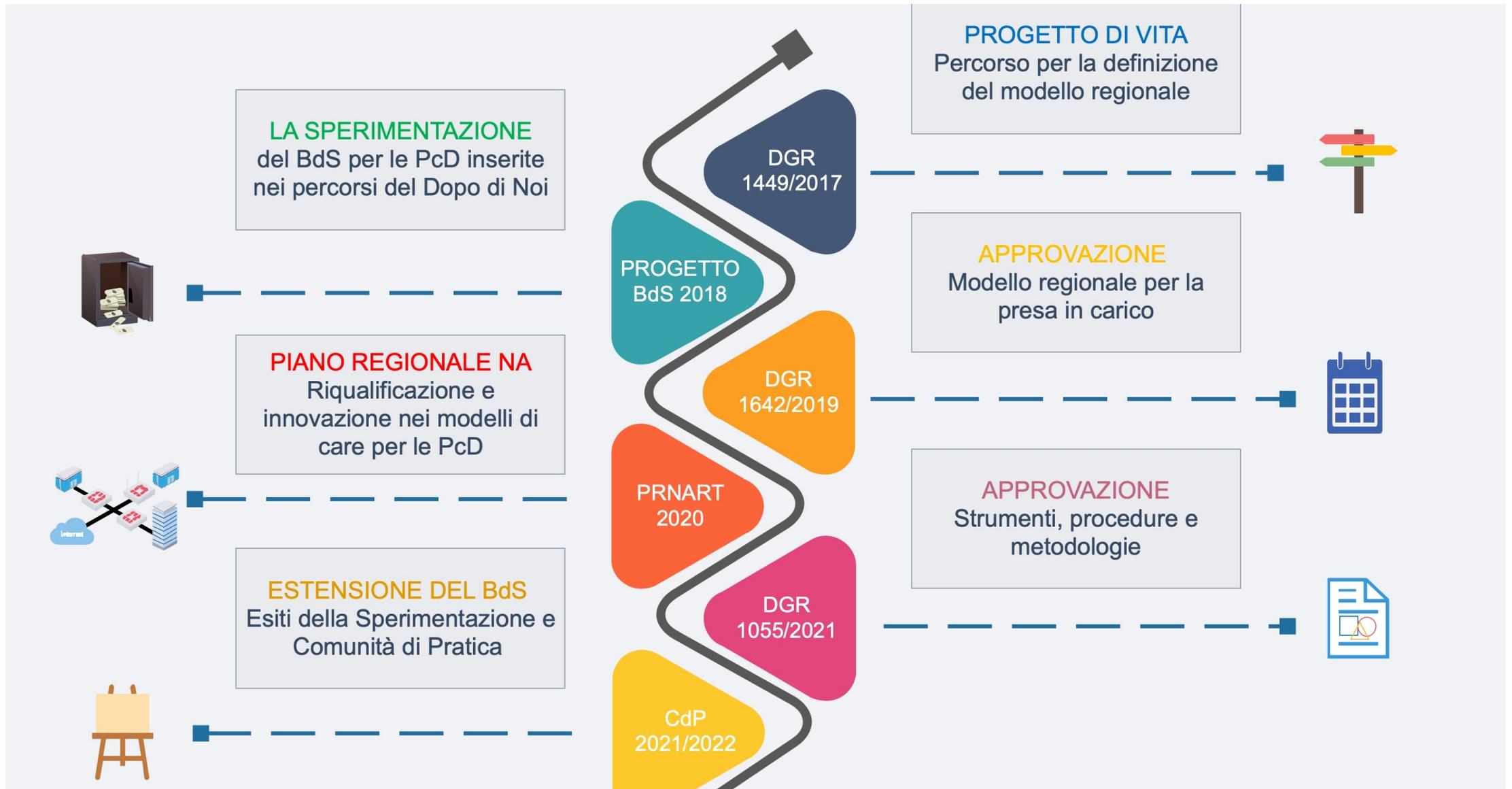


Federazione Toscana

Strategia per la disabilità e Comunità di Pratica in Regione Toscana

Accordo di collaborazione Regione Toscana, ANCI Toscana e Federsanità ANCI Toscana (DGR 1663/2019) per attività di costruzione della conoscenza, supporto agli ambiti territoriali, attività di formazione, promozione dell'innovazione, promozione dell'attivazione delle comunità e della loro partecipazione.



DGR n. 1449 del 19 dicembre 2017



- Si avvia un percorso di attuazione del modello regionale di Presa in carico della persona con disabilità
- Si definiscono i principi di riferimento e la cornice all'interno della quale sviluppare il percorso di lavoro:
 - Quattro tavoli di lavoro:
 - Livelli di governo
 - Accesso, presa in carico, case manager, continuità assistenziale
 - Profilo funzionale, valutazione dei bisogni, analisi delle risorse
 - Progetto di vita, budget di salute, monitoraggio e valutazione
 - Confronti programmati con il Tavolo regionale delle Federazioni e dei Coordinamenti delle Associazioni delle persone con disabilità

Progetto per la sperimentazione del BdS nell'area della Disabilità



- La sperimentazione è stata realizzata su 6 Società della Salute
- La proposta progettuale ha consentito di sperimentare, nell'arco temporale di 24 mesi, l'utilizzo del budget di salute nella definizione di progetti personalizzati per persone con disabilità
- In prima applicazione la sperimentazione ha circoscritto l'ambito di applicazione del BdS alle sole persone in carico nel percorso del "Dopo di Noi", sviluppando e potenziando gli interventi di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare e di supporto alla domiciliarità

