progetto personalizzato come strumento di lavoro e di connessione tra saperi tecnici e domande/bisogni delle singole persone e delle famiglie. Considerando l'idea di un budget di risorse, composito, spendibile in modo da rispettare tempo per tempo le esigenze della persona con disabilità, si apre all'integrazione come approccio, andando oltre l'integrazione sociosanitaria comunemente intesa, sconfinando in mondi vitali come il lavoro, la casa, la formazione, la socialità. Il modello di budget impiegato nella cogestione degli interventi sociosanitari integrati non sostituisce, ma al contrario integra, potenzia e rende più efficace la presa in carico degli

utenti.

In questa ottica, la funzione di case management che appare componente imprescindibile nel modello organizzativo-gestionale, collocabile lungo un continuum tra ottica prestazionale (si pianifica per rispondere a una domanda, magari per risolvere dei problemi) e ottica progettuale (si considera la persona con disabilità un soggetto da esplorare con il quale collaborare e cooperare).

All'interno del Progetto Sperimentale denominato "Il Mondo in ICF. Dalla classificazione alla presa in carico", realizzato dalla Regione Basilicata su finanziamento del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nell'ambito del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze per l'annualità 2010, è stato implementato un modulo di formazione per case manager relativo alla presa in carico per utenza con bisogni complessi mirato alla definizione di una figura dotata di competenze professionali specifiche che la rendano capace di gestire i cinque momenti essenziali del case management. In questa ottica, la creazione di un profilo professionale "alto" del case manager in termini di progettazione formativa ha previsto una parte generale centrata sull'analisi dei bisogni e la formulazione di un progetto, e parti invece più tecniche legate alle rispettive competenze dei servizi che si passano la presa in carico. Nella realizzazione del presente programma si prevede, quindi, di coinvolgere tali figura professionali.

La capacità di ascolto rappresenta uno dei punti nodali al fine della costruzione del budget. Si parla di ascolto dei desideri e delle legittime aspirazioni della persona con disabilità in affiancamento agli operatori dei servizi che possono mettere a disposizione competenze e risorse per comprendere quali margini di avvicinamento ci siano tra aspirazioni e fattibilità o sostenibilità dei singoli progetti.

Inoltre, le risorse organizzative, professionali e finanziarie possono assumere portate differenti se ricomposte ex-post ovvero riconvertite, se sommate o riprogrammate sulla base di un obiettivo strategico condiviso.

Si possono individuare quattro condizioni che permettono di 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:

- un'adeguata governance con necessaria copertura istituzionale (anche normativa);
- una strategia delle alleanze tra soggetti diversi e settori diversi della pubblica amministrazione, nonché tra pubblico e privato nella la logica della co-progettazione;
- sostegni reali alla libertà di scelta, come capacità e possibilità reale;
- la riconversione delle risorse pubbliche, l'integrazione con quelle private e comunitarie, superando le resistenze dei portatori di interesse.

L'autodeterminazione può e deve essere accompagnata e sostenuta. Sostenere la libertà di scelta significa cercare di declinarla in termini concreti: ossia in capacità di scegliere e in possibilità di scegliere. Per fare in modo che la libertà di scelta non rimanga una velleità o che vengano vissuti in un onere in più, una complicazione, anziché in un'opportunità.

Il Budget di progetto deve trovare un equilibrio tra cash e care perché, al pari di tutti i sistemi di voucher, sposta le risorse dai servizi all'utenza. Questo può portare a forti resistenze da parte degli enti gestori e a cambiamenti per loro segnati da grande incertezza. Spostare il baricentro del sistema dall'offerta alla domanda comporta modifiche che vanno precisamente regolate, accompagnate, e che possono essere introdotte gradualmente. Serve la capacità di governare un "mercato", quello dei servizi sociali e sociosanitari. Capacità che non si improvvisa, richiede corresponsabilità, percorsi di negoziazione e co-

progettazione.

Per gli interventi individuali di cui alle linee di azione a) e b) il budget di progetto dovrà tener conto dei seguenti criteri:

a) fabbisogno di assistente personale e di prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie specifiche;

b) condizioni abitative e eventuale fabbisogno abbattimento barriere architettoniche;

c) ricognizione delle misure inizialmente erogate e dei supporti, formali ed informali, già esistenti e da cui poter partire per la costruzione del percorso del "durante noi, dopo di noi";

d) apporto di tecnologie assistive e di domotica sociale per la sicurezza, l'autonomia e la connettività sociale;

e) particolare fragilità economica della persona e del suo contesto familiare di provenienza.

