



## Orientamenti territoriali nell'area dei Servizi e degli interventi rivolti alle persone con disabilità. Proposta sperimentale

(ai sensi della Legge 328/2000; Legge regionale 3/2008 - D.G.R. 1254/2010 - D.G.R. 116/2013 - DGR 4155/2015, DGR 7631/2017- DGR 1253/2019)

**Riorganizzazione dell'offerta attraverso la realizzazione di percorsi e progetti individuali in risposta alla diversificazione dei bisogni delle persone disabili. Sperimentazione del budget di progetto. Evoluzione in Centri Multiservizi delle Unità d'Offerta della Rete per la disabilità.**

### PREMESSA E RIFERIMENTI NORMATIVI

La **DGR 116/2013** descrive la rete dei servizi per la disabilità presente in Lombardia, evidenziandone la ricchezza in termini di articolazione delle unità d'offerta che ne fanno parte ed in relazione all'intensità della cura e alla tipologia di servizi. La norma mette tuttavia in evidenza il limite di tale rete d'offerta, *"non sempre in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni delle persone con gravi disabilità e delle loro famiglie"*. In particolare viene rilevato che, *"con riferimento agli adulti con disabilità grave e gravissima, seppur in un contesto in cui i dati quantitativi evidenziano una buona capacità di risposta, emerge, dal punto di vista dell'analisi qualitativa, l'esigenza di riorientare l'offerta rispetto ad una domanda oggi più diversificata, sia in termini di problematiche da affrontare, sia in termini di flessibilità della risposta"*.

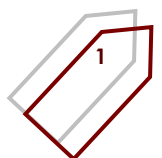
Tale evoluzione dell'offerta può essere realizzata attraverso:

- *"la definizione di una modalità unitaria di presa in carico integrata e dei conseguenti interventi ad essa dedicati, in una logica di collaborazione pubblico privato e di superamento dell'attuale frammentazione e sovrapposizione, anche in esito alle sperimentazioni/attività in corso"*;
- *"la realizzazione di percorsi di presa in carico integrata e flessibile, prevedendo la possibilità di attivare, nell'ambito dei servizi residenziali, in una logica di centro multiservizi, progetti centrati sulla "persona" e sulle sue aspettative, ottimizzando il complesso delle risorse e delle competenze presenti"*.

La normativa sollecita la revisione dei vincoli attualmente previsti a livello di "strutture fisiche" in ottica estensiva, *"rendendo possibile la fruizione di una varietà di servizi aggiuntivi utilizzando i medesimi "luoghi" in un'ottica di rete"*.

La **legge 104/92** stabilisce i diritti di libertà ed autonomia della persona disabile e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società. La **legge 328/2000**, all'articolo 14, definisce **il progetto individuale** quale strumento, predisposto dai Comuni d'intesa con le ATS/ASST su richiesta dell'interessato, per la realizzazione della piena integrazione della persona. *"Nell'ambito delle risorse disponibili, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale o al Profilo di funzionamento, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, il Piano educativo individualizzato a cura delle istituzioni scolastiche, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare."*

E' chiaro come il legislatore disponga ed evidenzi **la necessità di una visione integrata e unitaria dei bisogni della persona ma anche del processo di presa in carico e risposta**. Si tratta di un orientamento verso un processo di lavoro che la più recente normativa regionale ha ribadito in



tutte le materie che riguardano le condizioni di fragilità, dalla disabilità e non autosufficienza fino alle politiche in favore dei minori (cfr. DGR 4821/2016 *“Linee guida per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con le loro famiglie”*).

Il quadro normativo nazionale (**L. 328/2000**) e regionale (**L.R. 3/2008**), assegna ai Comuni la facoltà di riconoscere e di promuovere forme innovative di risposta ai bisogni dei cittadini sui propri territori. Tale facoltà si iscrive in una visione di collaborazione dinamica fra le reti sociali ed istituzionali, rendendo praticabile l'inclusione di azioni progettuali innovative nel sistema di offerta territoriale. Anche il Titolo 5 della DGR 1254/2010 di Regione Lombardia: *“Prime indicazioni operative in ordine a esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociali”*, richiamando la L.R. 3/2008, ribadisce la funzione in capo ai Comuni di *riconoscere e promuovere le Unità di Offerta Sperimentali, in relazione ai compiti di programmazione, progettazione e realizzazione della rete locale delle unità di offerta sociali che gli sono propri e che trovano nel piano di zona la loro specifica declinazione.*

La Convenzione ONU del 2006, ratificata dal nostro Paese con Legge 118/2009, stabilisce all'art.19 che gli Stati firmatari *“riconoscono l'eguale diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella comunità, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e prendono misure efficaci e appropriate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e della piena inclusione e partecipazione all'interno della comunità”*. Tale diritto si realizza anche assicurando alle persone disabili la *“possibilità di scegliere, sulla base di eguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere senza obbligo a vivere in una particolare sistemazione abitativa”*; garantendo l'accesso ad una serie di servizi *“di sostegno domiciliare, residenziale o di comunità, compresa l'assistenza personale necessaria per permettere loro di vivere all'interno della comunità e di inserirsi e impedire che esse siano isolate o vittime di segregazione”*; disponendo che i servizi e le strutture comunitarie destinate a tutta la popolazione *“siano messe a disposizione, su base di eguaglianza con gli altri, delle persone con disabilità e siano adatti ai loro bisogni”*.

La DGR 7631/2017 *“Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020”* si colloca in continuità e sviluppo con le politiche regionali relative alle due precedenti triennali dei Piani di Zona che prevedevano *“la realizzazione di un sistema territoriale in grado di sostenere la famiglia, la diversificazione dei servizi fornendo risposte personalizzate, la razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse disponibili, il superamento delle logiche organizzative e settoriali e della frammentazione”*. La nuova DGR pone attenzione al protagonismo programmatico e attuativo dei territori che richiede una diversa relazione con il livello regionale, fondata su uno scambio di merito e non solo di dati e flussi informatici, su una maggiore autonomia nel declinare le indicazioni di quadro, sul rispetto dell'originalità degli strumenti adottati in risposta a bisogni specifici.

L'attenzione posta dalla DGR 7631/2017 a processi di innovazione *“l'innovazione sociale è un modello articolato di cambiamenti che raccoglie strutture, servizi, interventi che, in chiave singola e/o coordinata – tramite efficaci modelli sperimentali- riesce a produrre risposte nuove, appropriate e centrate sui bisogni emergenti, coinvolgendo i diversi attori territoriali in una logica integrata e di sussidiarietà”* pone un'interessante sollecitazione prima ancora sul piano culturale, oltre che organizzativo, alla programmazione territoriale. Riporta alle dimensioni evocate dalla DGR 116/2013 riguardo alla necessità di ridefinire il modello d'offerta verso centri multiservizi capaci di adattarsi ai bisogni delle persone con flessibilità e rapidità, accentua il tema dell'integrazione come *condizione necessaria*, preconditione per l'esigibilità dei diritti di cura e promozione della persona.