FATTORI OSTACOLANTI IL CAMBIAMENTO

- La mancanza di procedure semplificate
- La carenza di risorse dedicate e i carichi di lavoro
- La necessità di strutturare il lavoro sulla comunità in termini di mappatura, sensibilizzazione e coinvolgimento
- La mancanza di strumenti di valutazione univoci
- Processi di unificazione organizzativi non ancora ultimati (SdS area Grossetana)
- Il non avere certezza/chiarzza sulle risorse (pubbliche) a disposizione delle Unità di valutazione
- (In alcune realtà) la definizione degli obiettivi sulla base delle (scarse) risorse disponibili e non sulla base dei bisogni rilevati;
- La difficoltà ad individuare/definire con chiarezza gli obiettivi di progetto e i relativi indicatori

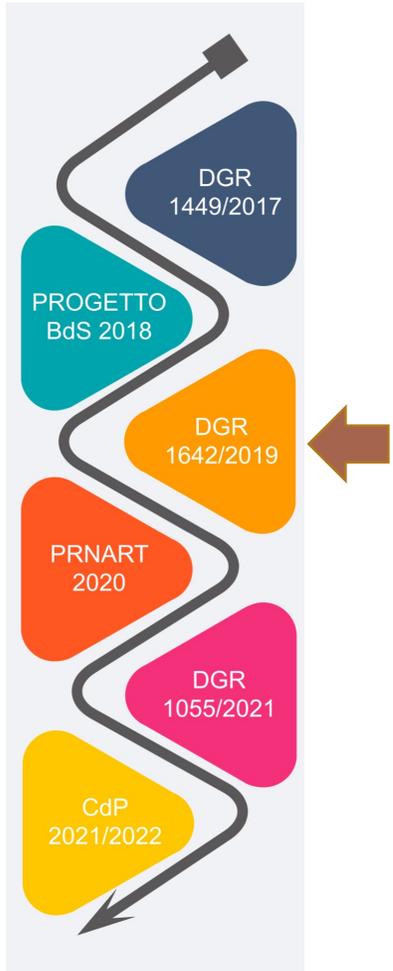
FATTORI FAVORENTI IL CAMBIAMENTO

- Il coinvolgimento attivo delle persone con disabilità
- La partecipazione allargata e sistematica dei soggetti della rete
- Il percorso formativo e la possibilità di un confronto continuo anche con altre realtà
- La strutturazione di "nuove" pratiche di lavoro:
 - Mappatura delle risorse che altrimenti si ha difficoltà ad attivare in modo sistematico
 - La gestione delle risorse per obiettivi
- La possibilità di strutturare procedure e strumenti facilitanti l'applicazione del modello
- La presenza di un terzo settore fortemente integrato alla rete dei servizi pubblici
- La possibilità, già sperimentata da tempo (in alcune Zone Distretto/Società della Salute) di avviare e consolidare le pratiche di co-programmazione e di co-progettazione

L'articolazione della sperimentazione

- **Fase promozionale** finalizzata a sensibilizzare e a rendere consapevoli delle opportunità del budget di salute le persone con disabilità, le loro famiglie e gli stakeholder del territorio;
- **Fase della formazione** rivolta agli operatori pubblici coinvolti nella fase di valutazione e presa in carico delle persone con disabilità e agli operatori del privato sociale implicati nella realizzazione delle progettazioni individuali;
- la definizione del **piano di azione territoriale** che di fatto ha definito le fase attuativa della sperimentazione per ciascun territorio coinvolto;
- La costruzione dei **progetti personalizzati** attraverso lo strumento del BdS
- Il **monitoraggio e la valutazione** della sperimentazione.

DGR 1642 del 23 dicembre 2019



“Modello regionale del percorso di presa in carico della persona con disabilità”

- Definizione di disabilità
- La rete dell'accesso con l'individuazione del PUA in ogni Zona Distretto/SdS
- La presa in carico
- Il case manager
- La continuità nel percorso di vita
- L'Unità di Valutazione Multidimensionale per la Disabilità (UVMD)
- La partecipazione della persona

I contenuti

- **La PRESA IN CARICO** è un processo
- **Il PUA** è una funzione
- Il **CASE MANAGER** è la figura di riferimento che, supporto la persona e la famiglia nel collegamento con il sistema dei servizi.
- La **CONTINUITÀ NEL PERCORSO DI VITA** è assicurata soluzioni organizzative/operative (es. team di transizione minore-età/età-adulta)
- La **UVMD È UN'ARTICOLAZIONE OPERATIVA** della SdS
- La **PARTECIPAZIONE** della persona alla definizione e valutazione del Progetto di vita è strategica e deve essere sempre pratica valorizzata.

IL PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 19/21 (DGR 618/2020)



Il Piano orienta la programmazione territoriale verso la realizzazione del sistema integrato per l'accesso e la presa in carico definendo per ciascuna fase di intervento la strumentazione e indicando gli **obiettivi di servizio** che debbono essere raggiunti

Le finalità in esso richiamate sono:

- migliorare la qualità, la quantità e l'appropriatezza delle risposte assistenziali;
- promuovere la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza e della disabilità,
- favorire i percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità

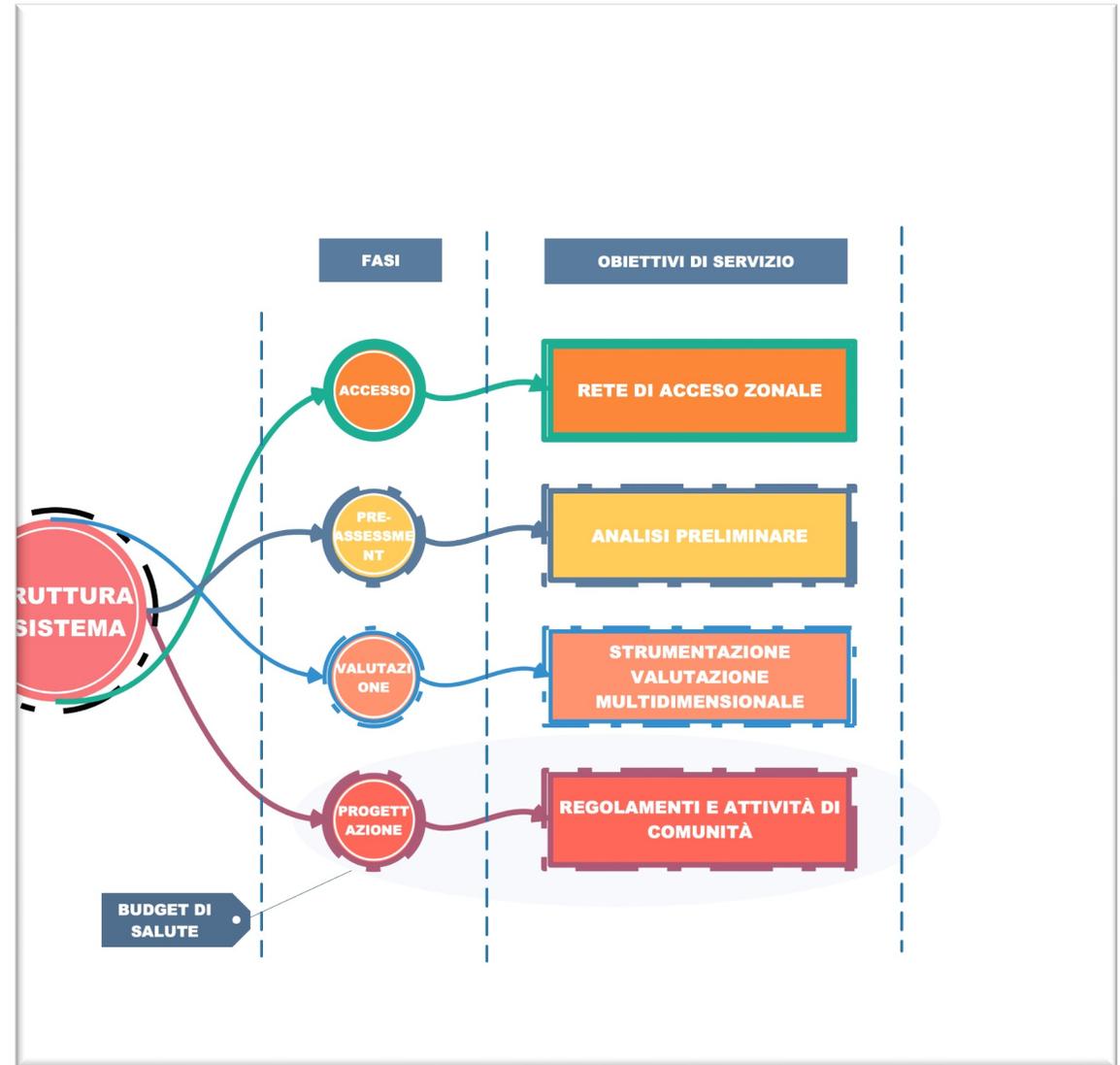
Le priorità del Piano per l'area della disabilità

- Uno strumento unico:
 - Il progetto personalizzato
- Un soggetto dedicato alla regia:
 - l'UVMD
- Obiettivi di servizio:
 - Il Piano orienta la programmazione territoriale verso la realizzazione del sistema integrato per l'accesso e la presa in carico definendo per ciascuna fase di intervento la strumentazione e indicando gli **obiettivi di servizio** che debbono essere raggiunti



GLI OBIETTIVI DI SERVIZIO

- Il **Budget di Salute** viene definito dal Piano come lo strumento organizzativo e gestionale attraverso il quale conoscere e coordinare i percorsi e i servizi attivati intorno alla persona dai molteplici soggetti pubblici e privati coinvolti.
- Il **Budget di Salute** viene individuato tra gli obiettivi di servizio, con la previsione della sua adozione su tutto il territorio regionale a partire dall'area della disabilità



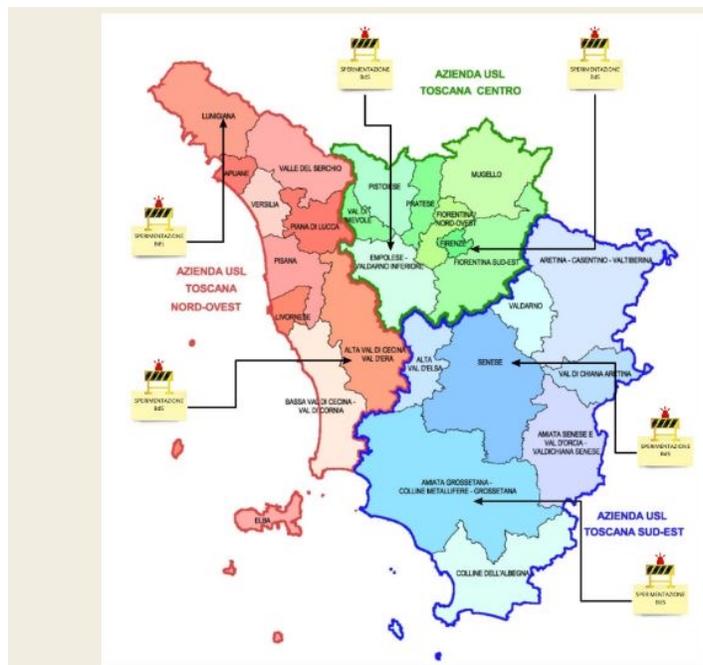
DGR 1055 del 11 ottobre 2021

«... approvazione strumenti, procedure e metodologie»



