

LINEE GUIDA PER **PROGETTI ABITATIVI** DI VITA INDIPENDENTE PER **PERSONE CON DISABILITÀ**

Ambiti Sociali Territoriali di Trezzo sull'Adda e Vimercate





SOMMARIO

Premessa	4
Contesto di riferimento	5
Gruppo di lavoro	5
 1. AVVIO DEL PERCORSO ABITATIVO	6
1.1 Nascita del progetto dell'appartamento	6
1.2 Composizione e preparazione del gruppo partecipanti	7
1.3 Modalità di avvicinamento graduale alla residenzialità	8
1.4 Coinvolgimento e accompagnamento delle famiglie	9
 2. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO INDIVIDUALE	11
2.1 La Valutazione multidimensionale	11
2.2. Il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato	12
2.3 Budget di salute	14
 3. ASPETTI GIURIDICI E CONTRATTUALI	15
3.1 Protezione giuridica	15
3.1.1. Procura	15
3.1.2. Amministrazione Di Sostegno	15
3.1.3 Tutela e Curatela	17
3.2. Strumenti giuridici di destinazione patrimoniale (L.112/2016)	17
3.2.1. Trust per il "Dopo di noi"	18
3.2.2. Vincoli di destinazione (art. 2645-ter c.c.)	18
3.2.3 Fondi speciali disciplinati da contratto di affidamento fiduciario	19
 4. IL RUOLO DEGLI ATTORI COINVOLTI	20
4.1 Enti pubblici	20
4.2 Enti del Terzo Settore: co-progettazione, gestione, supporto	21
4.3 Famiglie e caregiver	22
 5. VITA INDIPENDENTE E QUALITÀ DELLA VITA	23
5.1. Servizi a supporto (educativi, sanitari, sociali)	23
5.2. Integrazione nel territorio e nella comunità	23
5.3. Affettività e sessualità	23
5.4. Tutela della salute e somministrazione delle terapie	24
5.5. Gestione delle criticità e valorizzazione delle risorse	24

6. ABITARE PER LA VITA INDIPENDENTE: AMBIENTE E TECNOLOGIA	25
6.1. La scelta del luogo dove abitare	25
6.2. Le caratteristiche dell'immobile	25
6.3. Tecnologie per la vita indipendente	26
6.3.1. Arredi	27
6.3.2. Sistemi domotici	27
6.3.3. Telemonitoraggio e teleassistenza	27
6.3.4. Comunicazione	28
6.4 Contributi e agevolazioni per l'abitare e la domotica	28
7. RISORSE UMANE	30
7.1 Profili professionali	30
7.2 Formazione e supervisione degli operatori	31
7.3 Focus: l'assistente familiare	32
7.4 Modalità di assunzione e inquadramento del personale	33
8. SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIAMENTI	35
8.1 Costi del progetto appartamento	35
8.2 Misure e contributi pubblici disponibili per la vita indipendente	35
9. L'ABITARE PER LA PERSONA CON DISABILITÀ: UNITÀ DI OFFERTA RESIDENZIALI	38
9.1. L'Abitare per la persona con disabilità	38
9.2. Unità di Offerta Residenziali in Regione Lombardia	39
10. SALUTE MENTALE: STRUTTURE RESIDENZIALI, PROGRAMMI DOMICILIARI INTEGRATI E ALTRE ESPERIENZE DI ABITARE SUPPORTATO	44
10.1. Evoluzione del sistema dei servizi residenziali per la salute mentale	44
10.2. Tipologia delle strutture residenziali psichiatriche	45
11. I CONTRIBUTI DEI PROTAGONISTI	49
BIBLIOGRAFIA	52
FONTI NORMATIVE	52

Premessa

La normativa sulla Vita Indipendente, sul Dopo di Noi (L. 112/2016) e più di recente il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) hanno dato grande impulso allo sviluppo del tema della vita indipendente nella disabilità. Tale tendenza verso un abitare diffuso e domestico è fortemente auspicata dalle normative nazionali e certamente ha visto nel PNRR una grande opportunità di realizzazione, anche infrastrutturale. Il grande Piano di Ripresa e Resilienza del paese parla infatti anche di disabilità, nella Missione 5, puntando tutto o quasi sull'autonomia, abitativa e lavorativa. A livello nazionale il PNRR stanZIA 500 milioni di euro per realizzare 5.000 progetti di vita indipendente e ha previsto una riforma nazionale in tema di disabilità, attuata con il Decreto Legislativo 62/2024; nei nostri Ambiti Territoriali Sociali di Trezzo sull'Adda e Vimercate, il PNRR M5C2 1.2 "Autonomia per persone con disabilità" ha portato 714.100 Euro, attraverso i quali sono stati realizzati tre appartamenti per la vita indipendente rivolti a dodici persone, formazioni in materia digitale, riqualificazione di spazi per il telelavoro, potenziamento delle equipe di valutazione multidimensionale. Stante il rilievo nel panorama legislativo attuale e la rilevante convergenza di finanziamenti, la vita indipendente è un obiettivo dei Piani di Zona 2025-2027 degli Ambiti Territoriali di Trezzo sull'Adda e Vimercate.

L'altra faccia della questione riguarda invece l'effettiva realizzazione di tali progettualità, che spesso si scontrano con ostacoli, solo apparentemente incomprensibili, come ad esempio la mancanza di persone pronte a intraprendere questi percorsi anche a fronte di immobili disponibili, oppure progetti individuali che subiscono battute di arresto a pochi passi dalla loro concreta realizzazione.

Il dato economico più descrittivo in tal senso riguarda lo scarso utilizzo dei fondi del Dopo di Noi assegnati agli Ambiti: dal 2019 al 2024 sono stati incassati circa 800.000 Euro e di questi ne sono stati spesi solo 225.000 circa, con un avanzo di quasi 575.000 Euro, che, se non utilizzati, dovranno essere restituiti alla Regione.

Mettendo a fuoco la questione più da lontano, si coglie il profondo contrasto tra una politica settoriale della disabilità che spinge verso l'autonomia, forse preoccupata anche dalla sostenibilità futura dei costi sanitari e sociali legati alle strutture residenziali standard e una opposta tendenza decennale del nostro welfare, profondamente familista (Esping-Andersen, 1990; Saraceno, 2017), a lasciare che siano le famiglie, in particolare le donne, a occuparsi del lavoro di cura (Naldini, 2014). In tale clima sociale e culturale è molto difficile trovare spazio per l'autonomia, soprattutto se consideriamo che il naturale percorso di distacco dalla famiglia è diventato una tappa problematica e procrastinata per tutti i giovani, non solo per coloro che hanno una disabilità. Da un punto di vista più microscopico, il processo naturale di distacco e indipendenza tra genitori e figli si scontra con notevoli difficoltà psicologiche in queste famiglie, spesso caratterizzate da legami simbiotici e da "missioni di cura" che, per quanto faticose, costituiscono pur sempre uno scopo esistenziale radicato, che se affidato ad altri rischia di lasciare vuoti rumorosi. D'altro canto, per realizzare un passo così importante e decisivo, le famiglie hanno bisogno di esperienze positive a cui guardare, che siano rassicuranti e concretizzabili.

a qui l'idea di lasciare al territorio una guida di buone prassi per supportare questo processo di cambiamento che ci coinvolge tutti e che al di là di ogni difficoltà costituisce la traiettoria futura per la vita delle persone con disabilità, immerse in un contesto reale di vita sociale e comunitaria. Le presenti linee guida si rivolgono a persone, famiglie e operatori che vogliano spingersi verso questo nuovo orizzonte dell'autonomia, orientarsi nella complessità e sentirsi meno soli.

Si può fare!

Contesto di riferimento

L'idea di realizzare le presenti linee guida nasce a partire dal 2022, all'interno dell'Ufficio di Piano degli Ambiti Territoriali Sociali di Trezzo sull'Adda e Vimercate, nel periodo di realizzazione del progetto PNRR rivolto all'autonomia delle persone con disabilità (2022-2026). La realizzazione è stata implementata all'interno di due co-progettazioni tra Offertasociale, Cascina San Vincenzo e Cooperativa Solaris per la realizzazione di appartamenti per la vita indipendente.

Il processo delle co-progettazioni ha consentito infatti a istituzioni e Enti del Terzo Settore di collaborare fattivamente all'interno di un contesto nuovo, spesso affrontando ostacoli e problemi concreti che riguardano l'avvio degli appartamenti; nel tempo sono state maturate nuove esperienze e competenze, per il quale si è reso da subito evidente l'opportunità di sistematizzare quanto appreso e realizzato.

Anche all'interno dei tavoli di partecipazione della cittadinanza, come i tavoli rivolti alla tematica dell'housing della Rete Tiki Taka, è emerso da parte dei genitori il bisogno di avere informazioni pratiche e orientamenti rispetto alla realizzazione di questi progetti. Lo sviluppo del Centro di Vita Indipendente, avviato dal 2024, ha reso ancora più necessario la predisposizione di un documento utile a operatori e famiglie che cercano un orientamento pratico e fruibile.

Gruppo di lavoro

La realizzazione del presente documento è il frutto del lavoro corale di tecnici dell'Ufficio di Piano, operatori degli Enti del Terzo Settore coinvolti nelle progettualità del Centro di Vita Indipendente, nel Progetto PNRR M5C2 1.2, persone con disabilità e le loro famiglie coinvolte in progetti di abitare indipendente. Si ringraziano per la collaborazione alla stesura del documento:

Giovanni Coppolaro

abitante appartamento di Vimercate

Silvia Di Pietro

Offertasociale

Alessia Francescon

Cooperativa Solaris

Efrem Fumagalli

genitore

Andrea Masciadri

Cooperativa Arcoiris

Ilaria Paleari

Offertasociale

Mauro Rivolta

Associazione Cascina San Vincenzo

Luca Ronzoni

Cooperativa Arcoiris

Samantha Villa

genitore

Alessia De Stefani

Offertasociale

Giordana Donvito

Cooperativa Arcoiris

Elena Fossati

genitore

Alice Giovannelli

Cooperativa Le Vele

Elena Monetti

Cooperativa Arcoiris

Silvia Recalcatti

Offertasociale

Marinella Roncalli

Cooperativa Le Vele

Simona Simoncini

Cooperativa Solaris

1. AVVIO DEL PERCORSO ABITATIVO

1.1 Nascita del progetto dell'appartamento

Il progetto dell'appartamento nasce da un'esigenza sempre più urgente e concreta: garantire un futuro dignitoso, sicuro e il più possibile autonomo a persone con disabilità, quando i genitori o i familiari più stretti non saranno più in grado di occuparsene.

Questa prospettiva, che per anni può sembrare lontana, si fa ogni giorno più presente per molte famiglie. Il timore più grande di un genitore di una persona disabile è proprio il "dopo di noi": chi si prenderà cura di mio figlio? Dove vivrà? Con chi? In che condizioni?

Da queste domande nasce il desiderio di costruire un percorso di vita indipendente già nel presente (Durante Noi), gradualmente, con i giusti supporti educativi e relazionali.

Il progetto è mosso da una duplice motivazione:

» **Il tempo:** le famiglie invecchiano, e diventa fondamentale avviare un percorso di autonomia progressiva prima che sia troppo tardi.

» **La prospettiva:** non si tratta solo di "sopravvivere" al venir meno dei genitori, ma di costruire una qualità di vita reale e duratura nel tempo, con relazioni, abitudini e spazi che siano scelti, non subiti.

L'obiettivo non è solo assistenziale: per promuovere un modello abitativo inclusivo, partecipato e continuativo, che dia ai partecipanti la possibilità di costruire relazioni tra pari, sentirsi a casa, crescere nelle piccole autonomie quotidiane è fondamentale costruire la residenzialità secondo un **modello di co-progettazione** con i partecipanti e con le famiglie.

Infatti il tema della residenzialità per le persone con disabilità, richiede oggi nuovi modelli di intervento centrati sull'ascolto, la personalizzazione e la costruzione partecipata dei percorsi di vita. In questo contesto, la co-progettazione con le famiglie e gli utenti stessi diventa non solo una metodologia auspicabile, ma una condizione necessaria per costruire soluzioni efficaci, sostenibili e realmente rispettose dei bisogni.

La co-progettazione nasce dalla consapevolezza che le famiglie sono portatrici di esperienza, conoscenza e visione di lungo termine. Sono spesso loro, infatti, ad aver costruito nel tempo strategie, routine, reti relazionali e modelli di supporto adattati alle specificità del proprio caro.

Allo stesso tempo, le persone con disabilità devono essere coinvolte attivamente, secondo le proprie possibilità, nel disegnare spazi e modalità di vita che le riguardano in prima persona.

Nella nostra esperienza co-progettare ha significato:

- **ascoltare** i vissuti, le paure, i desideri di chi vive direttamente la disabilità (famiglie);
- **costruire insieme** obiettivi di autonomia e qualità della vita;
- **condividere le scelte progettuali**, dalla definizione degli spazi, ai ritmi di vita e alle attività;
- **favorire l'aderenza** del progetto ai reali bisogni delle persone coinvolte, evitando soluzioni standardizzate o imposte dall'alto.
- Un modello di residenzialità co-progettato con famiglie e partecipanti ha più probabilità di:
- **rispondere in modo concreto ai bisogni reali** delle persone coinvolte;
- **garantire stabilità emotiva e relazionale**;
- **valorizzare le risorse personali** e favorire l'autonomia, per quanto possibile;

- **favorire l'inclusione nel territorio**, grazie a un lavoro di rete con le realtà locali;
- **sostenere le famiglie nel processo di "distacco" graduale**, riducendo ansie e resistenze.

Nell'esperienza di avvio dell'appartamento di Associazione Cascina San Vincenzo, rivolto a persone con disturbo dello spettro autistico, abbiamo constatato che il gruppo dell'appartamento costituito intorno a giovani adulti con una **conoscenza pregressa** generata da attività svolte insieme (esempio: frequenza ad attività dello stesso Centro Socio Educativo, Servizio Formazione all'Autonomia, attività laboratoriali e per l'autonomia, ecc. ecc.) è un fattore di successo dell'esperienza. Inoltre se il gruppo ha già fatto un percorso insieme di **preparazione alla residenzialità**, come ad esempio la frequenza ad un progetto di "appartamento palestra" del Dopo di Noi, l'attività di accompagnamento verso l'esperienza di residenzialità sicuramente ne giova. Per quanto riguarda l'appartamento una particolare attenzione va posta al **reperimento dell'alloggio** e alla **sostenibilità economica** della residenzialità. Si ritiene che nelle voci di spesa del progetto una parte importante sia costituita dall'affitto dell'immobile, che costituisce un costo fisso.

La nostra esperienza ci ha consentito di evitare il costo fisso della locazione a favore di soluzioni più economiche:

- un appartamento in concessione gratuita derivante dai beni confiscati alla criminalità organizzata
- un appartamento in concessione gratuita derivante dall'investimento economico di una famiglia

È opportuno ricordare che i costi fissi sono presenti anche con un numero di partecipanti al progetto inferiore al preventivato. Ciò comporta un carico di oneri sui presenti che può pregiudicare l'attuazione del progetto.