Il Piano di Zona 2018-2020 del Distretto di Lecco (Ambiti di Bellano, Lecco e Merate), sottoscritto anche da ATS e ASST e validato da Regione Lombardia, nasce come PATTO DI COMUNITA' con l'obiettivo di leggere il welfare locale in chiave di ricostruzione dei legami territoriali quale strumento di risposta ai bisogni materiali e immateriali che si manifestano ogni giorno, e di inclusione delle persone fragili nei contesti di vita e appartenenza.

Con l'istituzione del SAI (Servizio di Aiuto all'integrazione), gli Ambiti hanno inteso rimettere al centro della progettazione la persona disabile, la sua famiglia e il contesto di appartenenza nella definizione delle ipotesi di intervento, **volgendo lo sguardo dai presidi** (il modello istituzionale attuale) **ai processi, dalla standardizzazione dell'offerta alla personalizzazione, dalla fissità alla**

**transitorietà dei percorsi**, accompagnando l'evoluzione della persona, della famiglia e degli stessi ambienti di vita, come indicato dalla DGR 116/2013.

Con quest'ottica la Rete dei servizi per la disabilità ha sperimentato in questi anni la realizzazione di progetti personali avvalendosi di strumenti diversi (interventi domiciliari, avvicinamento al territorio, budget di progetto) e valorizzando le competenze/strutture, spazi dei Servizi come riferimento organizzativo e complementare per la realizzazione di un progetto articolato.

## **NUOVI BISOGNI, DIVERSE ATTESE, UNA DOMANDA DI AUTODETERMINAZIONE E AUTORAPPRESENTAZIONE. IL CAMBIO DEL PARADIGMA CULTURALE**

### **La Rete dei servizi per la disabilità**

Gli Ambiti hanno assunto, dal 2008, un ruolo di riferimento crescente nell'area disabilità, svolgendo un'azione di coordinamento dei diversi servizi, definendo prassi di lavoro condivise, criteri di spesa e tariffazione, programmazioni comuni, progettazioni integrate fra servizi per interessi e affinità delle persone più che per appartenenza, coinvolgimento delle realtà associative.

La ricchezza qualitativa dell'offerta, la sperimentazione di modelli operativi che si adeguano ai bisogni non evita il confronto con elementi di criticità con cui il territorio si sta misurando:

#### **❑ Nuove e diversificate domande sociali:**

- famiglie di giovani in uscita dalle scuole;
- persone con una propria storia personale e familiare interrotta da disabilità derivanti da evento traumatico;
- famiglie con bambini piccoli gravissimi;
- persone che *si pensionano* dai servizi per stanchezza e per età.

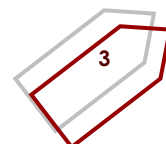
#### **❑ Rigidità e inattualità dei modelli organizzativi previsti dal sistema:**

- servizi diurni strutturati e definiti indistintamente per fasce d'età troppo ampie (18-65);
- regole di sistema ispirate al modello sanitario, con processi formali che irrigidiscono l'offerta ed espandono costi;
- anacronismo di un'offerta che si declina per prestazioni e non per percorsi;
- le misure adottate negli anni recenti (il cosiddetto secondo pilastro del welfare lombardo) pur offrendo la possibilità di strumenti di flessibilità e personalizzazione risulta troppo frammentato e non aiuta il sistema d'offerta ad evolvere nella prospettiva tracciata.

#### **❑ Preoccupazione per il radicamento di modelli culturali troppo professionali:**

- alla crescita della qualità dell'offerta si è accompagnata una *cultura della specializzazione* che vede un potere decisionale centrato sull'organizzazione e sugli operatori;
- l'idea che la persona disabile abbia solo *bisogni speciali* è fortemente interiorizzata non solo dai sistemi (scuola, servizi) ma dalle stesse famiglie e produce una richiesta e un rapporto basati su prestazioni sempre più sofisticate, penalizzando il valore primario della relazionalità, la possibilità dello sbaglio, della frustrazione e anche della leggerezza. Operatori e familiari interpretano i bisogni della persona con un codice sempre più tutelante e anestetizzante il sistema delle relazioni;
- i contesti sociali e relazionali della prossimità quotidiana sono sempre meno capaci di essere inclusivi e sempre più passivizzati nell'assunzione di una qualche responsabilità (disabile = educatore/esperto/specialista);
- modelli impostati sulla tutela professionale e su organizzazioni specialistiche hanno determinato una *progressiva decapacitazione* dei contesti, da quelli più prossimi all'ambito parentale a quelli sociali;
- la frequenza dei servizi per tanti anni, determina un processo di allontanamento delle persone disabili dal contesto di vita che si traduce in una *estraneità dai luoghi di residenza e dalle relazioni primarie* che diventa critica nel momento della dimissione.

I Servizi si rileggono oggi, secondo la strada indicata da Regione attraverso le DGR, in una prospettiva diversa per contrastare una impostazione che li vede, di fatto, come modelli che *estraniano* la persona dal contesto di appartenenza, sostituendosi per tempi infiniti al sistema



primario delle relazioni d'ambiente. Le persone disabili vivono un percorso di vita proprio, tra famiglia e servizio, *che fonda sul limite rappresentato dalla disabilità* il meccanismo di progressivo allontanamento dagli ambiti di vita (famiglia allargata, quartiere, relazioni sociali). L'obiettivo è quello indicato anche nella recente DGR FNA 1253/2919 di integrare "i due pilastri" affinché sia realmente perseguibile l'obiettivo del mantenimento della persona nel suo contesto abituale di vita ai fini della sua inclusione sociale, progettando percorsi di sostegno alla domiciliarità anche con il supporto delle unità d'offerta e di forme di residenzialità temporanea e parziale, modulando una pluralità di interventi in ragione dei bisogni della persona e della sua famiglia.

La Rete propone infatti l'idea di **Servizi che svolgono una funzione complementare e non sostitutiva della famiglia, dei contesti e dei legami**, attraverso una riorganizzazione dei processi di lavoro e strumenti finalizzati a *riorientare* progressivamente la prospettiva e l'approccio alla disabilità.

La collaborazione e l'integrazione progettuale tra Servizi/Enti gestori e programmazione sociale che contraddistingue il territorio, consente, come indicato nella Macroarea 2 del Piano di Zona ("*Dare prospettiva alle persone in condizione di fragilità, non autosufficienza e disabilità*"), di caratterizzare la Rete dell'offerta per la disabilità nella direzione dell'avvio dei **Centri multiservizio** (DGR 116/2013) e di mettere a regime lo strumento del **progetto individuale di cui all'art.14 L.328/2000**, attraverso il **budget di progetto**. Questo strumento, esito dell'integrazione di risorse diverse a sostegno di un progetto di presa in carico complessiva, può consentire di dare continuità agli interventi e una cornice di riferimento, **accompagnando un'evoluzione della persona ma anche del sistema d'offerta**.

