

DOPO DI NOI: IDEE IN MOVIMENTO IN APPENNINO

BREVE DESCRIZIONE DEL CONTESTO DISTRETTUALE DI RIFERIMENTO

Il Distretto dell'Appennino Bolognese è composto da dodici Comuni ed insiste su di un territorio prevalentemente montano che si dispiega lungo due valli Valle del Reno e Valle del Setta.

La popolazione distrettuale è andata progressivamente aumentando dal 1987 al 2010, con una crescita media annua dello 0,9%. Dall'anno 2011 si sta invece assistendo ad un cambio di tendenza: la popolazione si è ridotta con una diminuzione media annua dello 0,8%. Dal 2004 ad oggi l'aumento della popolazione residente è dovuta in gran parte all'incremento della popolazione straniera fino al 2011. Da questo anno è diminuito sia il numero di stranieri che di italiani, seppur questi ultimi in modo meno incisivo.

Il tasso di natalità nel tempo è stato abbastanza variabile. Si possono tuttavia osservare due diversi trend: un primo (dal 2000 al 2007) in aumento, e uno in decremento dal 2007 ad oggi, seppur con un picco di ripresa nel 2009.

L'indice di vecchiaia ha registrato un calo costante seppur contenuto fino al 2010 (mediamente -0,6% annuo tra il 2000 e il 2010), per poi tornare ad aumentare con una crescita media annua del +3,5%.

L'indice è indicatore importante per conoscere il grado di invecchiamento della popolazione, e quindi il conseguente impegno socio-sanitario dei servizi.

La popolazione fragile in carico corrisponde al 14% ed è costituita di: famiglie con minori, disabili, salute mentale e anziani.

Gli adulti con disabilità in carico sono oltre 200 con un trend di crescita pari al 30% in 10 anni

In crescita costante anche il trend delle persone con "gravissime disabilità acquisite", la media regionale segna un aumento di oltre l'80% negli ultimi 10 anni. I minori in carico con disabilità/psicopatologie ammontano a 650 di cui 200 nuovi casi (7,6% della popolazione target); il 2% della popolazione target ha una certificazione di disabilità.¹

Di particolare rilievo il fenomeno del tasso di invecchiamento, numericamente significativo, dei genitori e dei disabili stessi in carico ai Servizi sociosanitari. I genitori dei disabili in carico, invecchiando, non sono più in grado di garantire gli stessi livelli assistenziali ed educativi ai loro figli. Questi ultimi richiedono risposte adeguate in vista di una loro vita futura autonoma e in ragione di esigenze assistenziali, di tutela e di cura che si modificano al crescere della loro età e a quella dei loro caregiver naturali. Questa situazione richiede strategie di azione diversificate e personalizzate che devono essere realizzate fin dalla giovane età delle persone con disabilità ("durante noi") per poter costruire percorsi di autonomia a garanzia della qualità di vita nell'età adulta e in vecchiaia e in continuità con l'attività di cura prestata dai genitori-caregiver ("dopo di noi").

PREMESSA METODOLOGICA

1. Progetto personalizzato

Il metodo di lavoro mediante equipe multi-professionale permette di realizzare forme di integrazione socio-sanitaria degli interventi al cittadino sempre più valide e di individuare modalità di valutazione attenta dell'efficacia dei servizi al fine della condivisione del progetto individualizzato di vita e di cura.

¹ Dati tratti dal "Profilo di Salute del Distretto dell'Appennino Bolognese-anno 2016"

Il progetto individualizzato di vita e di cura viene elaborato, in UVM sulla base della analisi del bisogno, dei desiderata dell'utente, della analisi funzionale, della necessità di azioni/interventi di supporto attraverso strumenti validati scientificamente.

L'approccio alla programmazione individualizzata attraverso il "Progetto di Vita e di Cura" (PIVEC) dovrà tenere in considerazione non solo i bisogni e le risorse della persona ma la qualità di vita intesa come soddisfazione che trae la persona per quanto realizza secondo le proprie aspettative e desideri.

2. Budget di progetto

Come previsto dal Programma regionale approvato con DGR 733/2017, i Servizi socio-sanitari, per le persone con disabilità di Comuni e Azienda USL, devono assicurare che in ogni progetto personalizzato sia contenuto il "budget di progetto" inteso quale insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali da poter utilizzare in maniera flessibile, dinamica ed integrata.

Nel budget di progetto sono esplicitate non solo le risorse pubbliche, ma anche - nel rispetto del principio di sussidiarietà e delle relative competenze - le risorse messe a disposizione dalle famiglie o da altri soggetti di diritto privato, quali Fondazioni e altri soggetti del Terzo settore, con comprovata esperienza nel settore dell'assistenza alle persone con disabilità.

Pertanto il **Budget di Progetto** è inteso quale insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali da poter utilizzare per l'attivazione di **progetti individualizzati** in maniera flessibile, dinamica ed integrata.