1.2 Composizione e preparazione del gruppo partecipanti

La costruzione di un progetto di residenzialità per persone con disabilità, richiede un'attenta selezione, osservazione e preparazione del gruppo dei partecipanti. La qualità del vivere insieme e l'efficacia del progetto abitativo dipendono infatti in larga parte dalla **compatibilità dei membri del gruppo**, dalla **gradualità del percorso** e dalla **personalizzazione degli interventi**. La fase di composizione del gruppo è un passaggio delicato e strategico. Viene condotta attraverso un lavoro multidisciplinare che coinvolge:

- le **famiglie**;
- gli **operatori educativi e sanitari di riferimento**;
- le stesse **persone con disabilità**, per quanto possibile;
- eventuali **servizi sociali o enti partner**.
- I criteri considerati nella formazione del gruppo includono:
- **età e fase di vita** (nel nostro caso giovani adulti entro i 35 anni);
- livello di autonomia personale (gestione quotidiana, comunicazione, cura di sé);
- stabilità comportamentale ed emotiva;
- **stili di relazione e compatibilità reciproca**;
- **interessi, abitudini e ritmi di vita**;
- presenza di reti familiari e sociali di supporto.

L'obiettivo non è creare un gruppo omogeneo, ma valorizzare le differenze compatibili in un contesto che favorisca il benessere collettivo e individuale.

1.3 Modalità di avvicinamento graduale alla residenzialità

Una volta individuati i partecipanti potenzialmente idonei, si avvia un percorso di accompagnamento progressivo, per:

- **favorire la conoscenza reciproca** tra i futuri coinquilini e con l'equipe degli operatori;
- **costruire fiducia e senso di sicurezza**, soprattutto per le persone con autismo che faticano ad affrontare i cambiamenti;
- **sperimentare gradualmente la vita fuori casa**, con modalità personalizzate (weekend, brevi soggiorni, attività di gruppo, ecc.);
- **lavorare sulle autonomie individuali**, in modo mirato e continuativo: cura della persona, preparazione pasti, gestione degli spazi, convivenza;
- **Supportare le famiglie** nel processo di separazione e nel passaggio di responsabilità.

Il percorso prevede anche momenti di verifica e confronto, in cui valutare:

- l'evoluzione delle competenze;
- il benessere psico-emotivo;
- la sostenibilità del gruppo;
- l'eventuale necessità di ridefinire composizioni o tempi.

Ad esempio, nell'esperienza di Associazione Cascina San Vincenzo si è proceduto a utilizzare i seguenti **strumenti**:

- **colloqui individuali e di gruppo** con le famiglie a scopo conoscitivo, di analisi familiare e del contesto della rete dei servizi;
- **incontri con servizio sociale** del comune di residenza per acquisire elementi sulla storia sociale;
- **valutazione funzionale** diretta del partecipante;
- **incontri con il servizio diurno** di riferimento del partecipante (CSE, SFA, ecc. ecc.);
- **osservazione diretta** nel contesto del servizio diurno di riferimento;
- **restituzione** alla famiglia dell'osservazione e valutazione svolta;
- **valutazione dell'equipe** degli operatori sull'inserimento nel gruppo.

Costituito il nucleo del gruppo, si è proceduto a:

- costruire "**storie sociali**" di avvicinamento all'appartamento per gestire la transizione (elemento fondamentale con utenza con disturbi dello spettro autistico);
- conoscenza graduale degli spazi dell'appartamento e personalizzazione degli spazi comuni e degli spazi dedicati;
- conoscenza graduale della "situazione" della residenzialità: aperitivo insieme, cene in appartamento, prima notte, via via aggiunta delle ulteriori notti.

Per il periodo di inserimento, l'equipe ha scelto di strutturare la **presenza degli operatori** con l'assistente alla persona sempre presente e la figura professionale educativa presente nella fascia pre-cena e cena. Inoltre in alcuni giorni è stato previsto l'educatore nella fascia oraria del mattino (fase della preparazione per uscire), per lavorare su alcune autonomie della preparazione personale (igiene, gestione vestiario, ecc.).

Solo al termine della fase di preparazione si avvia la convivenza vera e propria, che sarà comunque **progressiva e supervisionata**. L'equipe accompagna il gruppo nella quotidianità, sostenendo l'equilibrio tra individualità e dinamiche collettive. In parallelo, si mantiene un **coinvolgimento attivo delle famiglie**, che restano una risorsa fondamentale, pur nel rispetto dell'autonomia del progetto.

La composizione e la preparazione del gruppo non sono fasi tecniche isolate, ma cuore vivo del progetto di residenzialità. Investire tempo, attenzione e cura in questo processo significa costruire le basi per un'esperienza abitativa stabile, significativa e davvero centrata sulla persona.

Per coloro che sono in possesso dei requisiti previsti (es. riconoscimento disabilità grave ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3), la fase di avvicinamento al gruppo appartamento può essere sostenuta economicamente dal **contributo regionale Dopo di Noi - voucher accompagnamento all'autonomia**.

1.4 Coinvolgimento e accompagnamento delle famiglie

Oltre al tema della co-progettazione sopra descritta l'equipe degli operatori ha il compito di condividere con le famiglie il progetto della residenzialità e di verificarlo periodicamente. Nel caso dell'esperienza di Associazione Cascina San Vincenzo si è deciso di fissare una **verifica** ogni tre mesi fra la famiglia, il case manager (normalmente individuato nel servizio sociale del Comune di residenza) e l'equipe degli operatori.

Durante la fase di inserimento il **rapporto fra le famiglie e l'equipe degli operatori è costante e settimanale**, lo scambio di informazioni prima e dopo le esperienze di avvicinamento alla residenzialità è vitale per la taratura progressiva del progetto. Inoltre il costante rapporto con le famiglie è fondamentale per accogliere anche i loro stati d'animo nella dinamica della progressiva autonomia del figlio o della figlia.

Si ritiene che l'ingresso in un contesto residenziale di una persona con disabilità rappresenti per le famiglie una delle **transizioni più complesse e delicate dell'intero percorso di vita**. È una fase che, pur nascendo spesso da necessità concrete (esigenze di cura, sollievo familiare, progetti di autonomia), coinvolge profondamente la sfera psicologica del nucleo familiare. Il distacco, infatti, non è mai solo logistico, ma profondamente relazionale. Per questo motivo pensiamo che si debba investire nel percorso di coinvolgimento e nell'**accompagnamento psicologico delle famiglie**, che non deve essere considerato non solo un elemento opzionale nel percorso, ma una dimensione fondante dell'intervento residenziale. L'ingresso nella residenzialità comporta per i familiari una serie di vissuti emotivi ambivalenti. Da un lato, può esserci sollievo per un carico assistenziale non più sostenibile, dall'altro inadeguatezza e senso di abbandono. Tra i vissuti più comuni che i familiari affrontano vi sono anche il **senso di colpa** per aver "affidato" il proprio caro a una struttura, il timore di giudizio sociale, o la sensazione di "non aver fatto abbastanza". Un lavoro psicologico attento permette di **riconoscere e trasformare questi vissuti** in risorse: riconoscere la propria fatica come legittima, accettare l'aiuto come scelta d'amore e non di rinuncia, riformulare la relazione non più centrata sul "fare", ma sull'**essere presenti in modo diverso**.

L'equipe degli operatori ha il compito di **accogliere questi vissuti senza giudizio**, validando le emozioni espresse e offrendo spazi protetti per elaborare il passaggio. Nella nostra esperienza è

stato realizzato un gruppo con le famiglie condotto da uno psicologo sistemico relazionale esperto, che in questa fase ha aiutato i familiari a **rielaborare il significato della delega della cura**, evitando la rottura affettiva e favorendo una nuova narrazione del legame.

- Con l'entrata nel progetto residenzialità, i genitori e i caregiver vivono un cambiamento di ruolo: da "caregiver totali" a **presenze affettive e affiancanti**. Questo passaggio richiede una **ridefinizione della relazione** tra genitori e figli, che deve essere accompagnata con percorsi di supporto psicologico centrati su:
 - L'elaborazione del lutto per la perdita della quotidianità;
 - Il riconoscimento del valore del proprio ruolo genitoriale anche a distanza;
 - La costruzione di **forme nuove di vicinanza e coinvolgimento** (esempio: partecipazione a momenti significativi, rientri nella casa genitoriale nei week end).
- Tale continuità relazionale è fondamentale per il benessere dell'ospite e rappresenta un **fattore protettivo per la salute mentale dei familiari**.

Il percorso di **sostegno psicologico individuale e/o familiare** può dunque facilitare:

- La rielaborazione della storia familiare e delle fatiche attraversate;
- L'accettazione di limiti e possibilità;
- L'attivazione di risorse personali e relazionali latenti.

La **resilienza familiare** non si costruisce in solitudine: ha bisogno di reti, di alleanze con i servizi, di un ascolto competente e continuativo.

La famiglia non è solo da accompagnare, ma da **valorizzare come risorsa attiva**. Le informazioni affettive, storiche, comportamentali che la famiglia può offrire sono essenziali per costruire un progetto individualizzato realmente centrato sulla persona. Inoltre, il coinvolgimento nei processi decisionali, nella prospettiva della co-progettazione, rafforza il senso di appartenenza e responsabilità condivisa.

L'accompagnamento psicologico delle famiglie è una responsabilità che va oltre il semplice coinvolgimento informativo. Nella nostra esperienza ha significato **prendersi cura della dimensione emotiva del legame**, del lutto, della transizione, della speranza e della possibilità di nuovi modi di stare insieme. **Nessun progetto di vita autonoma e indipendente, è mai slegato da chi ci ha sostenuti e cresciuti.**



2. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PROGETTO INDIVIDUALE

2.1 La Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale è *“un procedimento volto a delineare con la persona con disabilità il suo profilo di funzionamento all'interno dei suoi contesti di vita, anche rispetto agli ostacoli e ai facilitatori in essi presenti, e a definire, anche in base ai suoi desideri e alle sue aspettative e preferenze, gli obiettivi a cui deve essere diretto il progetto di vita”* (D.lgs. 62/2024, art. 2); Il modello teorico di riferimento è quello **bio-psico-sociale**, che considera la salute non come mera assenza di malattia, ma come globale condizione di benessere determinata da fattori fisici, psicologici, sociali, relazionali e ambientali, che interagiscono insieme in modo sistemico e complesso. La multidimensionalità della valutazione si riferisce dunque ai **diversi domini (clinico, funzionale e sociale) del benessere della persona**, che devono essere considerati in maniera complessiva e non parcellizzata.

La multidimensionalità della valutazione richiede dunque **equipe multidisciplinari**, dette EVM o UVM (Equipe/Unità di Valutazione Multidimensionale) istituite presso le l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) e integrate anche da operatori degli Enti Locali (Comuni, Ambiti Territoriali Sociali) e degli Enti del Terzo Settore. Tali équipe sono composte da personale sanitario, come medici, infermieri, psicologi, e personale sociale, come assistenti sociali, educatori e altri professionisti. Con il PNRR M5C2 1.2 “Autonomia per le persone con disabilità” degli Ambiti sono state investite delle risorse economiche per potenziare le EVM nella loro componente sociale, coinvolgendo al bisogno operatori esperti di disabilità e vita indipendente (psicologa, educatrice, architetto, ingegnere, terapeuta occupazionale), al fine di supportare gli operatori coinvolti nello svolgimento gli approfondimenti.

Le normative di riferimento sottolineano anche **l'importanza del coinvolgimento della persona e della sua famiglia nella valutazione** e la **valorizzazione dei desideri e delle aspettative della persona**. Possono partecipare all'unità di valutazione multidimensionale, su richiesta della persona con disabilità o di chi la rappresenta o su richiesta degli altri componenti della EVM: il coniuge, un parente, un affine, il caregiver; un medico specialista o specialisti dei servizi sanitari o sociosanitari; un rappresentante di associazione, fondazione, agenzia o altro ente con specifica competenza nella costruzione di progetti di vita, anche del terzo settore; referenti dei servizi pubblici e privati presso i quali la persona con disabilità fruisce di servizi o prestazioni, anche informale.

La valutazione multidimensionale è un elemento così centrale che lo Stato italiano la riconosce come un **livello essenziale delle prestazioni**, sia sanitarie (LEA) che sociali (LEPS) e pertanto deve essere garantito su tutto il territorio nazionale. Nei nostri territori sono presenti queste équipe, che vedono la collaborazione delle ASST e degli Ambiti/Comuni. Nel vimercatese è anche stato redatto un protocollo socio-sanitario sulla EVM, che norma il processo e la composizione di questa équipe. Spesso le équipe sono spazi di dialogo e confronto tra operatori afferenti a servizi diversi e ciò favorisce anche la ricomposizione degli interventi sociali e sanitari.

Il tema della valutazione multidimensionale è strettamente correlato a quella del progetto individuale (anche denominato “progetto individualizzato”, “progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato” o semplicemente “progetto di vita”). La **valutazione multidimensionale è infatti propedeutica al progetto di vita**, favorendo l'individuazione dei bisogni, delle aree di miglioramento e degli interventi più adeguati al fine di garantire la qualità di vita.

2.2. Il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato

Le politiche sociali per le disabilità mettono al centro questo strumento, che costituisce un **diritto soggettivo esigibile** per le persone con disabilità (L. 328/2000, art. 14 e successive modificazioni). Di recente Regione Lombardia ha emanato la **Legge Regionale 25/2022** “*Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità*”, che dettaglia a livello regionale il tema del progetto di vita, mentre a livello nazionale il D.lgs. 62/2024 “*Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*” ha ulteriormente promosso a livello nazionale lo strumento.

Il progetto di vita è un “*progetto individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità che, partendo dai suoi **desideri** e dalle sue **aspettative e preferenze**, è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, i **sostegni**, formali e informali, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter **scegliere** i contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri*” (D. lgs. 62/2024, art.2).

Il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato è l'esito della valutazione multidimensionale ed è lo strumento con cui vengono individuati i **sostegni** (servizi, interventi, prestazioni e benefici) integrati a favore della persona e le risorse economiche (**budget di salute**) dedicate alla realizzazione dei sostegni.

La titolarità del progetto è della persona con disabilità, che partecipa attivamente alla definizione dello stesso, determinandone i contenuti. Se la persona con disabilità non è in grado di partecipare alla valutazione e alla costruzione del progetto, può farlo il suo rappresentante legale (es. amministratore di sostegno).

In ogni caso, anche qualora la persona abbia un rappresentante giuridico, deve essere promossa la sua **partecipazione al procedimento** attraverso l'utilizzo di strategie e strumenti che facilitino la comprensione delle fasi del procedimento e di quanto proposto, per supportare l'adozione di decisioni e la manifestazione dei desideri, aspettative e scelte, anche attraverso la migliore interpretazione possibile degli stessi.

Per queste finalità, la persona con disabilità può essere supportata da una persona che la faciliti, scelta tra alcuni dei componenti dell'EVM o al di fuori.

Ai sensi dell'art 26 del D.lgs. 62/2024, il progetto individua:

- a) gli **obiettivi** della persona con disabilità risultanti all'esito della valutazione multidimensionale;
- b) gli **interventi** individuati nelle seguenti aree:
- apprendimento, socialità ed affettività;
 - formazione, lavoro;
 - casa e habitat sociale;
 - salute;
- c) i **servizi, le misure** relative ai processi di cura e di assistenza, gli **accomodamenti ragionevoli** volti a perseguire la migliore qualità di vita e a favorire la partecipazione della persona con disabilità nei diversi ambiti della vita, nonché i sostegni e gli interventi
- d) i **piani operativi e specifici individualizzati** delle azioni e dei sostegni correlati agli obiettivi del progetto, con indicazione di eventuali priorità, o, nel caso di piani già esistenti, il loro riallineamento, anche in termini di obiettivi, prestazioni e interventi;
- e) gli **operatori e le altre figure coinvolte** nella fornitura dei sostegni indicati con l'indicazione di compiti e responsabilità;
- f) il referente per la sua attuazione (**case manager**);
- g) la **programmazione dei tempi e le modalità delle verifiche periodiche e di aggiornamento**, anche al fine di controllare la persistenza e l'adeguatezza delle prestazioni rese rispetto agli obiettivi;
- h) il **dettaglio e l'insieme delle risorse** umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche, private e del terzo settore, già presenti o attivabili anche in seno alla comunità territoriale, alla rete familiare nonché al sistema dei supporti informali, che compongono il budget di progetto.