La peculiare esperienza del SAI sostiene la crescita di una cultura dei servizi e degli operatori secondo tre coordinate di sviluppo:

➤ **Necessità di un lavoro che rimetta al centro la persona disabile/la sua famiglia e il contesto nella definizione di una ipotesi per sé, con uno sguardo alla complessità e al progetto di vita (progetto individuale art.14 L.328).**

I percorsi di presa in carico della disabilità devono orientarsi a rimettere al centro **da subito la centralità dei luoghi e del sistema di relazioni** primarie, familiari e di contesto **come primo elemento del progetto e non come esito dell'inserimento in un servizio**, poiché ricostruire a posteriori ambienti accoglienti, in grado di interagire, colloquiare, fare spazio a un disabile ormai adulto che non si *(ri)conosce* è estremamente faticoso, pur non impossibile. L'ipotesi di intervento va posta come oggetto di confronto e interazione tra la persona disabile, la sua famiglia ove necessario, il suo habitat e i servizi professionali. Occorre superare l'approccio che vede i servizi sociali e sociosanitari come depositari dell'*ipotesi migliore* per la persona/famiglia attraverso un sistema di tutele importante (pratiche, emotive, relazionali). Occorre anche un lavoro con le famiglie che hanno interiorizzato il pensiero che questo sistema di tutele rappresenti condizione di benessere necessaria e indispensabile, pur limitando il livello di opportunità, relazioni, occasioni per il proprio figlio.

È opportuno collegare da subito il percorso scolastico e i suoi obiettivi con le prospettive di evoluzione e di progetto. Attraverso il progetto individuale è possibile impostare un lavoro precoce tra SSB/SAI e AES inscrevendo anche il supporto alla scolarizzazione in un disegno ampio di costruzione di una prospettiva. Preparando la persona e la sua famiglia a individuare cosa utile, cosa funziona, cosa sostiene un processo che tenga conto dei diversi contesti e orientato a costruire legami territoriali. Le coordinatrici psico-pedagogiche assumono un ruolo importante di accompagnamento delle persone, delle loro famiglie e delle scuole nel tempo, nella costruzione di percorsi di senso, acquisendo quel rapporto di fiducia necessario per orientare nelle fasi di passaggio e di snodo. Un budget di progetto in grado di collegare maggiormente le risorse DGR FNA e intervento AES, può aiutare non solo a supportare il carico di cura familiare, ma a farlo nella logica di costruire dimensioni di integrazione con l'ambiente di riferimento.

Si tratta di sviluppare *un progetto individuale che metta in relazione l'azione di sostegno al percorso scolastico con l'avvicinamento ad opportunità sociali* valorizzando proposte già esistenti (poli educativi territoriali, doposcuola parrocchiali o proposte di tempo libero) che si sviluppino anche oltre il periodo scolastico. Il budget a sostegno del progetto può derivare dall'insieme di più

strumenti (AES/DGR FNA/Voucher Ambito), non solo per supportare il carico di cura familiare, ma anche per costruire dimensioni di integrazione con l'ambiente di riferimento.

➤ **Orientamento della rete delle unità d'offerta, verso un'evoluzione che risponda ai bisogni delle persone e concorra a costruire nuovi modelli di intervento superando la logica del presidio verso quella del percorso.**

Il sistema dell'offerta dei servizi territoriali, si è cimentato in questi anni nella sperimentazione di modelli aperti, intercomunicanti e sperimentali che hanno favorito l'aggregazione di persone per interessi, curiosità, empatia superando l'appartenenza ai singoli servizi. La Rete provinciale tende oggi a proporsi come **una unica unità d'offerta** entro la quale la proposta della persona trova una collocazione propria, al di là delle appartenenze formali. Questo richiede ovviamente una forte capacità di condivisione e di relativizzazione delle proprie esigenze in favore del disegno comune, una necessaria e costante rinegoziazione nei luoghi di presidio e coordinamento.

L'attenzione è posta oggi a tutelare una maggiore corrispondenza fra i bisogni e la risposta, e richiede una capacità del sistema di **non coinvolgere su sé stesso e sulle consuetudini organizzative**. La possibilità evolutiva cresce se crescono le esperienze e le sperimentazioni poiché queste evitano che le organizzazioni *metabolizzino* e *neutralizzino* i cambiamenti attraverso la routine, le resistenze professionali. Occorre, necessariamente, che le realtà possano agire in **un sistema di regole più aperto e favorente lo sviluppo dell'innovazione**.

Un'area di lavoro che i Servizi devono assumere, sostenuta dal Piano di Zona e dall'azione operativa del SAI, riguarda *l'empowerment dei contesti* per creare condizioni per restituire appartenenze e legami territoriali. L'approccio sistemico deve diventare un *tratto distintivo* per il progetto individuale e occorre che la Rete dei Servizi si riveda in questa direzione. Va sviluppata la *competenza a trattare questo approccio*, soprattutto da parte dei Servizi Sociali territoriali, attraverso la sperimentazione concreta di progetti individuali e di territorio co-costruiti sulle specifiche situazioni, ma anche attraverso la condivisione delle modalità e degli aspetti culturali/professionali attraverso momenti specifici di approfondimento.

Con la programmazione 2019 dell'area comune del Piano di Zona si intendono introdurre condizioni che favoriscano l'evoluzione del modello di offerta, rivedendo l'esistente e cominciando a strutturare CSE/SFA come *servizio parziale, complementare* con accessi a part-time e funzioni specifiche e determinando un ampliamento dell'utenza, un diverso riferimento (case manager dei progetti individuali) per le persone disabili e le loro famiglie, grazie ad un diverso modo di impostare il lavoro. In linea generale attraverso la revisione delle "Procedure di accesso e criteri di compartecipazione alla spesa dei Servizi" si prevede:

- la progressiva trasformazione della quota forfetaria erogata ai Servizi da Ambiti/Comuni in budget di progetto a sostegno del progetto individuale, integrabile con altre risorse, individuando una quota % di persone già inserite nei Servizi con le quali cominciare a progettare e sperimentare un lavoro di avvicinamento ad opportunità di territorio o l'accesso ad altri contesti sociali, per allargare la rete delle occasioni e delle relazioni, verso una presa in carico allargata e comunitaria. In questo modo, si facilita l'orientamento verso un utilizzo parziale, meglio finalizzato del servizio e un investimento sullo sviluppo e il sostegno di progetti di territorio. A questo fine sarà destinata, dall'anno successivo, una quota delle risorse del budget, riconoscendo il lavoro svolto da associazioni o persone che garantiscono sostegno territoriale (*assistenti personali soft*).
- i nuovi inserimenti (fra luglio e settembre 2019) saranno caratterizzati da un piano/progetto che preveda già, nel budget assegnato, un lavoro di (ri)costruzione di relazioni territoriali e di accesso ad opportunità diverse di tipo associativo/relazionale, con possibilità di riconoscimento di una quota di risorse ad attori territoriali che garantiscono il progetto di inclusione integrandosi con l'azione della famiglia e dei servizi.

➤ **Coinvolgimento e confronto continuo con gruppi di famiglie e associazioni familiari, associazioni diverse**



La relazione con le famiglie e le associazioni familiari è *necessaria*, e riesce ad esprimere qualcosa di diverso dalla recriminazione, dalla delusione o dalla aspettativa se rimette al centro *la responsabilità comune* nella ricerca della risposta migliore. In questi anni i Servizi hanno sperimentato come le famiglie giovani con bimbi piccolissimi colgano appieno il valore del sostegno/riferimento quando si colloca precocemente a fianco della loro vicenda, per individuare soluzioni attraverso una condivisione della quotidianità, della riflessione, delle fatiche.