3 Strumento Operativo

L'individuazione degli interventi avverrà tramite un bando distrettuale indirizzato alle diverse componenti territoriali in cui verrà richiesta una **co-progettualità** con l'obiettivo di aumentare:

- la partecipazione attiva di più componenti della vita di comunità con un apporto specifico in termini di diffusione di valori (equità, tolleranza, solidarietà, mutualità);
- la collaborazione in termini di rafforzamento della sussidiarietà orizzontale, dei rapporti intra-istituzionali e inter-istituzionali;
- l'apporto in termini di aumento di ricchezza materiale, economica e finanziaria dell'attività progettata attraverso un Budget di Progetto "iniziale".

LINEE PROGETTUALI DISTRETTUALI

Le zone identificate in nuclei territoriali sono: Alta e Media Valle del Reno, Valle del Setta. Attraverso gli elementi caratteristici evidenziati in sede di analisi del contesto socio-sanitario del territorio distrettuale, è possibile identificare le seguenti direttrici progettuali:

Azioni:

- Erogare risposte residenziali a sostegno della famiglia (di sollievo, programmate e progressivamente sostitutive);
- Adottare gestioni flessibili e individualizzate utili a completare le risposte già erogate attraverso i servizi accreditati.

Luoghi:

- Spazi residenziali inutilizzati in strutture accreditate
- Spazi residenziali inutilizzati all'interno della struttura del CSRD Casa di Pietro a Bombiana di Gaggio Montano (Nucleo Alto Reno)

- Spazi residenziali inutilizzati all'interno della struttura del nuovo CSRD di Castiglione dei Pepoli (Nucleo Valle Setta)
- Appartamenti di normale abitazione con supporto professionale:
 1. ad alta intensità ad Alto Reno Terme (Nucleo Alto Reno)
 2. a bassa intensità a Vergato (Nucleo Medio Reno)
 3. Appartamenti/Spazi di Enti Gestori
 4. Appartamenti e Spazi delle associazioni territoriali, appartamento domotico .

Strumenti di lavoro di cura: Amministratore di Sostegno, Educatore, Operatore Socio-Sanitario, Assistente Familiare, Associazioni, Volontariato esperto, Care giver

Budget di Progetto : Insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali da poter utilizzare in maniera flessibile, dinamica ed integrata.

Le risorse : non saranno solo pubbliche quindi, ma anche delle famiglie o di altri soggetti di diritto privato, quali Fondazioni e altri soggetti del Terzo Settore.

TIPOLOGIA DI INTERVENTI

Tutti gli interventi devono essere aggiuntivi e non sostitutivi dei servizi già esistenti e rispettare le finalità indicate all'art. 19 della Convenzione ONU, con particolare riguardo al comma 1, lett. a).

Deve essere garantito l'accesso ai servizi e agli interventi a tutte le categorie di disabilità, comprese quelle intellettive e del neuro sviluppo, ai sensi dell'art. 3, comma 1, secondo periodo del D.M.. In merito alle spese per servizi sociosanitari, sono ammissibili soltanto quelle di rilevanza sociale.

Gli interventi possono essere integrati con risorse regionali, di ambito o di soggetti terzi, sempre nel rispetto delle indicazioni operative e degli indirizzi indicati nel DM, in funzione delle finalità della legge 112/2016.

- 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: CENO FUORI;
- b. Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4: DORMO FUORI;
- c. . programmi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave e una migliore gestione della vita quotidiana (art. 3, comma 5), anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale (art. 3, comma 6): PROGETTI PERSONALIZZATI 12/24 H/GG A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DELLA SCUOLA;
- d. Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessarie per il funzionamento degli alloggi medesimi anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità: PROGETTI A CURA DEI SOGGETTI PROMOTORI;
- e. in via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare, di cui all'articolo 3, comma 7: SOLUZIONI ABITATIVE CON SUPPORTO PROFESSIONALE "DORMO FUORI".

FACILITARE LA COLLABORAZIONE TRA PUBBLICO E PRIVATO

Il “Budget di Progetto”, costituito dalle risorse comunitarie ricordate poco sopra (fondi di associazioni, istituti bancari, Fondazioni, altri soggetti industriali) e istituzionali (Fondi sociali, FRNA, Fondo Dopo di Noi) che concorrono alla sua creazione verrà destinato, alle persone con disabilità grave seguite dai servizi pubblici con interventi tutelari per la loro condizione di salute e/o sociale.

Un ulteriore strumento operativo, che la stessa Regione Emilia Romagna, con propria determinazione (Dgr1474/2015) ha voluto promuovere recentemente, è costituito dal cosiddetto “Budget di Salute”.

Il “Budget di Salute” (BdS) è finalizzato a ricercare e a realizzare soluzioni personalizzate per le persone in condizione di bisogno attivando, in modo virtuoso e creativo, le risorse della persona, della famiglia, del contesto sociale, del terzo settore (cooperative sociali, volontariato, associazionismo, ecc.) degli Enti Locali e delle Aziende sanitarie. Esso nasce dalla necessità/evidenza di:

- garantire una effettiva integrazione con tutti i soggetti della rete dei servizi con il fine di fornire una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo;
- lavorare per sostenere la domiciliarità e il lavoro di cura delle famiglie valorizzando come risorsa dei servizi la partecipazione delle Associazioni dei famigliari, del volontariato, del privato sociale ed imprenditoriale.