Il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato **riguarda l'intero arco della vita della persona con disabilità**, è sottoposto a periodico **aggiornamento (di norma biennale)** e può essere modificato in qualunque momento su richiesta della persona interessata, del suo rappresentante legale o di altro soggetto che ne abbia titolo.

Il progetto **può essere richiesto al Comune di residenza** in qualsiasi momento, anche in carta libera ed è **predisposto, entro novanta giorni dalla richiesta dell'interessato, dal Comune di residenza** della persona con disabilità, d'intesa con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) competente, con l'intervento del Centro per la Vita Indipendente e il coinvolgimento degli enti del Sistema Sociosanitario Regionale, dei soggetti pubblici o privati interessati, delle istituzioni scolastiche e degli enti preposti a favorire l'inclusione lavorativa e sociale delle persone con disabilità, al fine di una progettazione integrata degli interventi; è sottoscritto dalla persona con disabilità o da chi eventualmente la rappresenta ed è comunicato dal Comune agli altri soggetti coinvolti.

2.3 Budget di salute

Il Budget di salute o budget di progetto individuale è parte del progetto di vita ed è costituito dall'**insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a realizzare il progetto.**

È uno strumento che mira a **ricomporre la frammentata gamma delle misure e dei sostegni disponibili e a integrare risorse diverse** – economiche, di tempo, di competenza – delle istituzioni, delle famiglie e della comunità locale dentro una logica collaborativa e di complementarità. Il Budget di Progetto comprende e ri-compone al suo interno tutte le risorse disponibili e attivabili sia **pubbliche** (previdenziali, sociali, sanitarie) che di carattere **privato** (personali, familiari e sociali).

Nello specifico della misura del Dopo di Noi, la normativa regionale specifica che *“il budget del progetto di residenzialità è costruito tenendo conto di tutte le risorse derivanti dal Fondo Dopo di Noi e dalle risorse (almeno il 30%) messe a disposizione dal Comune, dalla persona e liberamente dalla famiglia.”*

L'utilizzo del budget è importante dal punto di vista tecnico perché consente anche di **restituire e rendere visibile agli operatori e alle famiglie il quadro complessivo delle risorse** effettivamente impiegate nel progetto di vita, valorizzando anche interventi il cui valore economico rischia di essere trascurato.

Esempi a riguardo sono il costo dei centri diurni, nella maggior parte dei casi a carico dei Comuni di residenza, oppure i costi sanitari privati a carico della persona/famiglia.



3. ASPETTI GIURIDICI E CONTRATTUALI

3.1 Protezione giuridica

La protezione giuridica a favore delle persone con disabilità si concretizza in diverse forme giuridiche, da adottare a seconda delle necessità. Seguendo crescenti livelli di tutela, si possono individuare gli strumenti di seguito descritti.

3.1.1. Procura

È un **atto volontario e revocabile** con cui una persona (il **rappresentato**) conferisce ad un'altra (il **rappresentante**) il potere di agire in suo nome per compiere determinati atti giuridici. In pratica, la procura permette a una persona di delegare ad un'altra la facoltà di rappresentarla in determinate situazioni, come la firma di un contratto o la gestione di beni. Si differenzia tra **procura generale**, valida per tutti gli atti di ordinaria amministrazione e **procura speciale**, per uno o più atti specifici.

Può essere usata **solo se la persona conserva piena capacità di intendere e di volere**, e non è attuabile quando c'è un deterioramento delle capacità cognitive. In generale, la procura deve avere la stessa forma dell'atto che il rappresentante compie per conto del rappresentato. Quindi, se l'atto per cui si conferisce la procura richiede un atto pubblico (come la vendita di un immobile), allora la procura dovrà essere redatta in forma di atto pubblico, ovvero davanti a un notaio. In generale è comunque sempre consigliabile rivolgersi a un notaio, perché offre maggiore sicurezza e certezza giuridica.

Fonti normative: Articoli 1387-1399 codice civile

Per approfondire rivolgersi a: consulenza di un notaio

3.1.2. Amministrazione Di Sostegno

È una misura **flessibile e personalizzata** di **protezione giuridica** per persone maggiorenni **anche in parte giuridicamente incapaci**, che si trovano in condizioni di **infermità o malattia** (anche temporanee), che impediscono di provvedere ai propri interessi. Scopo della legge è quello di andare incontro a tali persone aiutandole ad affrontare problemi concreti, come acquistare, vendere, affittare un appartamento o investire somme di denaro. Per questo motivo l'istanza per la nomina dell'amministrazione di sostegno deve indicare l'atto o le tipologie di atti per il quale è richiesta l'assistenza.

La **domanda** può essere presentata dall'interessato, anche se giuridicamente incapace, dal coniuge, dalla persona stabilmente convivente, dai parenti entro il quarto grado (genitori, figli, fratelli o sorelle, nonni, zii, prozii, nipoti, cugini), dagli affini entro il secondo grado (cognati, suoceri, generi, nuore), dal tutore o curatore e dal Pubblico Ministero. I responsabili dei servizi sanitari e sociali, se a conoscenza di fatti tali da rendere necessario il procedimento di amministrazione di sostegno, possono proporre il ricorso o darne notizia al Pubblico Ministero. La domanda è presentata al Tribunale Ordinario di competenza (Mi-

lano o Monza a seconda della provincia di residenza). Se la persona è ricoverata permanentemente presso una struttura è competente il Giudice del luogo di ricovero. L'amministratore di sostegno viene **nominato dal Giudice Tutelare** e viene preferibilmente scelto nello stesso ambito familiare dell'assistito.

Se necessario (ad es. in caso di conflitto tra i parenti, assenza di rete familiare) può essere nominato amministratore un professionista o il Sindaco del Comune di residenza (o suo delegato). Non possono ricoprire le funzioni di amministratore di sostegno gli operatori dei servizi pubblici o privati che hanno in cura o in carico il beneficiario.

La persona beneficiaria per il quale avviene la nomina deve partecipare all'udienza e se non trasportabile è possibile che il giudice si rechi nel suo luogo di vita per vederla oppure svolga un collegamento da remoto.

Per la presentazione del ricorso **non è necessaria l'assistenza di un avvocato**. I **costi** della presentazione dell'istanza sono contenuti (meno di 50 euro). I **tempi** di nomina sono di circa due mesi, con possibilità di nomina d'urgenza in tempi più ridotti. È possibile farsi supportare nella presentazione della pratica dagli **sportelli della volontaria giurisdizione/Uffici di prossimità** presenti nel territorio di residenza.

L'amministrazione di sostegno è la misura di protezione giuridica più usata perché meno invasiva e adatta a situazioni anche solo parzialmente invalidanti, con poteri e limiti stabiliti dal decreto di nomina ritagliati sul caso specifico, in modo da rispettare maggiormente l'autonomia residua della persona.

Fonti normative:

Legge 6/2004, art. 404-413 codice civile.

Per approfondire:

Tribunale Ordinario di Monza

www.tribunale.monza.giustizia.it/it/Content/Index/44692

Tribunale Ordinario di Milano

<https://tribunale-milano.giustizia.it/it/amministrazione.page>

Per una consulenza:

sportelli Territoriali per la volontaria giurisdizione (Monza e Brianza)

www.tribunale.monza.giustizia.it/it/Content/Index/44611

Uffici di prossimità (Milano)

https://tribunale-milano.giustizia.it/it/uffici_di_prossimita.page

3.1.3 Tutela e Curatela

Tutela e curatela sono istituti giuridici previsti dall'ordinamento italiano per proteggere le persone prive, in tutto o in parte, della capacità di agire, cioè della possibilità di compiere validamente atti giuridici.

- La **tutela** è disposta dal **giudice tutelare**, che nomina un **tutore** (di solito un familiare o una persona di fiducia) incaricato di rappresentare la persona in tutti gli atti civili. La persona tutelata risulta giuridicamente interdetta e perde la capacità di agire. Gli atti compiuti senza il tutore sono nulli.

- Con la **curatela** invece la persona conserva in parte la capacità di agire, ma ha bisogno del consenso del curatore per specifici atti (es. contratti, vendite, ecc.). Il **curatore**, nominato dal giudice, **assiste** (non rappresenta) la persona solo per determinati atti.

Entrambe le misure sono disposte dal **Tribunale Ordinario**, su richiesta di familiari, servizi sociali o del pubblico ministero e la procedura **richiede l'assistenza di un legale**, con la presenza dei relativi costi. Questi due strumenti sono sempre meno applicati, in favore dell'istituto dell'amministratore di sostegno, più flessibile e meno oneroso.

» **Fonti normative:** Articoli 414-432 codice civile

» **Per approfondire** rivolgersi a: consulenza di un notaio o un legale

3.2 Strumenti giuridici di destinazione patrimoniale (L.112/2016)

Si introducono di seguito altri strumenti di tutela giuridica della persona con disabilità promossi dalla Legge 112/2016 sul Dopo di Noi. Tali strumenti sono posti a tutela delle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare in quanto prive di entrambi i genitori o i cui genitori non sono in grado di fornire loro adeguato sostegno. Possono trovare applicazione anche durante la vita dei genitori in vista del venir meno del loro sostegno.

Lo stato di "disabilità grave" è quello disciplinato dalla Legge n. 104 del 1992, articolo 3 comma 3, e deve essere accertato ai sensi della stessa legge da Commissione Medica. Per gli anziani non autosufficienti e per le persone con disabilità non grave sono applicabili le norme già poste a loro tutela da altre leggi, e anche quelle contenute nella Legge 112/2016, ma non le agevolazioni fiscali da essa introdotte.

Le **agevolazioni fiscali** previste dalla L. 112/2016 sono:

- I beni sono esenti dall'imposta sulle successioni e donazioni;
- Le imposte di registro, ipotecaria e catastale si applicano in misura fissa;
- gli atti, i documenti, le istanze, i contratti, nonché le copie dichiarate conformi, gli estratti, le certificazioni, le dichiarazioni e le attestazioni realizzati o richiesti sono esenti dall'imposta di bollo;
- i Comuni possono con i loro regolamenti stabilire aliquote ridotte franchigie o esenzioni ai fini dell'imposta municipale;
- Alle erogazioni liberali, alle donazioni e agli altri atti a titolo gratuito effettuati dai privati si applicano le detrazioni e deduzioni con il limite elevato al 20 per cento del reddito complessivo dichiarato e comunque nella misura massima di 100.000 euro annui.

3.2.1 Trust per il “Dopo di noi”

Il **trust**, nello specifico della disabilità, è stato promosso dalla Legge 112/2016 sul Dopo di Noi. È uno **strumento giuridico** con cui una persona (detta **disponente**) **affida beni a un soggetto di fiducia** (il **trustee**) perché li gestisca **nell’interesse di un beneficiario**, secondo uno **scopo specifico**, come ad esempio garantire il progetto di vita per la persona con disabilità. Il trustee può essere una persona fisica di fiducia, ma anche un ente no profit o Cooperativa Sociale e può coincidere con lo stesso disponente.

Deve essere nominato anche un **guardiano**, come ad esempio l’amministratore di sostegno (se presente), che ha il compito di supervisionare l’operato del trustee. I vantaggi del trust sono la flessibilità nella gestione personalizzata dei bisogni, la pianificazione chiara del “dopo di noi” (ad esempio è possibile indicare la volontà che il proprio figlio viva al domicilio e non sia ricoverato in struttura), alcune agevolazioni fiscali e la protezione dei beni da aggressioni esterne (creditori, eredi).

Quest’ultimo aspetto, detto “**segregazione patrimoniale**”, fa sì che i beni in trust siano intestati al trustee ma “blindati”, costituendo così un patrimonio separato rispetto ai beni che compongono il patrimonio del disponente, del trustee e dei beneficiari.

Questa separazione determina che i beni in trust non possano essere aggrediti dai creditori o andare nell’asse ereditario del trustee, del disponente e dei beneficiari. Il trust ha durata pari alla vita della persona con disabilità e può essere istituito tramite **testamento** o **con atto pubblico**, sempre con l’ausilio di un **notaio**. Il trust “dopo di noi” è anche un trust “durante noi” poiché, a parte l’ipotesi in cui venga disposto con testamento, i genitori ne anticipano l’istituzione in vita. Alla morte del beneficiario, il patrimonio residuo del trust non passa nell’asse ereditario ma viene destinato secondo quanto stabilito nell’atto di istituzione. L’istituto del trust è di origine anglosassone e non è molto diffuso in Italia, non ha una chiara normativa nazionale di riferimento, ma grazie alla legge del “Dopo di noi” ha acquisito più importanza nel nostro ordinamento rispetto al passato. Per questo motivo è consigliabile affidarsi a un notaio esperto del tema.

3.2.2 Vincoli di destinazione (art. 2645-ter c.c.)

Il vincolo di destinazione è un atto giuridico con cui è possibile vincolare alcuni beni (non tutti i tipi di beni, come nel trust) con lo scopo di realizzare gli interessi di una persona con disabilità grave. Possono essere vincolati **beni immobili**, come ad esempio una casa e **beni mobili iscritti in pubblici registri**, come ad esempio un’automobile o quote di società a responsabilità limitata. Con questo atto i beni di un proprietario, detto conferente o disponente, vengono destinati con la finalità esclusiva dell’inclusione sociale, della cura e dell’assistenza delle persone con disabilità grave per cui il vincolo è istituito e vengono amministrati da un **gestore**, che deve essere individuato nell’atto istitutivo (può essere anche lo stesso conferente). Nell’atto viene anche individuato un **controllore**. Il bene vincolato (es. casa) e i suoi frutti, posso essere impiegati solo per il fine esplicitamente indicato nell’atto di vincolo, come ad esempio realizzare il progetto di vita della persona con disabilità nel suo contesto abitativo attuale.

È necessario procedere con un **atto pubblico, notarile** che deve essere **trascritto nei pubblici registri**. In questo modo il **vincolo è opponibile a terzi**: l’immobile o altro bene

vincolato **non potrà essere venduto né ipotecato per scopi diversi** da quelli indicati e i creditori del conferente non possono aggredire il bene vincolato, tranne in casi specifici, come ad esempio il vincolo istituito in malafede per sottrarsi a debiti pregressi o per i debiti contratti per la realizzazione dello scopo di destinazione.

L'utilizzo di questo strumento diviene utile nel caso in cui ad esempio una famiglia voglia destinare un immobile di sua proprietà a un progetto di residenzialità del Dopo di Noi. La durata del vincolo **coincide con la durata della vita della persona con disabilità** destinataria e l'atto istitutivo deve indicare anche la destinazione del patrimonio residuo dopo la morte del beneficiario.