L'attenzione va posta a non *sottrarre* mai alle persone e alle famiglie la facoltà di proporsi e individuare una propria strada, accettando anche la possibilità dello sbaglio, permettendo di sbagliare. Non è semplice mantenere un atteggiamento in grado di non indurre e di evitare quel processo di *deresponsabilizzazione*, di delega a cui poi corrisponde risentimento qualora le cose non vadano come da aspettativa. La titolarità della persona disabile e della famiglia nelle scelte che la riguardano va sempre salvaguardata e preservata dal giudizio ma, insieme, vanno messe a disposizione informazioni, proposte, sollecitazioni, pareri che permettano davvero il protagonismo responsabile della persona/famiglia. Le famiglie che hanno invece una lunga *carriera* di rapporto con la scuola e con i servizi, o prendono "quel che arriva" un po' passivamente o, quando più strumentate, possono porsi in modo svalutante e ipercritico. Famiglie che si sono "arrangiate" per molti anni sviluppano facilmente una propensione a *definire autonomamente* cosa va bene o cosa non va e, spesso, sono *condizionate* dall'esperienza di rapporto con il sanitario che le ha abituate a vedere il loro figlio come paziente (e non come essere sociale) e quindi riflettono questa immagine nei rapporti familiari ed esterni.

Le famiglie sono comunque risorsa anche quando contrastano l'ipotesi di lavoro dei Servizi perché permettono un maggiore approfondimento, restituiscono il bene del dubbio; sono soprattutto risorsa di sé stesse e questo i servizi lo devono vedere, riconoscere effettivamente e restituire. Ma i loro stessi figli sono risorsa di sé stessi **e questo lo si deve permettere**. Sperimentare con le famiglie un diverso rapporto permette infatti di meglio affrontare il tema della *differenziazione tra i bisogni della persona disabile e la rappresentazione che di essi ne ha la famiglia*. Non sempre si registra una sovrapposizione, va invece sviluppato un lavoro specifico per riconoscere alla persona disabile *la possibilità di autodeterminare* la propria esistenza, nel rispetto del grado di possibilità individuale, favorendo l'assunzione della responsabilità di scegliere dove e con chi si intende vivere, imparare, socializzare, lavorare. *Va favorita la possibilità di non essere sempre e solo figlio, di non essere sempre e solo genitori*. La disabilità va riletta come condizione che, se accompagnata e riconosciuta come potenzialmente evolutiva, permette comunque lo sviluppo delle abilità di esprimere aspettative e preferenze, possibilità di partecipazione, l'autorappresentanza di sé stessi.

Al di là del rapporto diretto del caso per caso, occorre un lavoro permanente con le famiglie aggregate e associate. Occorre che i servizi superino le modalità classiche dell'incontro periodico per la programmazione, l'aggiornamento ecc., proponendo un modello sistematico di confronto, di iniziativa, in cui fare, parlare, confrontarsi, chiedere, condividere, non necessariamente con a tema le vicende dei loro figli nel servizio ma, più in generale, mettendo al centro le attenzioni, le aspettative, i desideri rispetto ai propri percorsi esistenziali.

Occorrono spazi informali, di aggregazione naturale, *un circolo associativo*, dove trovarsi anche solo per il piacere dello stare e del sostare con o senza i figli. Un *luogo* delle famiglie e delle associazioni che sia anche un luogo della *parola che dice, della parola che cura* un luogo privilegiato della relazione con operatori e tra famiglie. *Luoghi, non servizi, spazi* dove persone disabili e familiari promuovono aggregazione e apertura rompendo meccanismi di isolamento e producendo nuova socialità. Servono luoghi *che abbiano una forma ma siano informali* e creino un ambiente dove le famiglie immaginino, creino, inventino, opportunità per loro e/o anche per i loro figli, e per chi passa; *luoghi delle possibilità*, che permettano di partire da *un altro presupposto* e in cui gli operatori siano *facilitatori discreti e intelligenti*. Qui si incontrano le famiglie e qui si costruisce un'altra relazione, più simmetrica. Qui si parla liberamente e ci si permette di dire e di correggersi, di sbagliare e rimediare, di dubitare e di credere. Di incoraggiare, di (ri)provare.

I momenti di confronto e scambio allargato che i Servizi hanno promosso e realizzato in alcuni momenti particolari (le serate del progetto *Passo dopo passo*, gli incontri realizzati nell'ambito di Living Land sulla disabilità, i gruppi tematici per il Piano di Zona...), hanno messo in luce una diversa capacità di dialogo tra famiglie/servizi/istituzioni e territorio, più libera dalle fatiche personali ed emotive e dal risentimento. Un dialogo vivace e produttivo, capace di esprimere lucidamente il

bisogno e le necessità, e capace di costruire risposte efficaci e nuove con il concorso delle diverse competenze e sensibilità. Questo aspetto del lavoro va curato e sviluppato con un *preciso investimento organizzativo*: promozione e cura del dialogo costante con associazioni/territorio persone e famiglie in contesti allargati, su diverse tematiche. In questo modo ogni famiglia esprime il proprio valore non solo per quel che riguarda sé, ma mette a disposizione la propria competenza per concorrere a costruire e/o si mette in una dimensione di ascolto dell'altro. Occorre aprire cantieri, perché le persone si possano spendere in modo diverso e inaspettato. Un luogo di riferimento, *cantieri delle relazioni*.

Allo stesso tempo occorre un pensiero dei/sui servizi rispetto ad un impianto organizzativo diverso, che li caratterizzi come *luoghi di vita abitati e vissuti* dagli operatori ma anche dalle persone e dalle famiglie e aperto al territorio, agenti facilitanti il cambiamento. Una spinta questa, in parte già sentita da alcuni servizi, che potrebbe aprire ad un ruolo e ad una competenza delle stesse famiglie (oltre che genitori di un disabile alcuni sono stati sarti, cuoche, manutentori, artigiani, contabili, casalinghe, insegnanti...) e a persone esterne che sono disponibili a raccontare e portare concretamente una storia, una competenza, una professione, una vita.

## DALL'ANALISI DEL BISOGNO E DEGLI ELEMENTI DI CONTESTO LE RAGIONI PER AVVIARE UNA SPERIMENTAZIONE LOCALE

La fotografia territoriale mostra un quadro dell'offerta sostanzialmente bloccato da anni intorno a modelli che non corrispondono più al diversificarsi dei bisogni e che registrano una saturazione dell'offerta tradizionale, con l'impossibilità di una espansione dei servizi. L'insostenibilità del sistema è a tutti evidente e la rigidità dell'impostazione istituzionale non consente di ottimizzare le risorse e gli interventi per estendere le garanzie di presa in carico delle nuove domande. Nelle tabelle a seguire vengono evidenziati alcuni elementi che sostengono questo giudizio.