- A. Scheda di accesso e segnalazione del bisogno
- B. Scheda anagrafica della cartella sociosanitaria della persona
- C. Scheda di valutazione delle dimensioni di vita afferenti all'area sociale
- D. Questionario delle opportunità e della qualità di vita
- E. Modello di valutazione dell'Adattamento Domestico per l'Autonomia
- F. Procedura di definizione del Profilo di funzionamento
- G. Scheda di definizione del Progetto di vita attraverso il budget di salute

La chiusura della sperimentazione e l'avvio della CdP

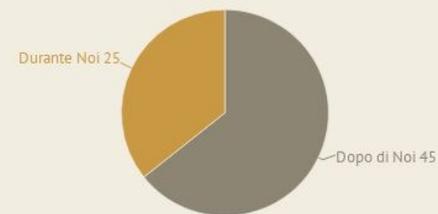


Budget di Salute

Report 2018/2020

Gruppo Target

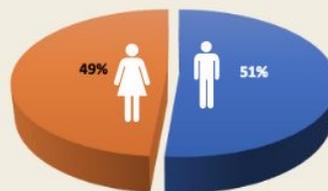
Complessivamente sono state coinvolte 70 persone con disabilità



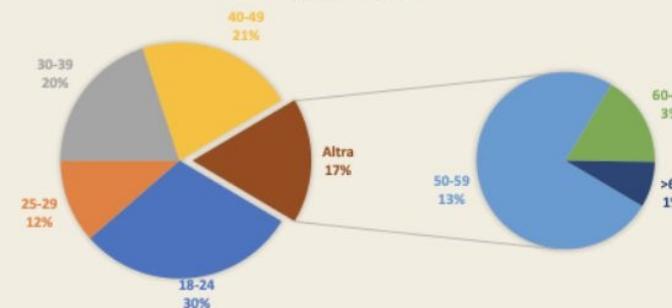
29 Giovani adulti

38 Adulti

3 con + di 65 anni



FASCE DI ETÀ





UN'INNOVAZIONE SENZA ROTTURE

- Natura incrementale dell'innovazione:
 - Potenziamento del ruolo delle UVMD
 - Linguaggi e modalità operative condivise
 - Processo di budgetizzazione e l'orientamento efficace delle risorse
 - L'organicità del coinvolgimento e della partecipazione
 - Ampliamento delle possibilità di costruire progetti maggiormente significativi per le persone



LA «FATICA DEL LAVORO DI RETE»

- La manutenzione delle reti:
 - Prassi consolidate e nuove modalità di ingaggio
 - Reti sedimentate e significative (ampie o strette che siano)
 - Reti da curare (ampliare e gestire)
- Da orientare all'interno dei progetti
 - Modalità operativa nuova
 - Adesioni formali
 - Ampiezza e complessità (interessi e punti di vista diversi)



IL COINVOLGIMENTO E LA PARTECIPAZIONE

- Il coinvolgimento di persone e caregiver
 - Un ascolto attivo (percepito oltreché agito)
 - Maggiore efficacia della valutazione e della progettazione
 - Una più alta consapevolezza
- La partecipazione nei territori
 - La partecipazione dei diversi attori in tutte le fasi della sperimentazione
 - Un ruolo fondamentale del terzo settore



IL PUNTO DI VISTA DELLE FAMIGLIE: TRA SPERANZE E TIMORI

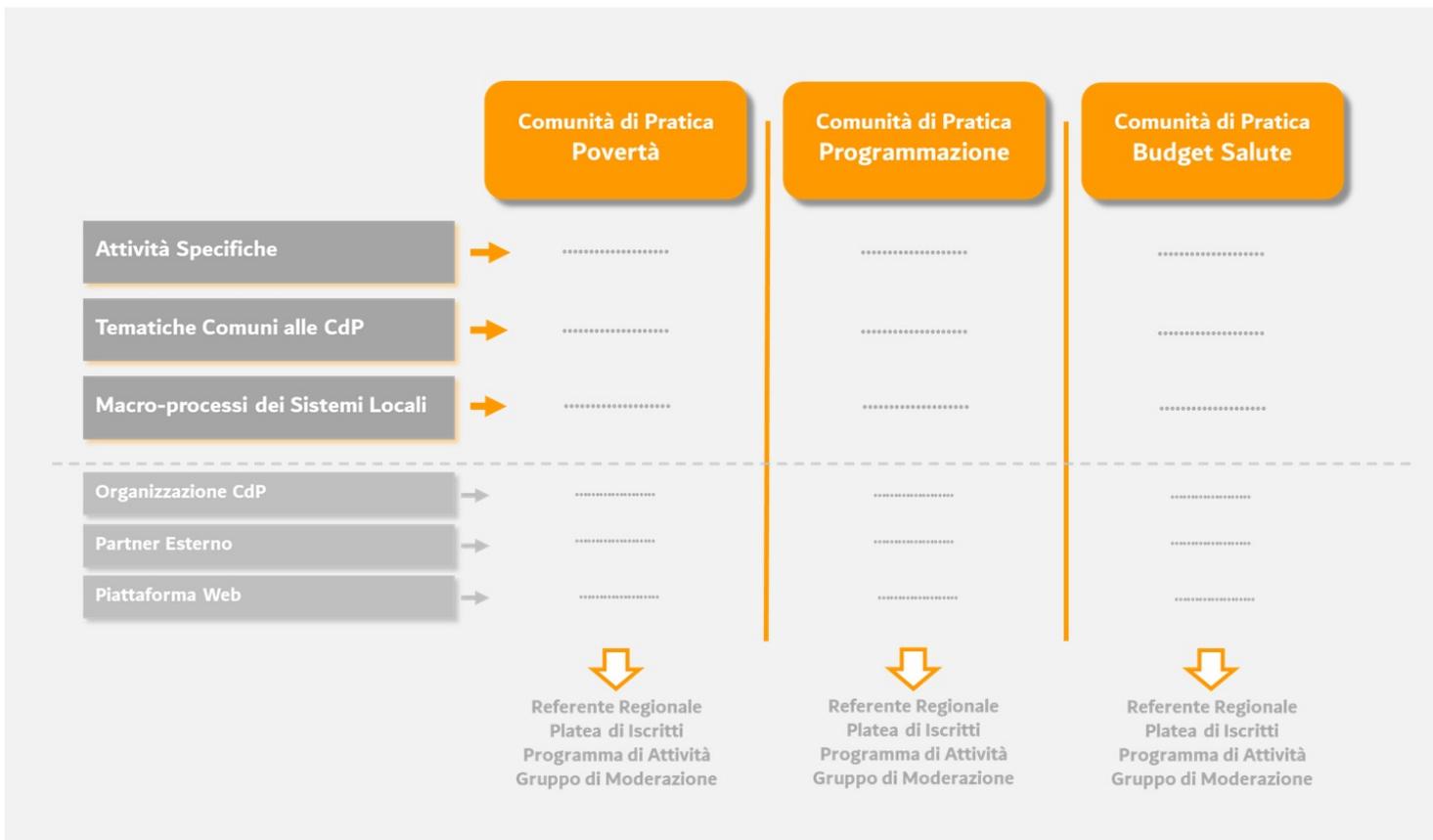
- **Finanziamenti ben calibrati sui percorsi di autonomia**
- **Riconoscimento del ruolo delle equipe multi professionali**
- **Il Dopo di noi che può «finalmente» realizzarsi**
- **Percorsi di presa in carico a 360°**
- **Timori sulle capacità del proprio figlio e del «sistema» di affrontare le situazioni problematiche**
- **La resistenza al cambiamento**
- **Il tempo lungo della sperimentazione e i possibili effetti della pandemia**
- **Difficoltà delle famiglie ad affidarsi e a relazionarsi (tra loro e con gli operatori) al di là degli aspetti organizzativi**