Il “Budget di Salute” è finalizzato quindi a creare un legame tra il Sistema di Cura ed il Sistema di Comunità e mira ad un utilizzo appropriato delle risorse di entrambi. In particolare si intendono punti qualificanti della metodologia del BdS:

- l'ottica della partecipazione attiva della persona, della famiglia nonché di altri attori sociali come il mondo dell'associazionismo e del volontariato;
- la natura costitutivamente socio-sanitaria dello strumento, orientato a creare e mantenere connessioni e legami virtuosi tra sistemi di cura e sistemi di comunità ed ad utilizzarne in modo appropriato le risorse;
- la multidimensionalità dell'intervento in tutte le sue fasi (valutazione iniziale, redazione del progetto individualizzato, costruzione individualizzata dell'insieme di mezzi e risorse appropriati per il singolo progetto, collaborazioni col volontariato ed il privato sociale, verifiche in itinere ed eventuali riprogettazioni...).

Questo strumento, in fase di sperimentazione nell'ambito della Salute Mentale, può essere qui pensato come un budget vero e proprio a disposizione degli utenti interessati dagli interventi. Ogni contratto assistenziale sarà allora alimentato sia dalle risorse del “budget di progetto” su richiamato, che da quelle della famiglia e delle sue reti di assistenza e solidarietà. Non si tratta solo di risorse finanziarie ma anche di risorse personali (tempo-lavoro) dei caregivers, risorse tecnologiche (telefonia sociale, ausili, ecc.), risorse intellettuali (studi e ricerche), o altro ancora.

RISORSE A DISPOSIZIONE E PERCORSO AMMINISTRATIVO PER L'AVVIO DEL PROGETTO

Il progetto si inquadra nell'ambito di quanto stabilito dalla Legge 112/2016 alla DGR 733/2017 a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Le fonti di finanziamento non saranno solo pubbliche (FRNA e FSL) ma anche delle famiglie e di altri soggetti di diritto privato, quali fondazioni e altri soggetti del Terzo Settore.

Il processo di avvio e selezione del/i progetto/i avverrà secondo il seguente percorso:

1. determina sulle modalità di selezione, criteri e tempi di avvio implementazione del Progetto e nomina commissione;
2. avvio di un concorso di idee con manifestazione pubblica di interesse;
3. valutazione dei progetti e avvio co-progettazione e messa in rete dei soggetti che hanno presentato progetti generativi di eventuali ulteriori partnership funzionali alla implementazione del progetto stesso;
4. stipula della convenzione tra Committenza e Soggetti individuati per la gestione delle attività
5. avvio del progetto
6. controllo e valutazione degli esiti;
7. implementazione del progetto;
8. rendicontazione delle attività

Infine, i processi e gli esiti del progetto dovranno essere documentati ai Sindaci nelle sedi istituzionali preposte (Comitato di Distretto, Unioni).

IL BOARD DEL PROGETTO

Il board è così composto:

- Direttore del Distretto dell' Appennino Bolognese: Eno Quargnolo
- Responsabile Ufficio amministrativo distrettuale Ausl: Geraldina Guidotti
- Responsabile UASS distrettuale: Valeria Cavallina
- Responsabile Ufficio di Piano
- Responsabile Servizio Sociale Professionale: Angelo Rainone
- Uno o più referenti del/dei soggetto/i partner

Il board dovrà seguire tutte le fasi e i processi di implementazione del progetto, in particolare dovrà pianificare le azioni previste e seguirne gli sviluppi attivando forme di valutazione e controllo di processo e di esito, a partire dalla documentazione fornita dal soggetto-partner.

Il Progetto potrà avvalersi di uno o più referenti tecnici, afferenti alla Ausl e all'Unione dei Comuni, ai quali affidare la gestione dei rapporti con il soggetto-partner attuatore operativo del Progetto.

Allegato: Scheda di progetto

Il progetto deve contenere indicativamente i seguenti contenuti:

- Premessa con inquadramento generale
- Razionale del Progetto
- Target individuato
- Obiettivi operativi (coerenti e congruenti con obiettivi generali proposti)
- Azioni (coerenti e congruenti con obiettivi operativi)
- Indicatori di processo e di esito per ogni azione proposta
- Metodologia di lavoro
- Strumenti (budget di salute, altri)
- Soggetti/attori implicati e arruolabili
- Risorse a disposizione (personale, tecnologia, finanziarie)
- Budget aggiunto (quota aggiunta al Budget di Progetto iniziale)
- Sistema di valutazione
- Valore aggiunto (in tutte le dimensioni: valore sociale, valore culturale e di partecipazione civica, rafforzamento istituzionale, valore economico).

Il progetto deve essere coerente e congruente con l'idea progettuale qui illustrata in tutte le sue parti. Ciò costituisce l'elemento portante della valutazione della qualità dello stesso ai fini del finanziamento.

Redatto: ottobre 2017