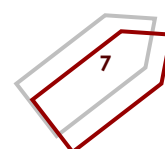
Ambito	CDD	n posti accreditati/autorizzati	n. utenti	altre persone in carico con progetti specifici
Bellano	2	45	44	22
Lecco	4	105	105	
Merate	3	65	65	

Nella tabella si evidenzia il livello di sostanziale saturazione dei CDD, determinato anche dall'impossibilità di mettere a contratto ulteriori posti presso il CDD di Merate. Al bisogno delle persone si è cercato di rispondere con progettazioni individuali sostenute da budget diversi tra risorse familiari, DGR regionali, risorse comunali.

La situazione dei CSE/SFA è sostanzialmente analoga. I servizi sono saturi nonostante una maggiore mobilità, gli SFA presentano alcuni posti disponibili in relazione alla veloce dinamica dei percorsi, e sono, per stessa definizione normativa, luoghi di transito.

Ambito	CSE/SFA	n. posti autorizzati	n. utenti	altre persone in carico con progetti specifici
Bellano	3/2	135	130	20
Lecco				
Merate	4	85	85	

Lo scenario di prospettiva può essere osservato a partire dai dati dell'Assistenza educativa scolastica. La presenza di bambini/giovani con disabilità è in costante crescita come evidente nella tabella a seguire.



Ambiti	AES (infanzia, 1° grado)		AES SUPERIORI	
	n. studenti 2017	n. studenti 2018	n. studenti 2017	n. studenti 2018
Bellano	117	116	16	29
Lecco	243	244	48	95
Merate	314	319	36	49

E' quindi necessario che il territorio costruisca una strategia per il futuro che non può meccanicamente riprodurre l'esistente, né tantomeno prevedere una automatica espansione dei servizi per più ragioni: onerosità, vincoli, sostenibilità e opportunità. L'analisi dei bisogni rende evidente anche un cambiamento ed una evoluzione delle richieste, la necessità di un diverso approccio culturale e di paradigma nella risposta, un investimento sulla dimensione della qualità e dell'appropriatezza degli interventi più che su servizi/contenitori.

Nel territorio del Distretto di Lecco infatti, si assiste da tempo all'aumento e al progressivo diversificarsi dei bisogni espressi dalle persone con disabilità e dalle loro famiglie. I Servizi per la disabilità e i Servizi Sociali di Base, incontrano le istanze di persone che chiedono un accompagnamento e un supporto nella definizione del progetto di vita e di inclusione sociale. **Negli ultimi anni, l'osservatorio dei servizi per la disabilità è stato interessato, da molteplici aree di bisogni emergenti:**

- giovani che stanno terminando il proprio percorso scolastico-formativo e per i quali si rende necessario pensare al progetto sociale e di prospettiva, tenendo conto delle caratteristiche, attitudini e risorse, delle realtà attualmente esistenti, in termini sia di servizi sia di associazioni e tessuto sociale, per sviluppare ipotesi progettuali mirate e innovative secondo il bisogno rilevato;
- persone disabili costrette a interrompere le proprie esperienze lavorative a causa di crisi occupazionali e di lavoro, o per motivazioni legate al cambiamento della propria condizione personale. Ma anche persone inserite in un progetto lavorativo che chiedono un supporto alla socializzazione e allo sviluppo di inclinazioni e interessi.
- persone il cui ordinario percorso di vita è stato interrotto da un evento traumatico (incidente, ictus, esiti da infarto ecc.) che ha compromesso alcune funzioni primarie determinando una condizione di disabilità acquisita, necessità di sostegno e di ridefinizione della propria organizzazione personale e sociale.
- persone con ritardo mentale e gravi disturbi comportamentali che non trovano risposta nei servizi diurni e residenziali e che necessitano di una presa in carico fortemente integrata e complessa.
- persone disabili che hanno necessità di verificare le condizioni per intraprendere una vita autonoma e indipendente, e le possibili prospettive future alternative alla vita in famiglia, per le quali è importante avviare percorsi di crescita e di sviluppo di autonomie e competenze e, spesso, lavorare al ripristino di condizioni per una vita sociale.
- persone che, pur inserite nei servizi, pongono una richiesta di relazioni qualitative e di natura diversa, per soddisfare interessi, bisogni relazionali e di identificazione che non trovano riscontro nei soli contesti di disabilità.
- l'invecchiamento delle persone in carico ai servizi e delle loro famiglie apre, in modo importante, al tema del supporto nei compiti di cura e del sollievo familiare, oltre ad interrogare servizi e famiglie sul "dopo di noi". Si evidenzia anche una stanchezza nell'accesso ai servizi e un desiderio/bisogno di ritmi personalizzati, di domiciliarità, di relazioni non affaticanti. *Il ritorno a relazioni di territorio è spesso difficoltoso dopo anni di assenza.*



- i servizi incontrano inoltre la domanda di persone disabili senza un progetto in atto, unicamente in carico alla famiglia, non più in grado di occuparsene autonomamente.
- il progressivo aumento di bambini piccoli e piccolissimi con disabilità anche grave e in condizioni di dipendenza vitale, rende necessario strutturare proposte ed interventi adeguati, volti a sostenere il nucleo familiare nei compiti di cura e capaci di rispondere ai bisogni di stimolazione, sviluppo ed integrazione dei bambini. Va posta attenzione precoce a non (co)stringere la famiglia nel compito assistenziale, penalizzando altre dimensioni importanti quali la realizzazione professionale, l'investimento e l'equilibrio di coppia, la cura degli altri figli.

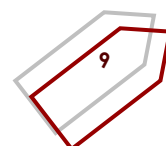
Alla diversificazione dei bisogni espressi dalle persone e dalle famiglie, alle sollecitazioni provenienti dai Servizi Sociali del Distretto e dal SAI, e coerentemente con le indicazioni normative, la Rete dei Servizi per la disabilità ha lavorato ad una propria riorganizzazione e riarticolazione, per favorire una presa in carico integrata e flessibile, prevedendo l'attivazione di progetti mirati di attenzione alla persona e alla famiglia, attraverso l'ottimizzazione di tutte le risorse e competenze presenti.

Si tratta certamente di aprire a nuove forme di risposta, ad un diverso approccio alla domanda sociale (cogliere/accogliere i bisogni) e di consolidare, approfondire, perfezionare e tutelare le sperimentazioni avviate in questi anni (progetti individualizzati costruiti sul bisogno della persona e/o della famiglia, frequenze mirate e parziali dei servizi, interventi domiciliari, azioni territoriali). La Rete dei Servizi si è pertanto posta l'obiettivo di superare ed integrare la tradizionale organizzazione dell'offerta, prevedendo una molteplicità di percorsi differenziati per rispondere all'evolversi del contesto, dei bisogni che lo interessano e della cultura portata dalle persone e dalle loro famiglie.