Il punto di vista degli operatori

- La consapevolezza che il lavoro di comunità è una attività time consuming;
- Complessità delle procedure e degli strumenti valutativi;
- Risorse umane e fattore-tempo;
- Formazione e accompagnamento;
- Supporto tecnologico (management rete e monitoraggio progetto di vita)
- Valutazione degli esiti da poter utilizzare
- Impegno di tutta l'organizzazioni rispetto agli elementi di trasformazione sollecitati dal BdS

«Coltivare Comunità di Pratica»

- La CdP come esito naturale della sperimentazione
- La scelta di fondo della CdP risiede nella necessità di adottare un approccio sistemico alla complessità dell'integrazione, e la necessità di costruire una interazione strutturata e codificata tra il livello regionale e i livelli locali
- Costruire un luogo permanente di dialogo, scambio ed evoluzione per gli operatori (del pubblico e del privato sociale) coinvolti nell'utilizzazione dell'approccio del budget di salute (ma non solo)
- Rinforzare le pratiche professionali durante il percorso di costruzione e realizzazione dei progetti di vita delle persone
- Monitorare e verificare la fattibilità degli strumenti e dei percorsi definiti dalla Regione
- La CdP può essere vista anche come una possibile evoluzione dei tavoli di lavoro che registrano sempre di più un rapporto prodotti/tempo di lavoro decisamente basso



- l'approccio multidimensionale ai processi di esclusione, alle povertà e alle disuguaglianze;
- la programmazione integrata zonale per la salute;
- la ricomposizione del budget di salute per i percorsi di vita autonoma e di piena cittadinanza delle persone con disabilità.

Le comunità di pratica in Regione Toscana



La definizione del Progetto personalizzato con il BdS

Come lo strumento del BdS si incardina nella procedura per la definizione e la determinazione degli obiettivi e delle azioni prioritarie per ciascuna area di intervento in cui si struttura il Progetto personalizzato

Il processo dinamico di costruzione del progetto di vita

- Partendo dal profilo funzionale della persona, il progetto si modifica nelle diverse fasce d'età con il variare dei suoi bisogni, delle sue aspirazioni e dei suoi desideri.
- La valutazione multidimensionale del bisogno individua le aree prioritarie dove intervenire, aiuta a delineare gli obiettivi, i sostegni, le opportunità, i servizi formali e informali per garantire alla persona un maggiore benessere, l'accrescimento delle sue potenzialità e la partecipazione alla vita sociale consolidando la sua massima autonomia possibile.

Le basi conoscitive

- Ciascun componente della UVMD attraverso la propria strumentazione professionale e quella specifica prevista dalla procedura valutativa, contribuisce al lavoro di equipe multidisciplinare
- Tale lavoro porta a rappresentare la persona sulla base della condivisione di analisi e sintesi

Nome e Cognome	Data nascita	età	Data UVMD
Matteo	01/01/2000	21	15/07/2021

FATTORI CONTESTUALI	
Rete familiare	Minima
Rete sociale e di supporto	Nessuna
Caregiver	Sufficiente
Accessibilità dell'ambiente domestico	Buona