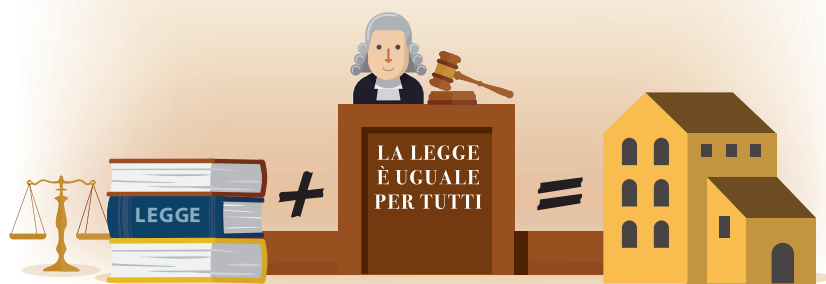
A differenza del trust, con il vincolo di destinazione d'uso **la proprietà dei beni** non passa a un trustee, ma **rimane al conferente** (es. genitore) e alla sua morte passa ai suoi eredi. Il vincolo di destinazione d'uso è inoltre uno strumento tipico del sistema giuridico italiano, che a differenza del trust non presenta particolari criticità o complessità per essere istituito.

3.2.3 Fondi speciali disciplinati da contratto di affidamento fiduciario

I fondi speciali sono **composti di beni sottoposti a vincolo di destinazione e disciplinati con contratto di affidamento fiduciario**, a favore di persone fisiche o anche di enti del Terzo settore iscritti al Registro Unico Nazionale del Terzo settore (RUNTS) o a enti operanti prevalentemente nel settore della beneficenza a favore di persone con disabilità grave.

Questo istituto giuridico è simile al trust, ma regolato dalla legge italiana (Legge 112/2016): una persona (**fiduciante**) affida beni a un **fiduciario** (es. ONLUS), che ne acquisisce la titolarità per gestirli a favore di un beneficiario (es. figlio con disabilità), tramite un contratto di affidamento fiduciario che stabilisce un preciso programma da seguire. Anche in questo caso è prescritta la presenza di un controllore per tutta la durata dei fondi speciali. È necessario procedere con un **atto pubblico, notarile**.

Come nel trust, i beni oggetto di affidamento fiduciario costituiscono un **patrimonio segregato** e a tutti gli effetti separato dal patrimonio personale dell'affidatario, che ne perde la titolarità, ma sono anche segregati dal patrimonio del fiduciario.



4. IL RUOLO DEGLI ATTORI COINVOLTI

4.1 Enti pubblici

Offertasociale è un'azienda speciale che gestisce, in forma associata, numerosi servizi e interventi sociali a tutela delle fasce deboli della popolazione, per conto dei ventinove Comuni degli Ambiti Territoriali Sociali Trezzo sull'Adda e di Vimercate.

Tra i servizi dell'azienda è presente l'**Ufficio di Piano**, che è lo strumento di supporto tecnico all'Assemblea dei Sindaci incaricato di svolgere l'analisi del bisogno territoriale, predisporre il **Piano di Zona**, di fornire il materiale e le competenze tecniche necessari alla **programmazione e progettazione di servizi e progetti a valenza sovracomunale**, secondo i criteri e le indicazioni definite dall'Assemblea politica.

Favorisce la connessione delle conoscenze dei diversi attori del territorio ed è l'organo di **raccordo tecnico con l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS), l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) e gli altri enti** o organismi territoriali, provinciali e regionali con cui mantiene e cura i rapporti, anche partecipando ai tavoli e agli organismi formalizzati.

L'ufficio di Piano è inoltre **referente per la gestione delle misure** dei fondi riguardanti il tema della vita indipendente – e svolge un ruolo di regia del sistema territoriale e di coordinamento multilivello. L'ufficio di Piano ha anche il compito di convocare le Equipe di Valutazione Multidimensionale e partecipare agli incontri con ruolo di ricomposizione del budget e delle misure.

I **Comuni** sono coinvolti in queste progettualità attraverso i servizi sociali, che partecipano alle équipe di valutazione multidimensionale svolgendo la valutazione sociale. I comuni ricevano anche le richieste di Progetto Individuale Personalizzato e Partecipato da parte dei cittadini e tendenzialmente gli assistenti sociali comunali sono i case manager del progetto.

La normativa di settore attribuisce inoltre ai **Comuni** la funzione di *riconoscere e promuovere la sperimentazione di unità di offerta e di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale, nel rispetto della programmazione regionale* (L.R. Lombardia 3/2008 art. 13 - Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale), come gli appartamenti per la vita indipendente. Infine spesso i Comuni sono coinvolti nella realizzazione di queste esperienze mettendo a disposizione immobili di loro proprietà per realizzazione di progetti di residenzialità.

Le **ASST** (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) sono referenti per le attività di valutazione multidimensionale e si occupano della valutazione sanitaria e della presa in carico sanitaria pubblica, mentre le **ATS** (Agenzie di Tutela alla salute) svolgono una funzione di monitoraggio sulle misure (es. Dopo di Noi) e un'attività di raccordo con la Regione Lombardia.

Dal 2024 sono attivi sia a Trezzo Sull'Adda che a Vimercate i **Centri per la Vita Indipendente**, realizzati in co-progettazione da Offertasociale e alcuni enti del Terzo Settore (Cooperative Sociali Aeris, Arcoiris, Castello, Il Brugo, Le Vele, La Piramide, Novo Millennio, Solaris). I centri sono un luogo di "progettazione" messo a disposizione delle persone con disabilità e delle loro famiglie per l'elaborazione e la realizzazione del proprio progetto di vita. Offre consulenza alle famiglie, ai Servizi Sociali Territoriali e agli Enti del terzo settore.

Lavora in stretta collaborazione con le realtà associative del territorio che si occupano di disabilità. In calce alle presenti linee guida sono presenti i volantini informativi dei due Centri per la Vita Indipendente del nostro territorio.

4.2 Enti del Terzo Settore: co-progettazione, gestione, supporto

Gli enti del Terzo Settore o ETS (Cooperative Sociali, Associazioni di Volontariato, Associazioni di Promozione Sociale) sono il cuore pulsante del tessuto sociale territoriale. Attraverso servizi personalizzati, supporto alla domiciliarità, percorsi di autonomia abitativa e inclusione lavorativa, queste organizzazioni integrano e rafforzano l'azione pubblica, rispondendo in modo flessibile e vicino ai bisogni individuali.

Collaborano con istituzioni, famiglie e comunità, promuovendo una cultura dei diritti e della partecipazione attiva, in linea con i principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Spesso questi enti costituiscono le realtà più prossime alle famiglie, come gestori di centri diurni o promotori di progetti di vita indipendente.

Per questo motivo è più facile che progettualità di vita indipendente nascano all'interno di queste realtà, magari a partire da gruppi di persone che già si conoscono e condividono percorsi educativi. Altre volte questi enti ricevono lasciti e donazioni (anche beni immobiliari) per realizzare questi progetti.

La prassi della **co-progettazione**, fortemente promossa dal Codice del Terzo Settore (D.lgs 117/2017) e dalla normativa socio-sanitaria più recente, ha visto un rafforzamento della collaborazione tra pubblico e privato al fine di adottare politiche e servizi più flessibili, rispondenti ai bisogni del territorio. La co-progettazione è innovativa rispetto al passato, perché supera il modello tradizionale di rapporto tra pubblica amministrazione ed enti del Terzo Settore, basato su appalti e logiche più puramente competitive. Invece di limitarsi a "comprare" servizi già definiti, l'amministrazione pubblica coinvolge attivamente gli ETS nella fase di ideazione, programmazione e realizzazione degli interventi.

Questo approccio valorizza la conoscenza del territorio, la capacità di innovazione sociale e la prossimità degli enti ai bisogni reali delle persone, favorendo soluzioni più efficaci, partecipate e sostenibili. Gli ETS sono coinvolti in tutte le fasi del progetto, dalla definizione degli obiettivi fino all'attuazione concreta delle attività.

I referenti tecnici partecipano attivamente sia al Tavolo di co-progettazione che alla Cabina di Regia, garantendo coerenza operativa, rendicontazione, monitoraggio e adattamento delle azioni rispetto ai risultati attesi.

Questo modello di partenariato operativo rappresenta un esempio di alleanza tra pubblico e privato sociale, fondato sulla condivisione delle responsabilità e sulla valorizzazione delle competenze specifiche degli ETS nella costruzione di contesti inclusivi e partecipati. Il modello è stato proposto dagli Ambiti di Vimercate e Trezzo sull'Adda, attraverso Offertasociale, anche all'interno delle azioni del progetto PNRR M5C2 1.2 "Autonomia per persone con disabilità", coinvolgendo Associazione Cascina San Vincenzo e Cooperativa Solaris e rappresenta una buona pratica di governance multilivello, inclusiva e partecipata, coerente con le finalità della Legge 112/2016 e con i principi ispiratori del PNRR.

4.3 Famiglie e caregiver

Il ruolo delle famiglie è già stato in parte approfondito nel **capitolo 3**. In generale, oltre a un ruolo centrale nell'accompagnamento emotivo, c'è una forte corresponsabilità progettuale. Le famiglie e i caregiver non sono chiamati a sostituire i servizi o a colmare le carenze istituzionali, ma sono coinvolti nel rispetto dell'autodeterminazione della persona con disabilità, con strumenti che ne favoriscano il confronto strutturato e l'alleanza educativa.

Anche all'interno dei percorsi di co-progettazione è previsto un coinvolgimento formale delle famiglie. In particolare, la Cabina di Regia prevede formalmente la presenza di rappresentanti delle associazioni familiari, garantendo un ruolo attivo e riconosciuto nei processi decisionali e valutativi.

Da un punto di vista pratico, il coinvolgimento di ospiti e famiglie è ovviamente fondamentale fin dalle prime fasi della progettazione. Alcuni progetti nascono a partire dall'iniziativa di un singolo nucleo familiare e spesso sono le stesse famiglie a mettere a disposizione immobili privati da destinare a questi progetti.

È importante anche la rete che si costruisce tra le famiglie, perché molte decisioni devono essere prese in maniera collegiale (es. personale da assumere, modalità di ripartizione delle spese correnti, ecc.).

Solitamente le decisioni che prevedono aspetti economici sono le più difficili da prendere ed è fondamentale anche il ruolo di coordinamento progettuale messo in campo dall'ente gestore. Al fine di facilitare questi processi, è possibile utilizzare lo strumento dell'**accordo scritto o patto di corresponsabilità** tra le famiglie e l'eventuale ente gestore del progetto, di cui si riporta una bozza esemplificativa in calce al presente documento.



5. VITA INDIPENDENTE E QUALITÀ DELLA VITA

5.1. Servizi a supporto (educativi, sanitari, sociali)

Per garantire una vita indipendente e una buona qualità della vita, è essenziale l'accesso a una **rete integrata di servizi educativi, sanitari e sociali**. I servizi educativi devono essere personalizzati e inclusivi, offrendo supporto scolastico, formazione professionale e percorsi di apprendimento continuo. È importante che le scuole e le università adottino strategie inclusive, come tutor specializzati e materiali didattici accessibili. I servizi sanitari devono essere facilmente accessibili e gestiti da professionisti formati sulla disabilità, garantendo visite regolari, terapie riabilitative e supporto psicologico. I servizi sociali, infine, possono includere assistenza domiciliare, centri diurni, sostegno alla famiglia e interventi di inclusione sociale. L'integrazione tra questi servizi è fondamentale per rispondere in modo efficace e personalizzato ai bisogni delle persone e il progetto di vita è lo strumento di ricomposizione e coordinamento dei diversi servizi attivi.

5.2. Integrazione nel territorio e nella comunità

L'integrazione nel territorio e nella comunità è un pilastro della vita indipendente. Ciò implica la possibilità di partecipare attivamente alla vita sociale, culturale e civica del proprio contesto. L'**accessibilità urbana** è un prerequisito: trasporti pubblici, edifici, marciapiedi e spazi pubblici devono essere progettati secondo i principi del design universale. La **partecipazione** a eventi culturali, sportivi e ricreativi deve essere promossa attraverso iniziative inclusive e la collaborazione con associazioni locali. Progetti di co-housing o abitare supportato rappresentano soluzioni innovative che favoriscono l'autonomia e la socializzazione, creando reti di supporto tra pari. L'integrazione è anche favorita da politiche locali inclusive e dalla **sensibilizzazione della cittadinanza**.

5.3. Affettività e sessualità

L'affettività e la sessualità sono dimensioni fondamentali della persona, spesso trascurate quando si parla di disabilità. È necessario promuovere un'**educazione** all'affettività e alla sessualità che sia rispettosa delle diversità e che favorisca la consapevolezza del proprio corpo, dei propri desideri e dei propri diritti. Il supporto psicologico e relazionale è utile per sviluppare autostima, capacità comunicative e relazioni significative. È importante garantire la tutela della privacy e il diritto all'intimità, anche attraverso spazi adeguati (es. stanze singole) e personale formato. Le famiglie e gli operatori devono essere accompagnati in un percorso di apertura e accettazione, superando tabù e pregiudizi.

La sessualità deve essere riconosciuta come parte integrante della qualità della vita e considerata anche nella fase della valutazione multidimensionale, sia nella dimensione dell'autoerotismo che dei rapporti sessuali, se presenti. È fondamentale, per la tutela degli ospiti e soprattutto nei casi di convivenza tra ospiti di sessi diversi, che sia sempre valutata con molta attenzione la capacità di gestione delle pulsioni sessuali e tutti siano tutelati anche al fine di scongiurare il **rischio di violenze**. Una condizione di particolare criticità riguarda le donne con disabilità, che presentano due fattori di rischio per la violenza (genere femminile e disabilità), per cui secondo il Parlamento Europeo (Risoluzione del 29 novembre 2018) sono soggette a un rischio di violenza da due a cinque volte superiore alla media della popolazione. A tal proposito l'ISTAT, nel corso dell'audizione del 24 marzo 2021 al Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Nazionale

sulla condizione delle persone con disabilità, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, riporta che “la violenza fisica o sessuale subita dalle donne raggiunge il 31,5% nell’arco della vita, ma per le donne con problemi di salute o disabilità la situazione è più critica. La violenza fisica o sessuale raggiunge il 36% tra coloro che dichiarano di avere una cattiva salute, il 36,6% fra chi ha limitazioni gravi” (ISTAT 2021).

5.4. Tutela della salute e somministrazione delle terapie

La tutela della salute è un diritto fondamentale e deve essere garantita attraverso un approccio personalizzato e multidisciplinare. I piani terapeutici devono essere costruiti insieme alla persona e alla sua famiglia, tenendo conto delle sue esigenze, preferenze e obiettivi. La somministrazione delle terapie richiede operatori formati, in grado di gestire farmaci, dispositivi e interventi in modo sicuro ed efficace. In alcune situazioni è possibile che l’appartamento ricorra anche a personale sanitario, sia tramite servizi domiciliari garantiti dall’ente pubblico (es. cure domiciliari - ex ADI o fisioterapia domiciliare), sia tramite servizi privati o personale assunto dall’ente gestore. All’interno degli appartamenti per la vita indipendente è possibile prevedere che **la somministrazione dei farmaci avvenga, se possibile, direttamente da parte dell’ospite oppure con l’intervento o la supervisione dell’assistente familiare, senza ricorrere a personale infermieristico**. Questa possibilità deve essere attentamente valutata e concordata nella fase della valutazione multidimensionale ed è buona prassi formalizzarla anche all’interno del progetto di vita. Le situazioni devono comunque essere valutate a seconda della loro specificità e deve essere garantita la piena tutela dell’ospite. Questa modalità di somministrazione dei farmaci può essere attuata solo con il consenso della persona/famiglia, dell’ente gestore e degli operatori coinvolti. È possibile formalizzare questo aspetto anche all’interno del contratto di inserimento proposto dall’ente gestore.