Un ruolo centrale in tal senso è svolto sul territorio dal SAI (e dall'EVM) che, oltre a rappresentare una importante risorsa nella lettura del bisogno e nella co-costruzione dei progetti individuali delle persone con disabilità, si pone anche come servizio di **orientamento della rete delle unità d'offerta**, promuovendo lo sviluppo di nuove tipologie di azioni e progettazioni, sostenendo la ridefinizione delle proposte e dell'offerta in ragione dei bisogni emergenti e in relazione all'appropriatezza degli interventi. In questo senso il SAI svolge un'azione di stimolo ed influenza dei servizi per la disabilità, attraverso un dialogo ed un confronto costante con gli stessi che trae origine dai bisogni intercettati ed accolti nel confronto con la persona e la sua famiglia, e con il servizio sociale di riferimento.

Gli interventi avviati in questi anni e rappresentati nei documenti inviati dal CDR (novembre 2015) e dall'Ufficio di Coordinamento Sindaci (maggio 2016) all'ATS e assunti nella Cabina di regia del luglio 2016, rendono necessario inserire le proposte evolutive del sistema nel quadro di una **sperimentazione condivisa**. A questo proposito le **"Linee guida per il governo della rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie"** - approvate dall'Ufficio di Coordinamento dei Sindaci del Distretto di Lecco in data 08.02.2017 - stabiliscono, all'Art. 10 - **Unità d'offerta Sperimentali e Progetti Sperimentali** che *"Il Distretto di Lecco e gli Ambiti distrettuali, riconoscono e promuovono la sperimentazione di unità d'offerta e di nuovi modelli gestionali (legge 3/2008 - D.G.R. 1254/2010) nell'ambito della rete sociale e socio-assistenziale, nel rispetto della programmazione dei piani di zona e di quella regionale, con apposito atto. Il Servizio Accreditamento, d'intesa con l'Ufficio dei Piani, monitora e vigila su tali sperimentazioni per l'ente locale, per mantenere la governance sulla rete sociale, intesa come sistema integrato, dinamico e aperto"*

La sperimentazione richiede di essere sostenuta da una **Intesa istituzionale locale** come previsto dal Piano di Zona, finalizzata a promuovere un *modello di innovazione*, da sottoporre a Regione Lombardia, maggiormente rispondente ai bisogni rilevati e a un rinnovato approccio culturale e organizzativo alla disabilità e all'inclusione sociale. **Si rende necessario infatti conciliare un nuovo profilo promozionale dell'intervento nelle disabilità orientato al territorio, con regole di sistema e di controllo impostate su modelli di erogazione basati su servizi intesi come presidi d'offerta in dialogo con le persone/famiglie, i bisogni, la comunità.**



# I CONTENUTI DELL'INNOVAZIONE

## ❖ 1. Il Progetto individuale (ai sensi dell'art.14 L.328/2000 e normative nazionali e regionali specifiche) e il budget di progetto

Introdotta dalla L.328/2000 il progetto individuale - diritto esigibile dalla persona disabile nei confronti della pubblica amministrazione - trova spazio nella legislazione regionale sostanzialmente a partire dalle DGR FNA più recenti, e viene quindi richiamato costantemente in tutti gli atti successivi e, con particolare evidenza, in materia di "Progetti di vita indipendente" e "Dopo di Noi". I due commi dell'art.14 (parzialmente integrati dal decreto legislativo n.66 del 13.04.2017) riassumono una impostazione che trova riscontro e conferma nella già richiamata Convenzione dell'ONU del 2006.

1. *Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.*
2. *Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale o al Profilo di funzionamento, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, il Piano educativo individualizzato a cura delle istituzioni scolastiche, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.*

Il progetto individuale è quindi una *modalità sistemica* di definizione di un percorso di ampio respiro che va oltre il tema della presa in carico e riconosce le dimensioni della autorappresentazione e autodeterminazione come elementi irrinunciabili nella relazione con la persona disabile, quale sia il suo grado di compromissione o possibilità. Diverso quindi da una richiesta prestazionale pur legittima, in quanto investimento sul progetto di vita nel qui e ora ma attento alla prospettiva di lungo periodo. Il progetto individuale mira a costruire gli elementi necessari ad un obiettivo complessivo e di evoluzione, verso una condizione di vita il più possibile autonoma, indipendente, inclusiva, attraverso strumenti che accompagnino per il tempo necessario, supportino quando e come opportuno, garantendo il pieno esercizio dei diritti di cittadinanza.

Il Progetto individuale, equivalente di progetto personale nello sviluppo normativo, è definito sulla base della valutazione multidimensionale e tiene in considerazione sia le abilità e le capacità della persona, sia le sue aspettative e motivazioni, in tutte le dimensioni del vivere quotidiano.

Il Progetto individuale per ogni fase, e per ogni dimensione della vita della persona:

- parte dall'analisi:
  - multidimensionale
  - delle dinamiche affettive e dei vissuti del contesto familiare
  - del contesto socio-relazionale della persona disabile
  - delle motivazioni personali e delle attese sia personali che del contesto familiare
- definisce obiettivi e percorsi volti:
  - all'acquisizione/implementazione delle abilità individuali
  - allo sviluppo di un attivo inserimento in contesti sociali e di vita diversi dal contesto familiare
  - alla realizzazione di una vita autonoma all'interno di formule residenziali indipendenti rispetto al contesto familiare d'origine.

Il progetto individuale deve pertanto dare evidenza delle risorse professionali, associative, economiche, relazionali necessarie alla realizzazione delle dimensioni di vita della persona, superando la logica della singola azione o del momento, garantendo la continuità nel tempo; individua chi assume la funzione di *case manager* del percorso a garanzia della connessione delle azioni e della condivisione costante dell'ipotesi nel suo divenire.

La definizione e la co-costruzione del Progetto Individuale è funzione propria del SSB, che lo elabora in accordo con la persona e la sua famiglia, il SAI/EVM e la Rete dei Servizi, chiarendo gli interventi che lo costituiscono, obiettivi, tempi e modalità, nonché il budget con il quale si sostiene (i canali di finanziamento, chi concorre ai costi e in che misura). Il Progetto Individuale è sottoscritto da tutti i soggetti coinvolti e rappresenta una forma di *pattuizione contrattuale*.

Assumere come riferimento della programmazione il Progetto Individuale, significa rivedere profondamente gli attuali modelli culturali e organizzativi, spostando l'accento dalla prevalenza prestazionale e custodialistica, basata su un concetto di qualità definito da standard strutturali e organizzativi di un luogo fisico, ad un approccio fondato sullo sviluppo di legami, conoscenza, appartenenza ad una comunità di relazioni e al proprio ambiente di vita.

La prospettiva a cui guarda la programmazione sociale del territorio del Distretto di Lecco va nella direzione di investire sullo sviluppo di servizi e interventi che rispondano ai bisogni evidenziati nel paragrafo precedente attraverso un livello di progettazione e intervento articolato che si sostanzia nel progetto individuale, riformando l'offerta in modo coerente. La Rete dei Servizi si orienta ad elaborare e realizzare, attraverso la condivisione, co-progettazione e co-programmazione tra persona disabile/famiglia, SSB, SAI/EVM, Servizi, Progetti Individuali ai sensi dell'art.14 L 328/2000, costruendo una proposta personalizzata di carattere inclusivo, territoriale, a partire dalle competenze, dalle opportunità e dalle risorse presenti all'interno dei servizi e nel territorio, definendo obiettivi, tempi e modalità caratterizzanti le singole progettualità.