Nel complesso il supporto della rete è: **Inefficace**

Titolo di studio	Medie
Esperienza Lavorativa	Pregressa

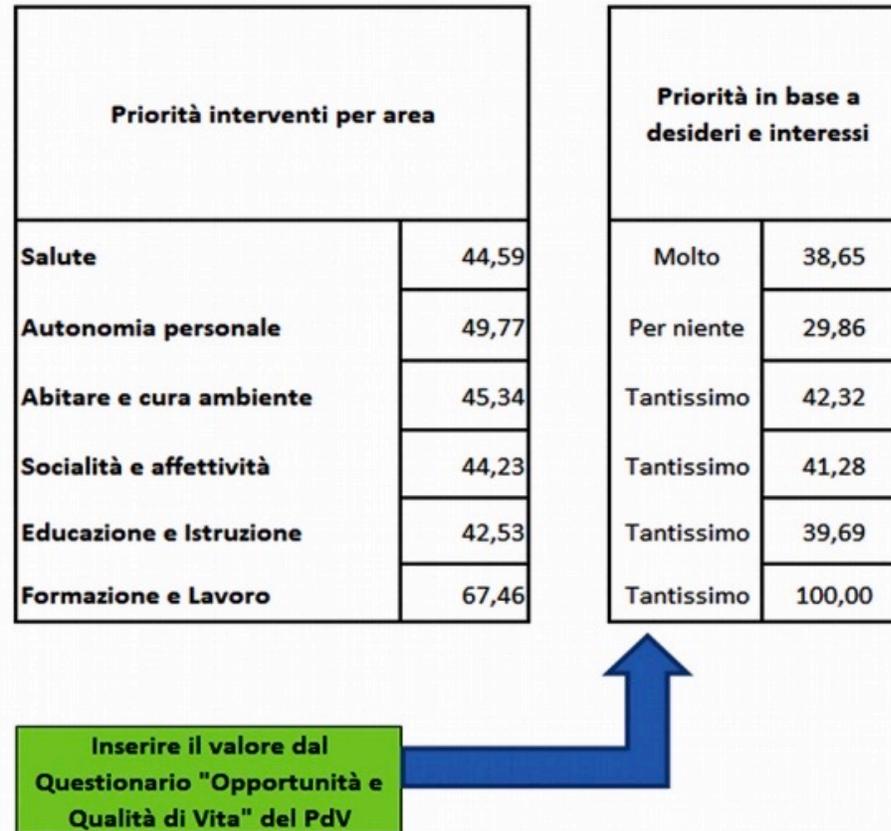
Le dimensioni

- Scelta delle capacità per ciascuna dimensione (personali e ambientali)
- I qualificatori e le strategie compensative definiscono il livello di funzionamento e non il deficit
- La combinazione tra capacità e fattori di contesto genera la performance della persona per ciascuna dimensione

FUNZIONAMENTO E DISABILITA'		Strategie compensative e supporto rete	Performance
DIMENSIONI	Capacità		
Cognitiva	Nessuna	Ostacolanti	1,75%
Apprendimento	Nessuna	Ostacolanti	1,75%
Comunicazione	Buona	Neutre	70,00%
Sensoriale	Sufficiente	Neutre	50,00%
Motoria	Sufficiente	Neutre	50,00%
Affettività, Relazioni e Interessi	Completa	Inefficaci	45,00%
Comportamentale	Completa	Ottime	100,00%
Cura della persona	Minima	Sufficienti	32,50%
Autonomia abitativa	Minima	Sufficienti	32,50%
Capacità sociale	Buona	Neutre	70,00%