È importante prevedere un **monitoraggio continuo dello stato di salute**, con strumenti di valutazione e prevenzione. L’accesso ai servizi sanitari deve essere facilitato da percorsi prioritari e da una rete territoriale efficiente. La promozione della salute include anche stili di vita sani, attività fisica, alimentazione equilibrata, corretta gestione dei dispositivi domotici (es. sistemi per chiamate di emergenza) e degli ausili.

5.5. Gestione delle criticità e valorizzazione delle risorse

La gestione delle criticità è parte integrante del percorso verso l’autonomia. È necessario predisporre piani individualizzati di emergenza, che **prevedano strategie di intervento in caso di crisi comportamentali, sanitarie o relazionali**. L’approccio centrato sulla persona consente di valorizzare le risorse individuali, le competenze e i desideri, promuovendo l’autodeterminazione. Le reti di supporto tra famiglie, operatori, istituzioni e volontariato sono fondamentali per affrontare le difficoltà in modo condiviso. La formazione continua e la supervisione degli operatori e dei caregiver è essenziale per garantire interventi efficaci e rispettosi. La valorizzazione delle risorse passa anche attraverso il riconoscimento dei successi, la promozione di esperienze positive e la costruzione di un progetto di vita significativo.

6. ABITARE PER LA VITA INDIPENDENTE: AMBIENTE E TECNOLOGIA

Premessa

Tutti noi abbiamo sperimentato quanto l'**ambiente** in cui viviamo influenzi il nostro benessere e la facilità con cui entriamo in relazione con gli altri: una casa personalizzata può favorire significativamente l'autonomia e la qualità della vita di chi la abita, indipendentemente dall'età o da eventuali disabilità. Questo vademecum nasce con l'intento di offrire indicazioni pratiche e orientative a chi, per motivi personali o professionali, sta intraprendendo un nuovo progetto abitativo, sia esso individuale o in co-housing.

I contenuti proposti derivano dall'esperienza dell'equipe multidisciplinare per l'adattamento degli ambienti di vita di *Arcoiris*; il nostro gruppo di lavoro parte dal presupposto che la progettazione per l'abitare debba superare il solo concetto di abbattimento delle barriere architettoniche per abbracciare un approccio capace di dare attenzione ai bisogni delle persone con diverse disabilità, siano esse di natura motoria, psichica, cognitiva, sensoriale o originate da neurodiversità, etc.

Forniamo questi spunti ben consapevoli che spesso non è possibile trovare o progettare la soluzione ottimale: il luogo perfetto, la casa perfetta, l'ausilio perfetto. Sappiamo che servirà scendere a compromessi e che ancora molto debba essere fatto ad altri e più alti livelli per adeguare il patrimonio immobiliare italiano e la normativa di settore. Ci auguriamo però che questi input possano portarvi a focalizzare l'attenzione in maniera sistematica su aspetti che crediamo essere cruciali nella scelta e nell'adattamento della casa.

Per una facilità di lettura le indicazioni sono fornite seguendo un approccio macro-micro:

- si parte considerando il contesto nel quale l'immobile è inserito;
- si procede offrendo indicazioni sulla struttura e sulla distribuzione degli spazi dell'immobile;
- si conclude con alcuni suggerimenti su ausili-arredi e forniture.

6.1. La scelta del luogo dove abitare

Nella scelta dell'abitazione è importante tenere in considerazione alcuni aspetti che possono avere ricadute significative sul benessere fisico e mentale delle persone (Mulliner, Riley and Maliene, 2020), tra questi:

- la presenza di **mezzi di trasporto**: elemento talvolta fondamentale per favorire la vita di relazione, lavorativa, etc.;
- **condizioni ambientali** quali traffico, rumore, eccessivo isolamento, accessibilità della zona (es. percorsi pedonali inclusivi);
- presenza di **servizi di prossimità** quali medico, market, etc.;
- vicinanza o raggiungibilità degli **interest points** (centri diurni, lavoro, familiari e amici...);
- livello di **sicurezza** del quartiere e presenza di un **vicinato "compatibile"**.

6.2. Le caratteristiche dell'immobile

Nel corso del tempo si sono sviluppati e consolidati diversi approcci progettuali orientati all'inclusione, come l'**Universal Design**, il **Design for All** e l'**Inclusive Design**. Questi modelli pongono al centro l'idea che spazi, prodotti e servizi debbano essere pensati per essere fruibili dal maggior numero possibile di persone, indipendentemente da età, abilità o condizione¹.

Sebbene mirino a un'inclusività estesa, nessuno di questi approcci può rispondere completamente a tutte le esigenze individuali. Alcune persone presentano bisogni talmente specifici – ad esempio, in presenza di disabilità complesse o malattie rare – da richiedere interventi altamente personalizzati. Per questo motivo è fondamentale rilevare e **mappare le necessità delle persone che andranno ad abitare l'immobile prima della sua progettazione**. Laddove ciò non fosse possibile si auspica comunque l'utilizzo del principio dell'adattabilità, prevedendo che gli ambienti possano essere modificati in modo semplice ed efficace per rispondere alle esigenze dei singoli e alla loro evoluzione.

Anche in questo caso per praticità di fruizione forniamo una **checklist di elementi da attenzionare** nella progettazione dell'immobile:

- **assenza di barriere architettoniche**: da preferire anche in caso non vi siano disabilità di tipo motorio al fine di ridurre rischi per la sicurezza, favorire l'invecchiamento in loco e gestire meglio imprevisti (es. infortunio, accesso di nuovi conviventi con esigenze diverse);
- presenza di **spazi adeguati**: dimensione delle camere, possibilità di movimento agile e sicuro con ausili, spazi destinati ad eventuale personale di assistenza, spazi di manovra sufficienti per consentire lo spostamento attraverso l'uso di ausili dedicati alla mobilità (ad esempio il deambulatore, la carrozzina manuale o la carrozzina elettronica) e l'assistenza da parte del caregiver;
- **assenza di dislivelli** nella pavimentazione, preferenza per le case su unico piano;
- **comfort climatico** e adeguata ventilazione (che dovrebbero essere facilmente gestibili sia in loco che eventualmente da remoto);
- **luce** naturale e artificiale (porre attenzione sulla facilità di governo);
- **materiali e colorazioni**;
- **comfort acustico**;
- **privacy**: valutare la presenza di spazi ad uso esclusivo come, ad esempio, la camera da letto. In generale è **sempre preferibile la soluzione della camera singola** all'interno del co-housing. Ragionare sul posizionamento di eventuali serrature per chiusura di camere o bagno, al fine di bilanciare sicurezza e diritto alla privacy. Prendere in considerazione sistemi di filtro con l'esterno come ad esempio tendaggi.

6.3. Tecnologie per la vita indipendente

Per concludere la nostra checklist vorremmo fornirvi delle suggestioni rispetto all'adozione di tecnologie che possano sostenere i vostri progetti abitativi.

Tecnologia assistiva è un termine usato per indicare “qualsiasi prodotto o servizio basato sulla tecnologia, in grado di facilitare le persone con limitazioni funzionali di ogni età nella vita quotidiana, nel lavoro e nel tempo libero”¹.

Si stima che più di un miliardo di persone nel mondo abbiano bisogno di almeno una tecnologia assistiva, ma che solo il 10% di queste vi abbia effettivamente accesso per vari motivi tra cui: costi elevati di alcune tecnologie; disponibilità effettiva dei prodotti; mancanza di informazioni; politiche inadeguate e finanziamenti insufficienti.

Esempi di tecnologie assistive sono quelle destinate a promuovere l'autonomia delle persone con disabilità nella mobilità personale (ad esempio le carrozzine elettroniche) o nella comunicazione

verbale (ad esempio gli strumenti digitali di Comunicazione Aumentativa Alternativa). Quando ben integrate nel contesto abitativo, queste tecnologie rappresentano strumenti essenziali per migliorare l'autonomia, la sicurezza e la qualità della vita delle persone con disabilità.

6.3.1. Arredi

La scelta e la disposizione degli arredi riveste un ruolo cruciale nel garantire indipendenza e sicurezza in casa. In particolare, bagno e cucina sono gli ambienti dove si concentrano maggiori difficoltà, ma anche maggiori possibilità di intervento.

Bagno

- doccia a filo pavimento dotata di eventuale ausilio per il mantenimento della posizione seduta. Box da valutare per singolo caso;
- eventuali maniglioni e corrimano per favorire gli spostamenti e il mantenimento della stazione eretta;
- WC standard dotato di eventuale ausilio per il mantenimento della posizione seduta preservando la modalità di trasferimento in uso dal portatore di interesse;
- doccino o miscelatore con prolunga (con acqua calda e fredda) per favorire l'igiene personale dal wc, suggerito ad esempio in presenza di difficoltà motorie al fine di garantire la sicurezza della persona e l'assistenza da parte del caregiver.

Cucina

- Elettrodomestici collocati in modo da facilitare l'accesso e l'utilizzo da parte del portatore di interesse;
- piani di lavoro regolabili o collocati ad un'altezza da terra tale da garantire l'accesso e facilitare lo svolgimento delle attività di cucina;
- superfici antiscivolo e segnalazioni visive;
- piani a induzione per preservare la sicurezza della persona con disabilità.

6.3.2. Sistemi domotici

Favoriscono l'autonomia attraverso la gestione automatizzata della casa.

Ne sono esempi:

il controllo vocale o remoto di luci, riscaldamento ed elettrodomestici;
tende e porte automatiche;
piani di lavoro e pensili regolabili elettricamente.

6.3.3. Telemonitoraggio e teleassistenza

Esistono diverse soluzioni tecnologiche per monitorare il benessere e la sicurezza delle persone al domicilio offrendo un valido ausilio anche ai loro caregiver. Per **telemonitoraggio** s'intende la possibilità di controllare da remoto comportamenti, scenari ambientali (grado di illuminazione, uso di un elettrodomestico, accessi), parametri clinici.

La **teleassistenza** prevede invece l'adozione di uno o più sistemi in grado di allertare i caregiver o i soccorritori in caso di anomalie o emergenze.

Le realtà che offrono questi servizi utilizzano un'ampia gamma di dispositivi; anche in questo caso serve partire da una mappatura delle necessità della persona e dei caregiver per scegliere il sistema che risponda alle esigenze nel miglior modo possibile.

Esempi di **dispositivi** sono:

- pulsanti/braccialetti/telefoni salvavita per invio comunicazioni di emergenza (talvolta dotati di sensori di caduta);
- telecamere per la videoispezione da remoto;
- allarmi antintrusione per la sorveglianza ambientale;
- sistemi di geolocalizzazione GPS;
- sensori ambientali per la rilevazione di fumo, gas, monossido di carbonio, allagamento;
- sensori ambientali per rilevare l'apertura di porte/finestre;
- sensori ambientali per rilevare il movimento (o il mancato movimento).

6.3.4. Comunicazione

Anche la comunicazione rappresenta una sfida centrale nell'ambito della disabilità. Garantire che le persone con fragilità possano comunicare in modo semplice, efficace e autonomo con l'esterno – familiari, caregiver, operatori – è sempre più importante per il benessere e la qualità della vita.

Oggi esistono **strumenti tecnologici** che facilitano questo scambio, migliorando l'interazione quotidiana e l'accesso ai servizi. Ne riportiamo alcuni esempi:

tablet e smartphone dotati di app per videochiamate, monitoraggio della terapia e gestione degli appuntamenti sanitari;

assistenti vocali (come Alexa o Google Assistant), configurabili per ricordare l'assunzione di farmaci, l'orario di visite mediche e altre attività importanti;

piattaforme di telemedicina, che permettono di effettuare consultazioni a distanza con medici e specialisti, riducendo spostamenti e tempi di attesa.

6.4 Contributi e agevolazioni per l'abitare e la domotica

Segnaliamo che esistono **agevolazioni, misure e opportunità finalizzate all'adeguamento ambientale e all'acquisto di ausili**. Questi sostegni mutano nel tempo rendendo complicato elencarli in maniera esaustiva. Qui vogliamo suggerire alcune possibilità aperte al momento della stesura della guida.

Sul sito dell'**Agenzia delle Entrate**, nella sezione "cittadini" sono consultabili alcune guide per l'ottenimento di **agevolazioni fiscali**.

per informazioni: sito Agenzia delle Entrate

www.agenziaentrate.gov.it/portale/schede/agevolazioni/agevdisab/schedainfoagevdisab-cittadini

> La **legge 112/2016** prevede che una parte del budget destinato ai progetti per il "**Dopo di Noi**" sia dedicata agli interventi infrastrutturali ("spese per adeguamenti per la fruibilità dell'ambiente domestico (domotica), spese per riattamento degli alloggi e per la messa a norma degli impianti, la telesorveglianza o teleassistenza") di appartamenti destinati alla vita indipendente di persone con disabilità grave conviventi (da 2 a 5), con un contributo fino a 50.000 Euro per coprire l'70% delle spese sostenute (DGR 2912/2024).

Per accedere: è necessario essere in possesso dei requisiti di accesso alla misura Dopo di Noi e presentare la domanda per via telematica sul portale degli Ambiti Territoriali Sociali www.sportellosi.offertasociale.it/

> Legge 13/1989 – Abbattimento barriere architettoniche: Regione Lombardia, per il tramite dei Comuni, eroga contributi ai soggetti privati in condizioni di svantaggio che necessitano di effettuare interventi per l'eliminazione delle barriere architettoniche all'interno della propria abitazione privata.

per accedere: rivolgersi al proprio Comune di residenza

Legge 23/1999 - Contributi per l'acquisto di ausili o strumenti tecnologicamente avanzati. Lo scopo della misura, erogata dalla Regione Lombardia è quello di sostenere le persone disabili o con disturbi specifici dell'apprendimento, unitamente alle loro famiglie, mediante un contributo economico per l'acquisto (ovvero noleggio o leasing) di ausili o strumenti tecnologicamente avanzati finalizzati a implementare le abilità della persona e potenziare la qualità della vita quotidiana.

per accedere: è necessario essere in possesso dei requisiti previsti e presentare la domanda tramite lo sportello bandi online di **Regione Lombardia:** www.bandi.regione.lombardia.it/servizi/home

¹ La norma **UNI CEI EN 17210:2021** dal titolo "Accessibilità e usabilità dell'ambiente costruito-Requisiti funzionali" contiene raccomandazioni che possono aiutare Enti Pubblici, architetti o altri stakeholders a progettare e valutare la conformità correlata all'accessibilità dell'ambiente costruito.

² AAATE - Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe.



7. RISORSE UMANE

7.1 Profili professionali

La presenza di una pluralità di profili professionali per la progettazione e conduzione dell'esperienza di residenzialità è un valore per garantire la piena attuazione del progetto di vita autonomo e indipendente sia sul versante "vita della casa" che su quello della famiglia di origine. L'equipe di lavoro si organizza sulla base di una programmazione oraria di intervento in appartamento che potrà via via nel tempo ridursi, fatta salva la presenza dell'assistente alla persona, a fronte di livelli di autonomia progressivi consolidati dai partecipanti al progetto.