I progetti dovranno declinarsi organizzativamente con modalità differenziate e attraverso proposte individuali, e/o di piccolo gruppo, prevedendo una articolata possibilità di interventi, avvalendosi anche della Rete delle unità d'offerta **in chiave complementare e di sostegno**.

Questa modalità è tesa a produrre una *sostanziale revisione e diversificazione della rete dell'offerta*, **che dovrà caratterizzarsi per proposte modulari, transitorietà e finalizzazione temporanea degli interventi, ampliamento dei destinatari, competenze di orientamento, mediazione inclusiva, empowerment dei contesti, funzione di case management del progetto assegnato**.

Il **budget di progetto** è costituito dall'insieme delle risorse pubbliche, familiari, private che concorrono a sostenere l'intervento, anche come modalità di riconversione di risorse già disponibili nella programmazione territoriale (quota di compartecipazione al costo dei servizi, quote di solidarietà, risorse destinate all'accesso ai servizi ecc.) L'entità del budget dipende dalla progettazione e dalle risorse disponibili (progettare nel quadro delle possibilità), secondo un principio di realismo che non rappresenta un limite alle opportunità ma un elemento di concretezza e compatibilità fra desiderio e possibilità, proprio della vita. Pertanto il budget *sostiene, ma insieme definisce* le modalità di attuazione del progetto. La quota pubblica può essere erogata sia nella forma del voucher per prestazioni sia in quella di buono sociale, in base alla progettazione. Il budget di progetto è strumento modulabile nel tempo secondo obiettivi e programmazione e tende a valorizzare la personalizzazione dell'intervento.

I progetti individuali, pur privilegiando coloro che non dispongono di un'offerta, possono essere realizzati anche in favore di persone inserite nei servizi. Il progetto individuale infatti è lo strumento indicato anche per **rivedere, ridefinire un quadro d'offerta più aderente a bisogni**, interessi, e può prevedere modalità diversificate che aprono a prospettive di intervento complementare, integrativo, di avvicinamento al territorio secondo i modelli e le risorse che gli Ambiti o le normative rendono possibili (Reddito di Autonomia, DGR FNA, Pro.Vi., Dopo di Noi, voucher territoriali, risorse comunali, risorse proprie e familiari ecc.). Possono essere rivolti anche a minori disabili per favorire opportunità di relazione e integrazione con i pari attraverso l'accesso a servizi educativi, per sostenere le famiglie nel compito di cura, per favorire la piena partecipazione alla vita sociale e di relazione, integrando l'azione svolta dalla scuola.

### **Modalità di accesso ai progetti individuali**

La persona e la sua famiglia si rivolgono al Servizio Sociale di riferimento per richiedere l'attivazione del Progetto Individuale ai sensi della L.328/2000. Il SSB può chiedere la collaborazione del SAI (ove necessario con l'EVM) per la valutazione del bisogno, nonché per la definizione del progetto in relazione alle caratteristiche della persona e del contesto.

L'avvio di ogni percorso deve prevedere una condivisione del programma individuale da parte dei soggetti coinvolti (persona, famiglia, SSB, SAI/EVM, servizi e realtà coinvolte), esplicitando obiettivi, tempi e modalità e risorse del percorso stesso.

Il SAI, nel raccordo con l'EVM e in qualità di servizio di supporto per l'orientamento della persona nella Rete dei Servizi, favorisce l'individuazione delle modalità e dei contesti più idonei alla realizzazione del progetto.

Nel caso di proposte e attività rivolte a più persone, la composizione di possibili gruppi sarà determinata a seguito della valutazione dei bisogni, delle caratteristiche personali e di contesto.

## ❖ 2. Ridefinizione dei Servizi della Rete in Centri Multiservizio

Le sollecitazioni della DGR 116/2013 e delle successive normative, hanno aperto un orizzonte di lavoro innovativo per i Servizi della Rete per la disabilità che hanno introdotto, negli ultimi anni, forme di intervento più aperte e cercato di coniugare il proprio ruolo a sostegno di progetti individuali, di supporto e sostegno al carico di cura delle famiglie, di integrazione con le scuole e altri servizi. La normativa regionale ha progressivamente aperto a queste forme di iniziativa con le DGR FNA e con il Reddito d'Autonomia.

Occorre ora dare compimento alle indicazioni normative per poter rispondere ai bisogni descritti in precedenza, valorizzando le risorse organizzative, di competenza, di spazi, di strumenti di cui dispongono i Servizi spingendo verso *l'innovazione di progetto e di processo* affinché il percorso di ogni persona disabile trovi *interlocutori reali e concretezza attuativa*.

Si prevede pertanto che i servizi semiresidenziali e residenziali interessati, attraverso la modifica/integrazione della Carta dei Servizi, individuino le **funzioni aggiuntive** che intendono svolgere, rivolte anche a persone non iscritte. A titolo indicativo, e a partire dalle sperimentazioni in corso, si individuano le seguenti possibili articolazioni d'offerta:

- realizzazione e/o concorso alla realizzazione dei progetti individuali ai sensi della L.328/2000 promossi dai SSB, SAI/EVM e famiglie sulla base di normative regionali/nazionali e/o previsti dalla programmazione territoriale;
- attività integrate fra servizi per la disabilità, istituzioni scolastiche, servizi diversi della rete socio-assistenziale e socio-sanitaria quali opportunità per favorire processi di scambio, aggregazioni per interesse, ampliamento delle reti relazionali ecc.;
- percorsi di osservazione/(ri)valutazione finalizzati a raccogliere elementi utili per la definizione di processi di orientamento;
- servizi di informazione/consulenza alle famiglie sulle materie attinenti la disabilità (normativa, predisposizione della documentazione per l'accesso alle diverse opportunità e servizi);
- interventi di formazione/sostegno rivolti alle famiglie, spazi di aggregazione familiare e promozione di attività sociali, di sensibilizzazione, iniziative sociali e di integrazione/inclusione sociale;
- servizi specifici di natura assistenziale, stimolazione, mantenimento di abilità e competenze a supporto delle persone interessate (servizi per l'igiene personale, accesso e somministrazione del pasto, consulenza infermieristica e prestazioni consentite dalla normativa, prestazioni fisioterapiche, attività motorie, servizi di custodia temporanea);
- interventi domiciliari a supporto della persona e a sostegno della famiglia;
- attività di case manager dei progetti personali e interventi di integrazione nel territorio di residenza;
- attività ludiche e di integrazione sociale, soggiorni di vacanza, periodi residenziali;
- accompagnamento di percorsi di inserimento socio-lavorativo, tirocini di inclusione sociale e tirocini esperienziali;
- sperimentazione di forme abitative diverse, anche temporanee, finalizzate al sollievo e al sostegno, allo sviluppo di autonomie, a sperimentare forme di vita indipendente, a promuovere forme di housing e di condivisione e/o autonomia abitativa.
- sperimentazione di *spazi famiglia*, di *laboratori di sviluppo locale* aperti al territorio per favorire l'appartenenza ad un quotidiano rapporto con la comunità.