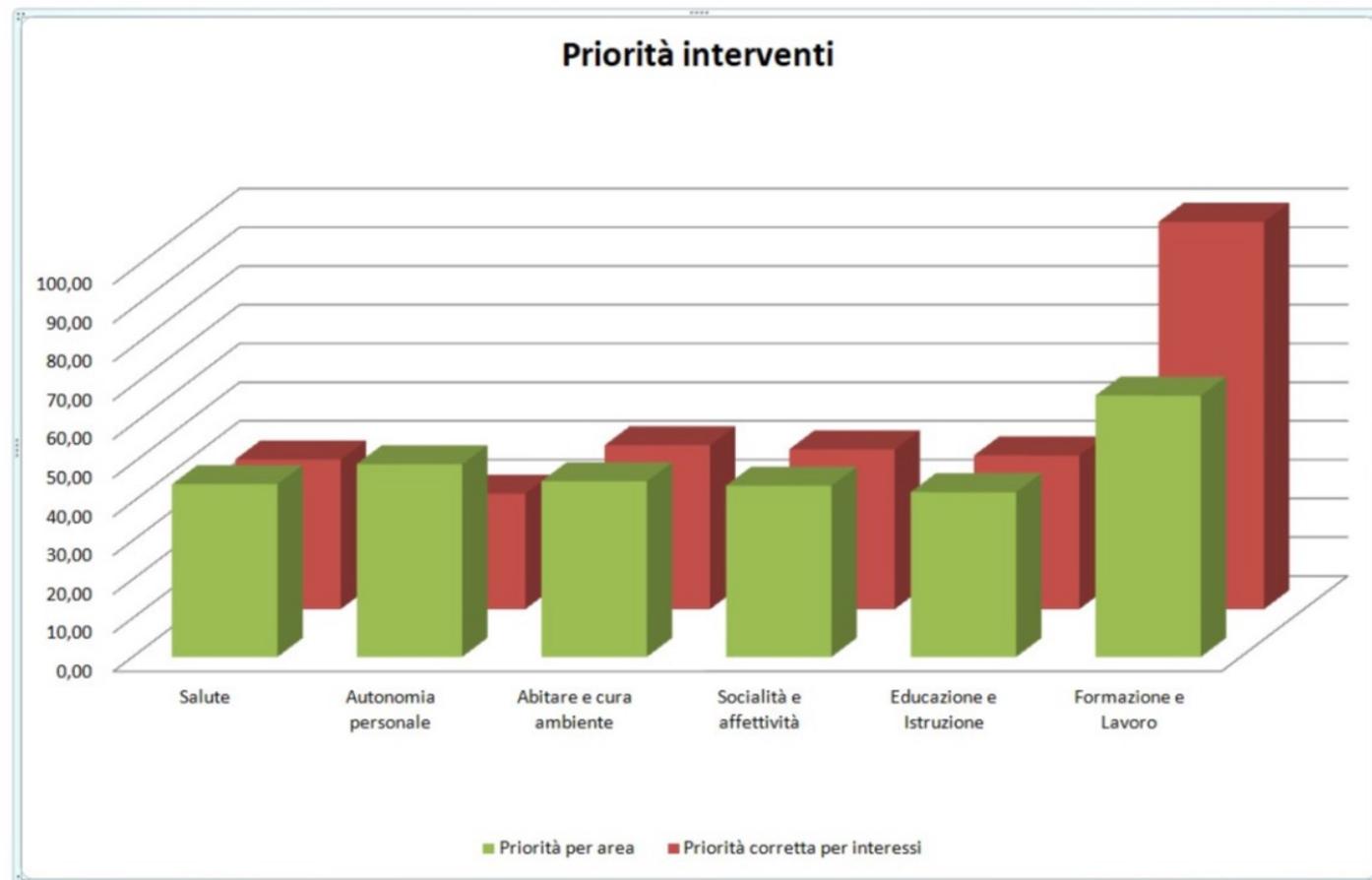
Le priorità di intervento

- Il peso dato a ciascuna dimensione per le diverse aree di intervento parametrata in base ad età e performance rilevata genera un indice di priorità
- Le priorità vengono poi riviste e riparametrate sulla base degli interessi e delle aspettative della persona



La
correzione
delle priorità
di intervento

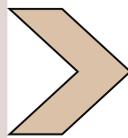
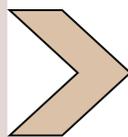
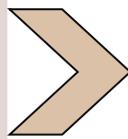
PROFILO di FUNZIONAMENTO



Budget di Salute e Progetto Personalizzato

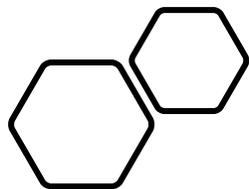
Il processo del Budget di salute

- Ricognizione delle risorse economiche, strumentali, professionali e di sistema;
- Mappatura e attivazione delle risorse personali, familiari e comunitarie
- Allocazione delle risorse:
 - Corretta definizione degli obiettivi per ciascuna area di intervento
 - Attribuzione delle risorse ai diversi obiettivi
 - Attribuzione di responsabilità ai diversi soggetti coinvolti



Il documento del Progetto personalizzato

- Documento unico che racchiude tutti i vari progetti
- Definisce e contiene gli obiettivi (e gli indicatori relativi);
- Indica le azioni prioritarie, i tempi, il chi fa cosa e gli indicatori (monitoraggio e valutazione di progetto)
- Viene sottoscritto da tutti gli attori (coinvolti e responsabili)

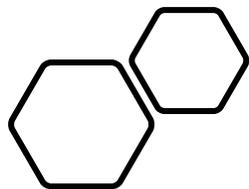


Le schede del Progetto di vita

- 6 aree di intervento (salute, autonomia, socialità, abitare, educazione, lavoro)
- 6 classi di attori per ciascuna area
- La programmazione operativa (risorse, azioni, tempi e monitoraggio) per ciascun attore coinvolto

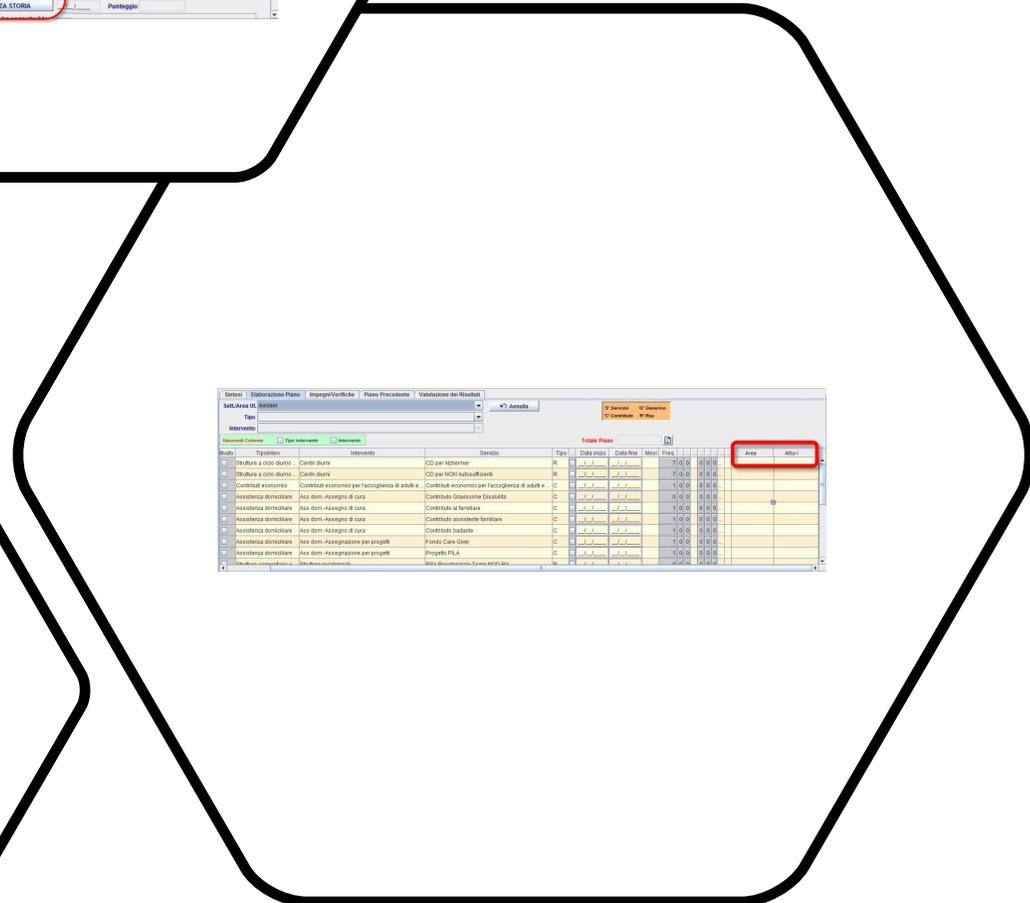
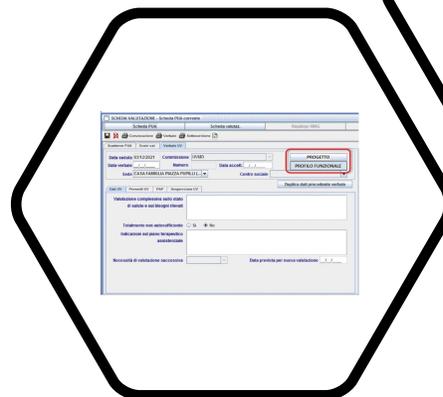
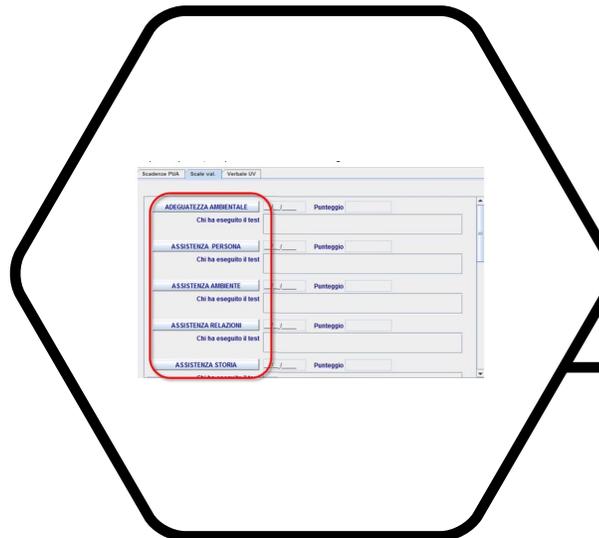
PROGETTO DI VITA						VERIFICA STATO DI ATTUAZIONE	
SOCIALITA' E AFFETTIVITA' (INCLUSI INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA RETE FAMILIARE)						Data: _____ Nota: _____	
Obiettivo	PERSONA	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____	
						Nota: _____	
	RAPPRESENTANTE LEGALE	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____	
						Nota: _____	
	FAMIGLIA	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____	
						Nota: _____	
	SERVIZIO PUBBLICO	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____	
						Nota: _____	
PRIVATO SOCIALE	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____		
					Nota: _____		
VOLONTARIATO	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____		
					Nota: _____		