L'equipe della residenzialità ha il compito di accompagnare la persona con disabilità nella sua quotidianità, favorendo benessere, autodeterminazione e inclusione, attraverso un lavoro coordinato, osservato, personalizzato e condiviso. L'equipe può essere composta da una pluralità di figure professionali che concorrono alla realizzazione del progetto:

- **Coordinatore del progetto:** è la figura professionale con competenze psicoeducative per la progettazione di dettaglio, l'organizzazione e la conduzione dell'equipe, il rapporto con le famiglie dei partecipanti e l'ente pubblico;
- **Educatore professionale:** è la figura professionale educativa che consentirà l'impostazione dei processi di adattamento al contesto abitativo, le attività educative per l'acquisizione e il consolidamento delle autonomie abitative, la gestione delle dinamiche della casa e delle relazioni nel gruppo dei residenti, la progettazione partecipata con i residenti delle attività quotidiane, della gestione del tempo libero, dei bisogni e desideri individuali;
- **Psicologo:** è la figura professionale per l'accompagnamento del gruppo dei residenti curando in particolar modo le dinamiche relazionali della casa; si occupa inoltre dell'accompagnamento del gruppo delle famiglie dei residenti alla progressiva uscita dalla famiglia di origine per l'emancipazione familiare;
- **Assistente alla persona:** è la figura professionale che si occuperà di accompagnare, con una presenza costante anche notturna, la residenzialità. Si occuperà anche della cucina e delle pulizie in collaborazione coi residenti, secondo un programma concordato con l'equipe di lavoro ed in particolare col supporto dell'educatore.

Nel caso specifico dell'avvio della residenzialità con giovani adulti con **disturbi dello spettro autistico**, sono state previste tutte le figure elencate e si è inoltre programmato l'intervento di una psicologa esperta di analisi del comportamento con l'autismo che ha accompagnato gli operatori nella strutturazione dell'appartamento (agende e comunicazione aumentativa: strumenti visivi come schede, pannelli che aiutano a comunicare e a strutturare la giornata).

In caso di bisogni specifici rilevati anche in fase di valutazione multidimensionale, possono essere coinvolte anche figure specialistiche di **ASA/OSS, anche a supporto dell'assistente familiare, oppure infermieri**.

In alcuni progetti è previsto il coinvolgimento di **personale volontario** oppure di formule miste di residenzialità con la presenza di **famiglie di appoggio, custodi sociali oppure studenti conviventi** che dedicano parte del loro tempo all'assistenza in cambio di un'ospitalità a costi agevolati.

Ad esempio la possibilità del coinvolgimento di studenti è stata adottata nell'esperienza di Casa Perego ad Arcore (Cooperativa Sociale La Piramide). Il coinvolgimento di personale non professionale nelle esperienze di residenzialità richiede un coordinamento forte da parte dell'ente gestore, un'attenta valutazione delle mansioni che possono essere svolte da questo tipo di supporto informale e un continuo monitoraggio delle dinamiche relazionali del gruppo.

Naturalmente l'Ente Gestore deve dedicare una quota oraria di una figura di **segreteria e amministrazione** per garantire la gestione amministrativa dell'appartamento.

7.2 Formazione e supervisione degli operatori

L'equipe dell'appartamento è generalmente nel contesto più ampio dell'ente gestore (Cooperativa, Associazione o altro ente), per garantire uno scambio di strumenti, metodologie di lavoro e informazioni fra le esperienze di servizi diversi, che permette l'acquisizione di competenze utili e propedeutiche alla residenzialità stessa.

La formazione ricorrente per operatori che lavorano nella residenzialità per persone con disabilità e/o neurodivergenze è fondamentale per garantire interventi efficaci, aggiornati e centrati sulla persona. Per quanto riguarda la formazione dell'equipe degli operatori è necessario programmare sessioni periodiche volte ad acquisire competenze o a consolidarle sui seguenti temi:

a) Tecniche e strategie di intervento

- Strutturazione ambientale (es. TEACCH)
- Comunicazione aumentativa alternativa (CAA)
- Sistemi visivi e agende giornaliere
- Gestione delle transizioni e delle routine

b) Gestione dei comportamenti problema

- Analisi funzionale del comportamento
- Strategie proattive e reattive
- De-escalation e gestione della crisi
- Piani di intervento comportamentale (BIP)

c) Interventi di sviluppo/potenziamento dell'autonomia e cura della persona

- Interventi per lo sviluppo dell'autonomia personale (igiene, pasti, abbigliamento)
- Interventi per la gestione di sessualità, affettività e autodeterminazione
- Supporto alla gestione della salute (prevenzione, terapia, alimentazione)

d) Specificità per lo spettro autistico

1. Approccio neurodivergente: comprendere l'autismo al di là del modello clinico
2. Sensorialità e stimolazione
3. Supporto nelle interazioni sociali e nella comunicazione spontanea
4. Integrazione e partecipazione alla vita comunitaria

La formazione degli operatori è anche garantita dallo spazio di **supervisione** garantito dall'Ente gestore. Ad esempio nell'esperienza di Associazione cascina San Vincenzo si garantisce una doppia supervisione:

- Supervisione sulle prassi psico-educative garantita da psicologo esperto analista del comportamento nell'ambito dei disturbi dello spettro autistico
- Supervisione sulle dinamiche di relazione con le famiglie garantita da psicologo esperto sistemico relazionale

7.3 Focus: l'assistente familiare

La figura dell'assistente alla persona è parte integrante del progetto individuale per autonomia quotidiana. Pur in assenza di un riconoscimento professionale specifico (come è già avvenuto per gli OSS, operatori socio sanitari e gli ASA, assistenti socio assistenziali), l'assistente alla persona che lavora nell'ambito della residenzialità con disabilità svolge un ruolo fondamentale nel supportare le persone con disabilità.

Non si occupa solo della **cura e sorveglianza**, ma anche di **favorire l'autonomia residua** delle persone con disabilità e la loro autodeterminazione. Il suo compito principale è aiutare gli ospiti della residenzialità a vivere in modo più autonomo e sereno, offrendo **assistenza nelle attività quotidiane** come l'igiene personale, l'alimentazione, la gestione delle attività domestiche, a seconda del grado di autonomia individuale. Ha anche un ruolo nel **supporto emotivo** e nella **gestione delle dinamiche del gruppo appartamento** e nel **rapporto con i familiari**.

L'assistente è integrato nell'equipe della residenzialità, condivide obiettivi e strumenti con le altre figure professionali e contribuisce a strutturare ambienti e programmi personalizzati, utilizzando ausili, agende visive e strumenti di comunicazione aumentativa, per favorire l'autonomia e la comunicazione.

In assenza di un profilo professionale che preveda una formazione specifica per lo svolgimento dell'attività con la disabilità è indispensabile un percorso formativo e di accompagnamento dell'assistente alla persona che preveda:

- **Partecipazione all'equipe** della residenzialità come luogo di scambio e formazione attraverso il confronto sulla progettualità dell'appartamento;
- **affiancamento strutturato** da parte dell'educatore e/o dello psicologo durante l'attività con l'utenza per un tempo definito, per garantire la conoscenza delle procedure, delle dinamiche relazionali e degli strumenti operativi;
- **partecipazione a iniziative formative specifiche** (ad esempio volte ad acquisire conoscenze sul funzionamento nello spettro autistico, le strategie di lavoro, la creazione di strumenti ad hoc per le autonomie).

per informazioni: Per il reperimento di questa figura professionale è possibile rivolgersi allo sportello MELC, un servizio di Ambito situato a Trezzo sull'Adda e a Vimercate, che assiste le famiglie nella ricerca e nella scelta di un assistente familiare attraverso l'individuazione di quelli più idonee sulla base delle necessità e delle richieste formulate in sede di colloquio. Lo sportello non si occupa della contrattualizzazione e della gestione delle buste paga, che possono essere affidate a un CAF o un altro servizio dedicato al lavoro domestico.

Sportello MELC - accesso con appuntamento

TREZZO SULL'ADDA

Si ricevono famiglie e assistenti familiari in Via Roma, 5 **[all'interno del Municipio]** ogni lunedì dalle 09:00 alle 15:00 - Consulenza telefonica il giovedì dalle 14:00 alle 16:00.

> Per fissare appuntamenti:

telefonare o lasciare un messaggio al **392 7642009**, oppure scrivere a: **melc.trezzo@gmail.com**

VIMERCATE

Si ricevono famiglie e assistenti familiari presso la sede di Via Mazzini, 33 ogni martedì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00.

Orari per assistenti familiari: il giovedì dalle 9:00 alle 13:00.

> Per fissare appuntamenti:

telefonare o lasciare un messaggio al **327 9540204**,
oppure scrivere a: **sportellomelcvimercate@gmail.com**

In alternativa è possibile rivolgersi alle diverse **agenzia private di assistenza** presenti sul territorio; in alcuni casi tali agenzie provvedono all'assunzione diretta del personale ed emettono una fattura alle famiglie, in altri casi l'assunzione è invece in capo alla famiglia stessa.

7.4 Modalità di assunzione e inquadramento del personale

Nel caso le attività della residenzialità si configurino, come nell'esperienza delle case accompagnate dal progetto PNRR, con un Ente Gestore (associazione o cooperativa), le varie figure professionali coinvolte sono contrattualmente inquadrate nell'ambito del **CCNL Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro di riferimento dell'Ente**. Tipicamente i CCNL maggiormente applicati sono il CCNL Cooperative Sociali e CCNL Uneba. Entrambi i contratti includono le figure professionali coinvolte nella realizzazione del progetto, salvo l'assistente alla persona.

Per quest'ultima figura professionale è possibile, in caso di assunzione diretta da parte delle famiglie, utilizzare il **CCNL Lavoro domestico** e stipulare un contratto come **assistente familiare convivente** (livello BS - persona autosufficiente - o CS/DS - persona non autosufficiente) che prevede 54 ore diurne con una distribuzione dell'orario di lavoro su 6 giorni (10 ore al giorno dal lunedì al venerdì e 4 ore il sabato), con un giorno e mezzo di riposo. L'assistente alla persona ha diritto a vitto e alloggio da parte del datore di lavoro, con una camera riservata.

Il contratto dell'assistente familiare può essere stipulato esclusivamente da persone fisiche (es. assistito o un suo parente), **tuttavia le Associazioni o Fondazioni che gestiscono case famiglia possono ottenere da INPS una autorizzazione** per la stipula del contratto pur essendo persone giuridiche (dotate di un codice fiscale numerico e non alfanumerico come le persone fisiche). In assenza di tale autorizzazione la piattaforma INPS per la comunicazione della stipula dei contratti non consente di finalizzare l'operazione.

Su questa tematica si rimanda alla ormai datata circolare INPS n. 89 del 6/5/89, che aveva già stabilito la possibilità, ad alcune condizioni, di utilizzare il contratto del lavoro domestico all'interno di casa famiglia rivolte a persone con disabilità. Nel 2018 il Tribunale Ordinario di Monza ha emanato una importante sentenza a seguito del contenzioso tra l'INPS e l'Associazione di Promozione Sociale "Tu Con Noi" di Monza, consentendo all'APS di assumere l'assistente familiare impiegato all'interno di un progetto di residenzialità con il contratto di lavoro domestico (l'assun-

zione e poi passata alla Fondazione “La Casa sulla Collina”, ente gestore dell’omonimo progetto di residenzialità nato all’interno dell’APS “Tu Con Noi”).

Nel caso l’Ente Gestore non possa essere autorizzato alla stipula del contratto assistenti familiari (es. Cooperative) è possibile:

- contrattualizzare il personale educativo e psicologico di supporto tramite Ente Gestore, mentre l’assistente alla persona può essere contrattualizzato da una o più delle famiglie dei partecipanti al progetto residenzialità e il suo costo suddiviso fra le famiglie regolando l’operazione con un accordo che preveda le modalità di suddivisione dei costi;
- rivolgersi a agenzie che assumano direttamente le assistenti personali e le famiglie possono poi sostenere la fattura del servizio all’interno dei costi del progetto, con un rapporto diretto con l’agenzia;
- assumere l’assistente familiare da parte dell’ente gestore all’interno dell’inquadramento contrattuale di riferimento, considerando costi annuali maggiori di circa il 40%;
- Individuare un’Associazione o Fondazione che possieda una stretta collaborazione con il progetto di residenzialità e sia disponibile a farsi carico dell’assunzione dell’assistente familiare, considerando che ciò potrebbe comportare approfondimenti o azioni da parte dell’INPS e anche a contenziosi legali.

È opportuno rivolgersi ad un **consulente del lavoro** per tutte le pratiche di assunzione, gestione e tenuta della busta paga.

Il **costo medio** orario lordo aziendale del coordinatore delle attività di residenzialità è di 25 euro, dell’educatore professionale è intorno ai 20 euro, dello psicologo intorno ai 25 euro.

Il costo annuo lordo aziendale dell’assistente alla persona con contratto badante per 54 ore settimanali con obbligo di permanenza notturna, livello D super con indennità per assistenza a più persone è di circa 26 mila euro annui.



8. SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIAMENTI

8.1 Costi del progetto appartamento

Nell'esperienza degli appartamenti avviati nel nostro Ambito territoriale, è emerso come i costi di cui tener conto nell'avvio di un appartamento sono di tipo strutturale e gestionale.

Di seguito un elenco, non esaustivo, dei costi da considerare:

COSTI STRUTTURALI

ristrutturazioni / canone di affitto / arredi ed elettrodomestici / spese condominiali / utenze (gas, acqua, elettricità, internet) / tasse (TARI) / costi per la manutenzione dell'immobile / costi per la sicurezza (es. manutenzione impianti antincendio, estintori, ascensore ecc.) / assicurazione casa
costi mezzi di trasporto/carburante / costi pulizie/beni di consumo per pulizia / giardinaggio / dispositivi domotici

COSTI GESTIONALI

costi amministrativi-gestionali dell'ente gestore / costi del personale assunto e sostituzioni operatori / vitto. Gli elementi di maggior peso nella definizione del budget sono la **tipologia di alloggio** e il **numero di ospiti**.

Un appartamento senza costi di affitto, concesso in comodato gratuito (es. beni confiscati alla mafia, beni di proprietà dei Comuni o di altri Enti Pubblici) consente un notevole risparmio sui costi totali. **Inoltre la sostenibilità economica del progetto è generalmente garantita dalla presenza di almeno 3 ospiti, meglio se 4 o 5** (minimo 2 e massimo 5 ospiti è il limite massimo previsto dalla misura **Dopo di Noi** per accedere ai finanziamenti per la residenzialità).

I costi per le ristrutturazioni, se necessarie, possono essere finanziati attraverso il **Fondo Dopo di Noi** – misure infrastrutturali (v. paragrafo 8.2) o attraverso finanziamenti di bandi privati (es. bando co-housing di Fondazione Cariplo).

Dall'esperienza delle progettazioni avviate, il **costo complessivo annuo degli appartamenti con enti gestori varia da 60.000 a 110.000 euro circa**, con **costi mensili totali per singolo utente che variano tra i 1.400 e i 2.100 euro mensili**; al netto dei contributi pubblici (es. Fondo Dopo di Noi), la **quota mensile di compartecipazione delle famiglie si aggira tra i 280 euro ai 800 euro mensili, comprensivi di vitto**.

8.2 Misure e contributi pubblici disponibili per la vita indipendente

Si condivide di seguito un prospetto riassuntivo dei contributi pubblici a sostegno della vita indipendente. Si evidenzia che le normative di riferimento sono quelle in vigore al momento della redazione del presente documento e le informazioni vanno verificati alla luce alla luce dei possibili aggiornamenti successivi.