In relazione alla combinazione di tutti i fattori da considerare, il budget di progetto a valere sul Fondo per il "Dopo di Noi" potrà variare da un minimo di 6.000,00 euro/anno a un massimo di 12.000,00 euro/anno (al netto di redditi diversi da indennità di accompagnamento e pensione di invalidità), con una progressione decrescente per evitare che la misura si connoti come intervento passivo, in tutti i casi in cui lo stesso progetto è completato con un percorso di inclusione sociale attiva.

Nell'attuazione del progetto individuale le UVM, in collaborazione con l'Ambito territoriale di riferimento, dovranno definire il budget di progetto, ossia la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, strumentali, professionali ed umane atte a garantire la piena fruibilità dei sostegni indicati per qualità, quantità ed intensità nel progetto individuale, partendo dalla rilevazione anche di quanto già in essere, ed individuando gli opportuni interventi anche ai fini delle misure di cui alla Legge n. 112/2016. Solo con la rilevazione dei singoli budget la Regione può stimare il bisogno potenziale degli aventi diritto e delle loro specifiche necessità a cui dover dare risposta e quindi individuare come meglio indirizzare la programmazione a livello regionale degli interventi da attuare.

Scheda 2

Attività finanziabili con risorse del fondo di cui all'art. 5 del decreto

Progetto personalizzato - Budget di progetto	a. Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, di cui all'articolo 3, commi 2 e 3. Le azioni di cui al presente punto e alla successiva lettera b) devono riprodurre e ricercare soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie dell'ambiente familiare.	
	DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI Come da programmazione 2017	€ 153.300,00
	b. Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4;	
	DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI Come da programmazione 2017	€ 153.300,00
	c. programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile programmi di accrescimento della consapevolezza abilitazione e lo sviluppo delle competenze per	

	favorire l'autonomia (art. 3, comma 5), anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale (art. 3, comma 6)	
	DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI Come da programmazione 2017	€ 25.550,00
	e. in via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare, di cui all'articolo 3, comma 7.	
	DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI Come da programmazione 2017	€ 25.550,00
	Totale	€ 357.700,00
SCHEDA 3		
Interventi infrastrutturali		previsioni di spesa in euro
	d. Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4, mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità	
	DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI Come da programmazione 2017	€ 153.300,00
Scheda 4		
Adempimenti delle Regioni		
Ai sensi dell'art 6, co.1, del DM, descrivere le modalità attraverso le quali sono stati programmati gli interventi e i servizi di cui all'art. 3 del DM, in particolare:		
• <i>criteri e modalità per l'erogazione dei finanziamenti:</i>		
Come da programmazione 2017		
• <i>modalità per la pubblicizzazione dei finanziamenti erogati:</i>		
Come da programmazione 2017		
• <i>verifica dell'attuazione delle attività svolte e della eventuale revoca dei finanziamenti:</i>		
Come da programmazione 2017		
• <i>monitoraggio dei flussi finanziari, dei trasferimenti effettuati, del numero dei beneficiari e delle diverse tipologie d'intervento nei differenti ambiti previsti, con particolare riguardo alle diverse soluzioni alloggiative innovative:</i>		
Come da programmazione 2017		
• <i>integrazione con i programmi del FNPS e del FNA, con particolare attenzione al Programma per l'attuazione della Vita Indipendente, per tutte le attività che riguardano lo stesso target di beneficiari e che presentano finalità coincidenti</i>		
Come da programmazione 2017		
Descrivere le modalità con le quali si è inteso indirizzare la selezione dei beneficiari per garantire l'accesso ai servizi secondo il criterio di maggiore urgenza ai sensi dei commi 2 e 3 dell'art. 4 del DM		
<i>N.B. E' possibile sostenere la continuità degli interventi, anche in deroga all'età, tenendo sempre in considerazione che i beneficiari, di norma, sono persone con disabilità grave non dovuta al naturale invecchiamento o a patologie connesse all'età.</i>		
Come da programmazione 2017		

Descrivere le modalità di coinvolgimento dei soggetti interessati, nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, ove possibile dei loro genitori o di chi ne tutela gli interessi.

Come da programmazione 2017

Potenza, 20/02/2019