PROGETTO DI VITA						VERIFICA STATO DI ATTUAZIONE	
ABITARE E CURA DELL'AMBIENTE (AUTONOMIA ABITATIVA, ADEGUATEZZA DELL'AMBIENTE DOMESTICO)						Data: _____ Nota: _____ (In corso, sospeso, concluso, non valutato)	
Obiettivo	PERSONA	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____	
						Nota: _____	
	RAPPRESENTANTE LEGALE	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____	
						Nota: _____	
	FAMIGLIA	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____	
						Nota: _____	
	SERVIZIO PUBBLICO	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____	
						Nota: _____	
PRIVATO SOCIALE	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____		
					Nota: _____		
VOLONTARIATO	Risorse:	Azioni:	Durata:	Tempi di attivazione:	Data: _____		
					Nota: _____		



L'informattizzazione delle schede

- La gestione su piattaforma del processo : dall'inserimento della scheda di segnalazione (Punto Insieme), alla definizione del progetto di vita

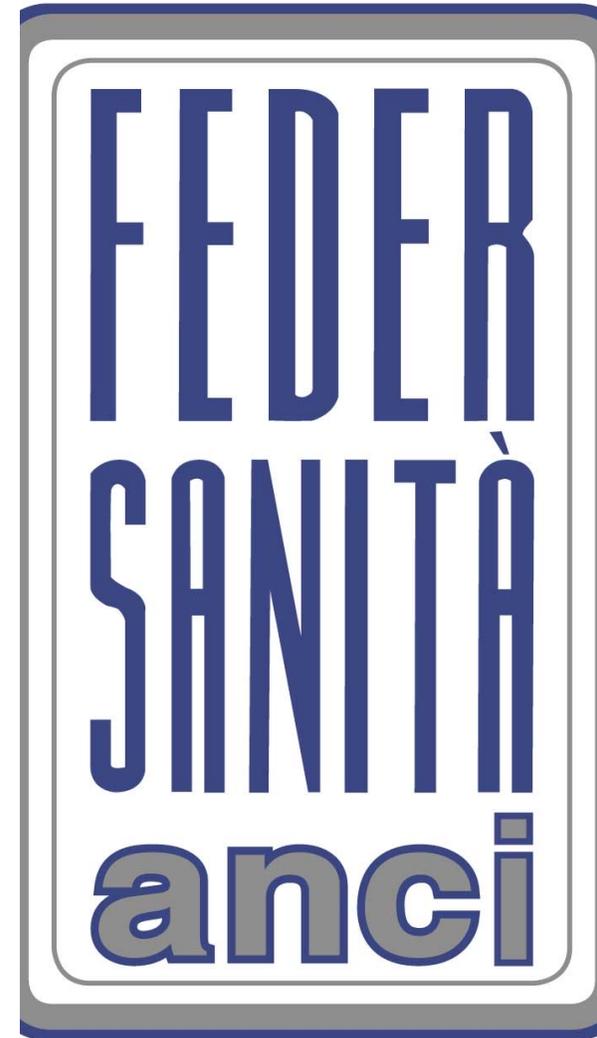


soli@federsanitatoscana.it

info@federsanitatoscana.it

<https://federsanitatoscana.it/>

Grazie per
l'attenzione



Federazione Toscana