QUADRO RIASSUNTIVO DEI CONTRIBUTI PUBBLICI ESISTENTI A SOSTEGNO DELLA VITA INDIPENDENTE

TIPOLOGIA CONTRIBUTO	REQUISITI DI ACCESSO	RICHIEDENTE	IMPORTO	NOTE
DOPO DI NOI residenzialità voucher ente gestore	Persone con disabilità grave: non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge n. 104/1992 di norma maggiorenni, con priorità a cluster specifici a seconda del tipo di sostegno. E, prioritariamente, prive del sostegno familiare in quanto: mancanti di entrambi i genitori i genitori non sono in grado di fornire l'adeguato sostegnogenitoriale si considera la prospettiva del venir meno del sostegno familiare. (NB: solo per appartamenti da 2 a 5 persone)	Ente gestore	14.400€ annui (corrispondente a €1.200,00/mese). L'entità del contributo è calcolata sulla base delle spese sostenute per il/gli assistenti personali regolarmente assunti e/o servizi relativi ad assistenza tutelare/educativa o di natura sociale assicurati da terzi (escluso i costi relativi alla frequenza dei servizi diurni)	Le residenzialità nella formula dei Gruppi appartamento gestiti da Ente gestore e delle soluzioni di Housing/Co-Housing, non sono Unità di Offerta standardizzate e devono funzionare ai sensi dell'art. 13, comma 1, lettera b) della l.r. n. 3/2008, è cioè possedere i requisiti di abitazione civile e richiedere autorizzazione come unità di offerta sperimentale al Comune di in cui si trova l'appartamento L'ISEE socio-sanitario va presentato con l'istanza ma non è un requisito di accesso
DOPO DI NOI residenzialità - contributo appartamento autogestito/buono housing e cohousing		beneficiario		
DOPO DI NOI spese condominiali		Ente gestore/ beneficiario	Contributo annuale fino ad un massimo di €2.000,00 per unità abitativa a sostegno delle spese condominiali, comunque non superiore all'80% del totale spese.	
DOPO DI NOI locazione utenze		Ente gestore/ beneficiario	Contributo mensile fino a €500,00 per unità abitativa a sostegno del canone di locazione/utenze (acqua, luce, gas), comunque non superiore all'80% dei costi complessivi.	
DOPO DI NOI ristrutturazione		Ente gestore/ beneficiario	Contributo fino ad un massimo di €50.000,00 per unità immobiliare, non superiore al 70% del costo dell'intervento. Per lo stesso intervento strutturale non possono essere richiesti altri contributi a carico di risorse nazionali/regionali. Dietro motivata e documentata istanza, è possibile richiedere un nuovo contributo di €20.000,00 solo qualora fosse necessario intervenire con ulteriori e diversi lavori rispetto a quelli già effettuati per sopraggiunte esigenze del/i co-residente/i. Va effettuato vincolo di destinazione d'uso dell'immobile per 10 anni (+ ulteriori 5 anni se il contributo viene chiesto una seconda volta)	

NOTE

I requisiti di accesso e gli importi dei contributi si riferiscono alle DGR in corso di validità e possono subire dei cambiamenti nelle DGR successive, generalmente annuali.

I contributi ricevuti non possono eccedere la spesa.

COMPATIBILITA': verificare le compatibilità tra le singole misure.

"Il budget del progetto di residenzialità è costruito tenendo conto di tutte le risorse derivanti dal Fondo Dopo di Noi e dalle risorse (almeno il 30%) messe a disposizione dal Comune, dalla persona e liberamente dalla famiglia. Nella costruzione del budget di progetto complessivo è necessario utilizzare tutte le risorse messe a disposizione in un'ottica di complementarietà - siano esse di derivazione regionale, del Fondo Sociale Europeo e/o del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e/o del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze - escludendo sovrapposizioni di Fondi finalizzati a finanziare un medesimo sostegno" (DGR 275/23 del Dopo di Noi All. B del PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE FONDO DOPO DI NOI 2022, p.12)

TIPOLOGIA CONTRIBUTO	REQUISITI DI ACCESSO	RICHIEDENTE	IMPORTO	NOTE
Fondo Non Autosufficienze Misura B2 assistente familiare	100% inv. Civ e accompagnamento o 104/92 3.3 ISEE socio - sanitario o ordinario (25.000)	beneficiario	Fino a un max di 800 Euro mensili (in base all'ISEE)	Contributo a bando (generalmente aprile-maggio di ogni anno); solitamente è presente una graduatoria in base all'ISEE e vengono accolte meno del 50% delle domande, con priorità a chi è già percettore.
Fondo Non Autosufficienze Misura B1 assistente familiare	In possesso dell'ISEE sociosanitario fino a € 50.000,00 per adulti ed anziani ed ISEE ordinario fino a € 65.000,00 per beneficiari minorenni in corso di validità; • In possesso di documentazione clinica a cura dello specialista con allegato le specifiche scale di valutazione comprovanti la condizione di gravissima disabilità;	beneficiario	Fino a un max di 1.300 Euro mensili	Domanda di prosecuzione da presentare entro il 28/02/2025 – (per le persone già in carico nell'anno precedente); Nuove domande da presentare dal 01.03.2025 al 31.10.2025
Fondo Non Autosufficienze Pro.vi Fondo Non Autosufficienze Pro.vi - Domotica Assistente familiare Fondo Non Autosufficienze Pro.vi - Spese condominiali utenze e affitto	invalidità civile (almeno 45%), con disabilità fisico-motoria e/o intellettuale che abbiano buone capacità di autodeterminazione e residue capacità di apprendimento tali da poter incrementare e potenziare le proprie autonomie.	beneficiario	Contributo fino al 100% della spesa	Bando aperto fino ad esaurimento risorse Domanda tramite servizi sociali comunali
			Spese domotica che non sono rimborsabili con la LG 23 o tramite SSN (nomenclatore tariffario)	
			Spese di affitto/ utenze e spese condominiali fino 80% della spesa annua	
Bonus Assistente Familiare	ISEE uguale o inferiore a 35.000€ contratto di assunzione di assistente familiare iscritto al registro territoriale degli assistenti familiari secondo quanto previsto dall'art. 7 della L.R. 15/2015	Beneficiario o familiare datore di lavoro	Da € 2.000 a € 2.400 Euro mensili (in base all'ISEE)	Domanda tramite il portale regionale di bandi on line Fino ad esaurimento fondi regionali

“la competenza amministrativa ed economica, in caso di interventi socioassistenziali o di inserimento successivo in altra tipologia d’offerta residenziale, rimane in carico al Comune di residenza della persona all’atto dell’inserimento in alloggi di Dopo di Noi. (DGR 275/23 del Dopo di Noi, All. B del PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE FONDO DOPO DI NOI 2022, p.12 e p.22) qualora le persone che abitano l’appartamento prendano la residenza presso il Comune in cui si trova l’appartamento, continueranno a essere assistiti dai Comuni di provenienza.

Per una descrizione della figura del CASE MANAGER (“colui che tira le fila del progetto”, preferibilmente operatore dell’ente locale o in subordine di ASST) e IL SUPPORT MANAGER dell’appartamento (referente dell’attuazione quotidiana del progetto in appartamento) si rimanda alla DGR 275/23 del Dopo di Noi, All. B del PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE FONDO DOPO DI NOI 2022, p.12-13

In caso di assunzione del personale da parte dei singoli beneficiari/famiglie “Sono detraibili dall’Irpef, nella misura del 19%, le spese sostenute per gli addetti all’assistenza personale nei casi di “non autosufficienza” della persona con disabilità nel compimento degli atti della vita quotidiana.

La detrazione deve essere calcolata su un ammontare di spesa non superiore a 2.100 euro e spetta solo quando il reddito complessivo del contribuente non è superiore a 40.000 euro.

<https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/la-detrazione-per-gli-addetti-all-assistenza-a-persone-non-autosufficienti>

9. L'ABITARE PER LA PERSONA CON DISABILITÀ: UNITÀ DI OFFERTA RESIDENZIALI

9.1. L'Abitare per la persona con disabilità

L'abitare rappresenta un diritto fondamentale della persona e, nel caso delle persone con disabilità, assume un significato particolarmente rilevante in relazione al principio di autodeterminazione, di inclusione sociale e qualità della vita. Il modello di welfare sociale per la disabilità regionale lombardo è basato sostanzialmente su due pilastri:

- una vasta e diffusa **rete di servizi diurni e residenziali**, sostenuti con fondi socio-sanitari, con risorse sociali di provenienza regionale e comunale e con rette pagate dalle persone con disabilità;

- un'altrettanto vasta serie **di interventi di supporto della domiciliarità**, sostenuta da risorse sociali trasferite dallo Stato, complementari a quelle comunali e socio-sanitarie.

In questo capitolo ci soffermiamo in particolare della rete di Unità di Offerta che Regione Lombardia ha disciplinato con una serie di Delibere di Giunta negli anni tra il 2003 e il 2008, composta da servizi definiti socio-sanitari. Per i **servizi residenziali** sono previste, in ordine crescente di intensità assistenziale, le Comunità alloggio per disabili (CA), le Comunità socio-sanitarie (CSS) e le Residenze sanitario-assistenziali per persone con disabilità (RSD). CSS e RSD per le loro caratteristiche socio-sanitarie ricevono una quota di finanziamento dal Fondo Sanitario Regionale, mentre la quota retta rimanente, generalmente superiore ai 3.000 euro mensili, è a carico dell'ospite. Può essere chiesta una compartecipazione economica dei costi al Comune di residenza, sulla base dei regolamenti comunali vigenti.

Quando una persona, per le diverse motivazioni legate alla composizione e capacità della famiglia o a caratteristiche relative alla tipologia di abitazione in cui si trova, non ha più la possibilità di vivere al proprio domicilio oppure per propria scelta decide di uscire dal nucleo di origine, entra in gioco il percorso verso una Vita Indipendente. È qui che le Unità di Offerta residenziali previste da Regione Lombardia rivestono un ruolo centrale, offrendo soluzioni abitative differenziate e personalizzate, nel tentativo di rispondere ai bisogni complessi e mutevoli delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

L'abitare per le persone con disabilità richiede un approfondimento anche intorno al tema della **strutturazione dei servizi residenziali accreditati**. Alla luce dei tanti cambiamenti che stanno interessando le persone con disabilità e i loro diritti, sembra sempre più utile un ripensamento degli stessi a partire proprio dall'attenzione che si è creata intorno al Progetto di Vita delle persone. I servizi accreditati costituiscono una risorsa importante per le persone con disabilità complessa (e non solo). Se, infatti, l'abitare sperimentale ha cambiato il modo di pensare la residenzialità spostandola dall'emergenza al diritto di abitare, è altrettanto vero che restano necessari contesti più strutturati rispondenti a bisogni complessi non affrontabili in un appartamento. Occorre tuttavia provare a **rendere i servizi accreditati più aperti al territorio, capaci di dare risposte personalizzate e maggiormente integrati con la vita quotidiana della comunità in cui sono inseriti**. Questo desiderio si deve confrontare con una forte riduzione e irrigidimento di quanto è possibile fare nei Servizi: la normativa, infatti, in nome della tutela e della sicurezza, tutti aspetti

legittimi, ha cristallizzato molto il funzionamento dei Servizi. Bisogna invece pensare ad una maggiore flessibilità che guardi al tema dell'inclusività come alla possibilità che la vita delle persone non si esaurisca in un unico contesto, ma che abbia possibilità differenti e più ampie.

9.2. Unità di Offerta Residenziali in Regione Lombardia

Le **strutture residenziali** sono destinate a persone con disabilità che necessitano di un sostegno rispetto alla cura di sé, alla gestione della vita quotidiana, alla realizzazione di esperienze di vita in autonomia, allo sviluppo delle abilità sociali e alla riabilitazione.

Le **Residenze Sanitarie - Assistenziali per persone con disabilità (RSD)**

sono strutture residenziali che accolgono persone, di norma di età compresa tra i 18 e i 65 anni, con grave disabilità, che necessitano di prestazioni a elevato grado di integrazione sanitaria di natura medica, infermieristica, educativa, riabilitativa e tutelare. Le Residenze Sanitarie Disabili (RSD) offrono un'assistenza socio-sanitaria completa per persone con disabilità che non possono essere assistite adeguatamente a domicilio. È previsto un FaSAS (Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario) all'interno del quale sono contenuti il PEI, PAI e PI – progetti contenente gli obiettivi, le strategie e le attività programmate a favore della persona revisionabili ogni sei mesi e in costante aggiornamento.

Servizi offerti dalle RSD:

> Assistenza sanitaria:

È prevista l'assegnazione del MMG presso la struttura e conseguente presa in carico che include prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e supporto psicologico, spesso integrandosi con i servizi specialistici del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

> Assistenza socio-educativa:

Attività mirate a stimolare le capacità cognitive, relazionali, espressive e motorie, oltre a favorire l'integrazione sociale e il tempo libero.

> Assistenza alla persona:

Cura dell'igiene personale, alimentazione, cura dell'abbigliamento, mobilitazione e gestione delle esigenze fisiologiche mediante personale ASA/OSS.

> Servizi di supporto:

Mensa, guardaroba, lavanderia, pulizia degli ambienti e fornitura di farmaci e ausili.

> Supporto notturno:

Sorveglianza e assistenza durante la notte, anche in caso di allettamento.

Le **Comunità Socio Sanitarie (CSS),**

strutture residenziali che accolgono persone con grave disabilità. Si tratta di piccole comunità, che ospitano al massimo 10 utenti, diventano dimora abituale della persona offrendo al contempo interventi di tipo assistenziale, educativo, ricreativo e terapeutico personalizzati. Le Comunità Socio Sanitarie (CSS) offrono assistenza residenziale a persone adulte con disabilità medio-grave, che necessitano di interventi socio-assistenziali, sostegno relazionale e opportunità di integrazione sociale. Le CSS forniscono un ambiente protetto, simile a quello familiare, con interventi personalizzati di tipo assistenziale, educativo, ricreativo e terapeutico. È previsto un FaSAS (Fascicolo Socio Assistenziale Sanitario) all'interno del quale sono contenuti il PEI, PAI e PI - progetti contenente gli obiettivi, le strategie e le attività programmate a favore della persona revisionabili

ogni sei mesi e in costante aggiornamento.

Servizi offerti dalle CSS:

Assistenza personale:

Cura della persona, assistenza durante i pasti, igiene quotidiana, accompagnamento per ricoveri o periodi di malattia, supporto per pratiche burocratiche.

Sostegno relazionale:

Attività di animazione e socializzazione, uscite individuali e di gruppo, attività di integrazione con il territorio, vacanze e gite.

Interventi riabilitativi:

Fisioterapia individuale e riabilitazione cognitiva, laboratori manuali, attività di stimolazione cognitiva.

Servizi di supporto:

Trasporti per attività, gestione della quota di mantenimento, supporto negli acquisti e nella gestione del denaro personale.

Le Comunità Alloggio per persone con disabilità (CA)

offrono soluzioni residenziali fino a 10 posti letto per l'accoglienza di persone disabili di norma con età compresa tra i 18 e i 64 anni, che presentano bisogni di tipo più educativo-assistenziale e meno sanitario.

Servizi Offerti dalla Comunità Alloggio:

> Assistenza alla persona:

Aiuto nelle attività quotidiane, come l'igiene personale, l'alimentazione e la vestizione.

> Assistenza sanitaria:

Monitoraggio delle condizioni di salute, somministrazione di farmaci, e accesso a servizi sanitari specialistici.

> Interventi educativi e riabilitativi:

Attività volte a promuovere l'autonomia, lo sviluppo delle abilità residue e il mantenimento delle capacità acquisite.