Alcune di tali funzioni potranno essere progettate, organizzate e gestite anche con il concorso delle stesse famiglie, delle associazioni, ed anche con persone disabili che possono svolgere una

funzione di consulenza e di aiuto nella rappresentazione dei bisogni e delle modalità di intervento. La natura sperimentale dei Centri Multiservizi favorisce infatti la possibilità di avviare processi partecipati e di aprire ad un protagonismo crescente delle persone interessate.

Le funzioni aggiuntive ai compiti istituzionali, indicate nella Carta dei Servizi, trovano infatti definizione formale attraverso la presentazione di un Progetto Sperimentale di cui all'art.10 delle "Linee guida per il governo della rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie", sviluppato d'intesa con il Servizio Accreditamento/SAI/Ufficio dei Piani e approvato dalla Gestione Associata del territorio di riferimento.

I Centri Multiservizio hanno sede presso le strutture della rete (CDD, CSE/SFA, Residenze per disabili) o presso altri luoghi non accreditati dal sistema regionale, aventi caratteristiche adeguate per l'attività prevista. Presso il SAI/EVM e/o il SSB si realizza la prima parte della proposta attraverso il confronto e l'elaborazione progressiva del progetto/proposta. La fase di costruzione, condivisione, mediazione **è già progetto** perché, a partire dalle diverse rappresentazioni, definisce contenuti, relazioni, posizionamenti fra le parti, permettendo un esito che ha già valutato limiti e possibilità dell'azione. Le singole progettualità possono quindi declinarsi in luoghi differenti quali il domicilio della persona, il quartiere, l'associazione di volontariato, la parrocchia, i servizi territoriali laddove si renda opportuno l'accesso ad alcune opportunità specifiche o a contesti strutturati e dotati di particolari competenze e risorse, luoghi informali che offrono opportunità diverse.

### **Criteri di riferimento**

Nel caso in cui il progetto si realizzi, anche solo parzialmente, presso un servizio accreditato e/o autorizzato al funzionamento, vengono salvaguardati i seguenti criteri:

**Progetti individuali art.14 L.328**, predisposti da Comuni/SAI/EVM, anche in relazione a DGR FNA, Reddito d'Autonomia, Dopo di Noi e Vita indipendente e altri provvedimenti di analogo valore.

*Standard organizzativi e strutturali:*

- la realizzazione di una parte del progetto individuale presso Servizi accreditati e/o autorizzati al funzionamento dal Sistema regionale deve prevedere personale dedicato e non deve influire sugli standard organizzativi dell'unità d'offerta. L'orario di presenza deve essere, in ogni caso, inferiore al part-time giornaliero previsto per gli iscritti al servizio. Gli interventi dovranno corrispondere ai bisogni rilevati nel PEI e a criteri di appropriatezza, a prescindere dalla tipologia del servizio ospitante.
- il PEI redatto dal servizio ospitante con la persona ed eventualmente con la famiglia, deve indicare le prestazioni che devono essere erogate nel tempo di presenza nella struttura, nel quadro di quanto previsto dal P.I.
- ai fini della corretta gestione dei progetti sono previsti un calendario e un registro delle presenze settimanali, e l'adozione di idonei strumenti di documentazione del progetto e degli interventi, ispirati a quelli adottati dal servizio stesso.
- le unità d'offerta accreditate e/o autorizzate al funzionamento dal sistema regionale possono accogliere in via sperimentale, nel rispetto dei vincoli di igiene e sicurezza, un numero di progetti individuali non superiore al 20% del numero massimo di utenti autorizzato nel decreto di accreditamento/autorizzazione al funzionamento.

### **Progetti di integrazione e scambio con altre unità d'offerta delle reti socio-assistenziali e socio-sanitarie, con realtà associative, con progetti di territorio**

Con obiettivi di apertura a stimoli e opportunità di conoscenza, esperienza, condivisione, ampliamento delle reti relazionali delle persone disabili, i Servizi possono prevedere la presenza in sede o la condivisione esterna di attività con persone non iscritte al servizio o iscritte ad altri servizi (per laboratori comuni, attività espressive, motorie, sportive, ricreative ecc.). Attraverso queste collaborazioni, spesso condivise fra i servizi già in sede di programmazione, è stato possibile in questi anni ampliare le relazioni fra le persone, promuovere aggregazioni per interesse ed affinità e non solo per appartenenza, sperimentare approcci e modalità di intervento diverse, in grado di arricchire e qualificare l'offerta. Questa modalità di lavoro è ormai consolidata e caratterizza i servizi della RETE territoriale e viene percepita come aspetto qualitativo sia dalle persone disabili che dalle famiglie.



#### *Standard organizzativi e strutturali*

- la realizzazione dei progetti di integrazione con altre unità d'offerta e/o con enti/iniziativa del territorio presso i Servizi accreditati dal Sistema regionale, deve garantire il mantenimento del personale previsto dagli standard normativi. I progetti di integrazione di natura continuativa devono essere previsti e descritti nella programmazione del servizio e declinati nel contenuto, nel tempo e nella durata e devono comunque essere realizzati in misura equilibrata rispetto all'organizzazione generale dell'unità d'offerta. Le iniziative di carattere occasionale vanno comunque documentate dal servizio promuovente/ospitante.
- la presenza di persone esterne al servizio accreditato, nell'ambito dei progetti di integrazione, è autorizzata nel **rispetto delle norme e dei vincoli di igiene e sicurezza**. È previsto un registro delle presenze esterne.

### **GESTIONE DELLA SPERIMENTAZIONE E DEI SINGOLI PROGETTI ATTIVATI**

Le sperimentazioni indicate nel presente documento, sono previste dal Piano di Zona 2018/2020, del Distretto di Lecco/Ambiti e sono coordinate dal Servizio Accreditamento/Ufficio dei Piani con l'ausilio del SAI e il coinvolgimento della Rete dei Servizi per la disabilità che hanno il compito di valutare, nel confronto con i Servizi Sociali di riferimento, le possibilità di accesso delle persone candidate ai percorsi e definire le possibili eventuali interazioni fra le diverse progettualità, verificando gli aspetti organizzativi sulla base delle caratteristiche delle persone stesse.

Il SAI e i SSB svolgono inoltre una funzione di monitoraggio delle esperienze realizzate, attraverso la programmazione di momenti dedicati per la verifica periodica dei percorsi.

### **DURATA DELLA SPERIMENTAZIONE**

La sperimentazione è prevista per il **periodo 2018/2020**. La sperimentazione potrà essere modificata e/o integrata in relazione alla valutazione degli esiti o alle normative successivamente approvate. Al termine dell'esperienza e sulla base delle verifiche effettuate attraverso i dati raccolti in report annuali, verranno valutate dagli enti le modalità di prosecuzione del progetto stesso.

### **VERIFICHE, MONITORAGGIO E CONTROLLI**

Il Servizio Accreditamento/Ufficio dei Piani svolge la funzione di verifica, monitoraggio e controllo delle attività. Il Servizio Accreditamento garantisce l'aggiornamento periodico ai servizi dell'ATS.