> Interventi di socializzazione e ricreazione:

Promozione di attività di gruppo, uscite e partecipazione ad eventi, per favorire l'inclusione sociale e il benessere.

> Supporto psicologico e relazionale:

Interventi mirati a favorire l'adattamento all'ambiente comunitario e a gestire eventuali difficoltà emotive o relazionali.

> Progetto Educativo Individualizzato (P.E.I.):

Un piano personalizzato, redatto annualmente e condiviso con la famiglia e i servizi competenti, che definisce gli obiettivi e le strategie di intervento per ogni ospite.

9.3. Unità di Offerta Residenziali Sperimentali e Innovative

Su diversi territori è possibile osservare la nascita di interventi che si strutturano come veri e propri progetti concepiti per promuovere l'inclusione sociale delle persone in condizione di disabilità. Generalmente pensati e costruiti come **progetti sperimentali** e finalizzati a sostenere percorsi

di crescita e di rafforzamento dell'identità personale attraverso esperienze di socializzazione e di occupazione all'interno dei contesti di vita della comunità. Si tratta di tentativi di progettazioni organizzative alimentate non solo dalla necessità di fornire sostegni a persone e famiglie ma anche dal tentativo di sostenere le persone ad autodeterminarsi, per poter scegliere i propri percorsi di sostegno e gli ambiti di attività ed occupazionali da intraprendere. Sono iniziative che mirano ad attivare dei veri e propri percorsi di cittadinanza e di inclusione sociale attiva, offerte di intervento che vanno ad aggiungersi e spesso sono integrative ai servizi esistenti ed anche pensate e progettate dagli stessi servizi istituzionali caratterizzate da una tensione trasformativa innovativa rispetto al mandato dei servizi istituzionali tradizionali, perché più orientati a lavorare sulla comunità. Si tratta di interventi che sono inizialmente pensati e concepiti come un'opportunità di inclusione per persone che presentano un buon funzionamento motorio e adattivo con sufficienti capacità relazionali e spesso anche motorie ma che progressivamente vorrebbero includere anche persone che presentano condizioni più complesse di disabilità e bisogni di sostegno più elevati. Persone, dunque, più esposte al rischio di esclusione e di emarginazione sociale e per le quali appare più difficile pensare percorsi inclusivi e di partecipazione alla vita della comunità. In questo senso si tratta davvero di tentativi sperimentali di re-organizzare pezzi di vita e luoghi di vita della comunità. Tali percorsi si prefiggono pertanto di accompagnare le persone a svolgere un percorso di crescita e rafforzamento della propria identità adulta, soprattutto nella prospettiva di favorire la loro uscita di casa, per poter andare a vivere in altri contesti con i dovuti sostegni formali e informali, separandosi dai genitori o i familiari con i quali sono cresciuti.

La **Legge 112/2016** – Dopo di noi ha promosso un processo di avvicinamento all'abitare e in alcuni casi di residenzialità stabile, impensabile fino a poco prima, aprendo così per le persone con disabilità la possibilità di scegliere dove vivere e con chi fuori dagli aspetti emergenziali che per molto tempo hanno riguardato il tema. Tutto questo movimento non è privo di aspetti di criticità, soprattutto quando si tratta di persone con una disabilità complessa, e si colloca nel vasto panorama dell'abitare per le persone con disabilità comprendente anche i Servizi accreditati. Tra le varie sperimentazioni possiamo individuare le seguenti:

Appartamenti per la Vita Autonoma Indipendente (VAI)

Gli appartamenti VAI sono soluzioni abitative autonome o semi-autonome in cui le persone con disabilità possono sperimentare percorsi di autonomia abitativa, con un supporto educativo modulabile. Gli interventi si basano su un progetto individualizzato e si integrano con i servizi territoriali, favorendo la partecipazione attiva alla vita sociale e il mantenimento nel contesto comunitario.

Appartamenti Protetti

Un appartamento protetto che risponde alle necessità di adulti in difficoltà con disabilità acquisita, mettendo le persone in relazione con il territorio. Vuole essere un luogo di transizione verso una vita indipendente, con la nascita di nuove abitudini e competenze dimenticate o assopite.

Cohousing sociale e progetti di housing supportato

Il cohousing è una forma di abitare condiviso che valorizza la dimensione comunitaria e relazionale. Si tratta di contesti in cui più persone con disabilità convivono con il supporto di operatori o volontari, in un'ottica di mutuo aiuto e partecipazione. L'housing supportato, invece, è rivolto a

persone con maggiori autonomie e prevede un accompagnamento leggero, orientato al mantenimento della vita indipendente. Tra queste può esserci la realtà del Condominio solidale che prevede la condivisione di spazi e di idee, l'incontro tra realtà diverse che qui imparano a convivere tra loro, con il quartiere, con la comunità ed il mondo che li circonda. L'obiettivo è la realizzazione di un intervento abitativo di co-housing, attraverso attività di accoglienza temporanea e accompagnamento all'autonomia di popolazione "fragile", accolta e valorizzata attraverso lo scambio con il territorio.

Appartamenti sperimentali

L.112/16 Dopo di Noi dedicati a persone:

- con certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi della legge 104/92, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- di età compresa tra 18 e 64 anni, con priorità a cluster di età a seconda del tipo di sostegno
- in possesso di Isee sociosanitario in corso di validità al momento della domanda

Si tratta di case che possono ospitare piccoli gruppi di persone, destinate a coltivare le autonomie delle persone con disabilità e con autismo, che intendono sperimentarsi in un contesto di vita diverso dal nucleo familiare.

9.4. Autorizzazioni e normativa per le unità di offerta sperimentali

Gli appartamenti destinati al Dopo di Noi possono essere riconosciuti come **unità di offerta sociale sperimentale**, anche al fine di ottenere i contributi del Fondo Dopo di Noi.

Le Unità di Offerta Sociali (UdOS) sono strutture diurne o residenziali, che fanno parte del sistema integrato di servizi e prestazioni sociali organizzate per rispondere a bisogni specifici della popolazione, come quelli legati all'infanzia, alla disabilità, alla terza età, o al sostegno alla famiglia. Il sistema della rete delle unità di offerta sociale è disciplinato dalla legge n. 3/2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario", che all'art. 13 comma 1, inoltre ha previsto che **i Comuni possano riconoscere e promuovere la sperimentazione di nuove unità di offerta e nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale**, purché compatibili con gli obiettivi generali della legge. e I Comuni hanno quindi la funzione di riconoscere e promuovere le sperimentazioni di nuove unità di offerta e di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale nel rispetto della programmazione regionale.

Il quadro normativo nazionale (L.328/2000) e regionale (L.R.3/2008) offre la possibilità ai Comuni di sperimentare unità di offerta sociali innovative e capaci di rispondere ai bisogni del territorio. In tal senso, la rete sociale assume le caratteristiche di **un sistema integrato e dinamico aperto alla sperimentazione di nuove forme organizzative ed alla collaborazione tra pubblico e privato, ma sempre governato dall'ente locale.**

Le sperimentazioni avviate sul territorio regionale, dovranno pertanto essere approvate con specifici provvedimenti del Comune in cui vengono realizzate (es. delibera di giunta o atto dirigenziale).

L'ente gestore che intende avviare una sperimentazione dovrà presentare istanza al Comune in cui intende avviare la sperimentazione utilizzando la modulistica predisposta dall'Ambito e allegando il progetto e la documentazione prevista (carta dei servizi, organigramma e funzionigramma del personale; piano gestionale per attività pulizia e erogazione pasti; piano di manutenzione ordinaria e straordinaria; assicurazione e documentazione relativa alla normativa sulla sicurezza L.81/2008).

La sperimentazione potrà essere attuata in un periodo compreso tra uno e tre anni, con possibilità di rinnovo, previa presentazione di idonea documentazione circa gli esiti e le motivazioni della richiesta di rinnovo.

Il Comune approva la sperimentazione con specifico provvedimento all'interno del quale dovranno essere esplicitate le specifiche tecniche ed organizzative del servizio e/o prestazioni erogate, le tempistiche previste per la sperimentazione, gli eventuali impegni assunti dal Comune.

L'atto adottato, comprensivo di scheda progettuale, dovrà essere trasmesso a Regione Lombardia e in copia per conoscenza all'ATS di competenza, all'Ufficio di Piano e all'ente che intende avviare la sperimentazione.

Al momento della scrittura del presente documento (giugno 2025), la rete Tiki Taka, in collaborazione con gli Ambiti, sta predisponendo un documento approfondito di guida alle unità di offerta sperimentale, a cui si rimanda per approfondimenti.



10. SALUTE MENTALE: STRUTTURE RESIDENZIALI, PROGRAMMI DOMICILIARI INTEGRATI E ALTRE ESPERIENZE DI ABITARE SUPPORTATO

10.1 Evoluzione del sistema dei servizi residenziali per la salute mentale

I servizi per la salute mentale, con la riforma promossa da Franco Basaglia nel 1978, sono profondamente radicati sul territorio e gli interventi, anche di tipo residenziale, sono orientati alla Recovery e ad una piena inclusione sociale delle persone con disabilità psichiatrica. Pur essendo afferenti all'ambito sanitario gli interventi residenziali in quest'area sono ad elevato interesse socio sanitario e sociale, infatti prevedono spesso una presa in carico congiunta dei beneficiari da parte dei Centri Psico Sociali, i Servizi Sociali dei Comuni, gli ETS erogatori.

Le strutture residenziali nell'ambito della salute mentale sono organizzate secondo una prospettiva di gradualità finalizzata all'accompagnamento della persona ad un sempre maggior livello di autonomia. La comunità terapeutica si distingue per un approccio più umano e meno stigmatizzante rispetto al precedente assetto manicomiale, orientato alla partecipazione attiva del paziente e della sua rete familiare e sociale, che diventa parte integrante del processo terapeutico.

In Lombardia la Deliberazione VIII 4221 del 2007 ha riordinato l'offerta di residenzialità in psichiatria e introdotto la "residenzialità leggera", riformulata nel 2024 come Programma Domiciliare Integrato.

Nel 2013 la Conferenza Unificata Stato Regioni ha normato con uno specifico Accordo¹ l'organizzazione delle strutture residenziali psichiatriche a livello nazionale. Obiettivo dell'accordo è stato quello di differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale, migliorare la qualità delle cure offerte e ridurre le disomogeneità tra l'offerta di servizi residenziali nelle diverse Regioni italiane.

La gestione delle strutture può essere affidata a servizi pubblici e privati, attraverso lo strumento dell'accreditamento sanitario.

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) dell'ATS.

La titolarità del Progetto di Trattamento Individuale, nonché la valutazione rispetto alla necessità e opportunità di un percorso residenziale spetta al Centro di Salute Mentale, che in Lombardia è denominato Centro Psico-Sociale. Strumento fondamentale dei percorsi di cura residenziale è il PTR (Programma Terapeutico Riabilitativo), definito e verificato con cadenza semestrale insieme alla persona protagonista del proprio percorso di cura. L'equipe è multiprofessionale, comprende personale sanitario e socio assistenziale e si coordina con l'equipe multidisciplinare del CPS inviando oltre ai Servizi Sociali Territoriali che a vario titolo possono avere in carico i pazienti.

10.2. Tipologia delle strutture residenziali psichiatriche

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale, si individuano diverse tipologie di struttura residenziale. Proveremo ora a presentare un quadro dell'organizzazione della residenzialità in Lombardia tenendo conto del quadro normativo di riferimento, che integra il livello Nazionale con le delibere e le regole di sistema Regionali e i Protocolli Operativi delle ATS.

I percorsi riabilitativi prevedono interventi nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, delle relazioni interpersonali, della gestione economica, delle abilità sociali; il fine ultimo è il raggiungimento di una condizione di benessere ed equilibrio clinico, nonché il recupero o acquisizione di competenze che favoriscano il raggiungimento della maggior autonomia e della miglior qualità della vita possibili.

A tal fine in ambito clinico psichiatrico è previsto il monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una condizione di stabilizzazione, attraverso la predisposizione di periodici colloqui clinici da parte dello psichiatra sia con il paziente che con la famiglia; vengono offerti inoltre colloqui clinico-psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici e interventi psicoeducativi con le persone con disabilità psichiatrica e i loro caregiver.

Vengono proposte attività strutturate individuali e di gruppo finalizzate alla riabilitazione psicosociale, al recupero e potenziamento delle abilità di base ed interpersonali/sociali nonché al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. Vengono proposti interventi di formazione/inserimento lavorativo, anche in collaborazione con i Servizi Inserimenti Lavorativi territorialmente competenti.

Le Comunità propongono infine interventi di socializzazione, di tipo espressivo, ludico o motorio, sia in comunità che sul territorio, in sinergia con le realtà territoriali.

> SRP1 - nota in Lombardia come CRA (Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza e alta intensità riabilitativa)

Le CRA garantiscono un'offerta assistenziale di alto grado sulle 24 ore e accolgono pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa. La **durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi**: Le stesse strutture erogano anche i programmi di post-acuzie, con durata massima di 3 mesi non rinnovabili ma ripetibili in caso di ricadute cliniche. Il limite di età per l'utenza è di 50 anni e la retta interamente a carico del SSN.

Le Comunità ad alta intensità riabilitativa propongono interventi sulle abilità di base con affiancamenti individuali per l'igiene personale e la cura dei propri spazi di vita: riordino di spazi di comunità, turnazioni nelle attività ai pasti. L'equipe propone attività riabilitative, ludiche e risocializzanti interne ed esterne alla comunità; agli utenti quando possibile è richiesto di partecipare alla programmazione delle attività comunitarie, attraverso proposte e contributi personali.

È promossa la partecipazione del volontariato alle attività risocializzanti in sede e sul territorio; vengono erogati interventi gruppali psico e socio-terapici, psicoterapia, colloqui strutturati specialistici individuali e della famiglia, interventi di riabilitazione psicosociale strutturati. Gli utenti possono inoltre partecipare ad attività propedeutiche al lavoro ed essere inseriti in progetti di inserimento lavorativo.

Da criteri di accreditamento devono essere garantite le seguenti presenze sulle 24 ore:

- Medico psichiatra: dal lunedì al venerdì (nella fascia 8-20) 8 ore di presenza attiva + 4 di pronta disponibilità - sabato e domenica 12 ore diurne di pronta disponibilità.
- Almeno un infermiere h 24/24
- 1 psicologo per almeno 12 ore settimanali
- Almeno un educatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica fino a 10 posti letto e almeno 2 educatori e/o tecnici della riabilitazione psichiatrica sopra i 10 posti letto

> SRP2 - nota in Lombardia come CPA (Comunità Protetta ad Alta Assistenza e media intensità riabilitativa)

Nelle CPA i programmi residenziali appropriati all'ingresso sono di media intensità riabilitativa e hanno una **durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 36 mesi**, vengono erogati sulle 24 ore. Queste strutture ospitano pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza e tutela. Le CPA propongono quindi interventi sulle abilità di base con affiancamenti individuali per l'igiene personale e la cura dei propri spazi di vita. L'equipe propone inoltre attività riabilitative, ludiche e risocializzanti in comunità e sul territorio; agli utenti quando possibile è richiesto di partecipare alla programmazione delle attività comunitarie, attraverso proposte e contributi personali. È promossa la partecipazione del volontariato alle attività risocializzanti in sede e sul territorio. Anche le CPA, sebbene la normativa non lo richieda espressamente, possono proporre interventi psicoeducazionali, psicoterapia individuale e di gruppo, attività occupazionali e interventi finalizzati al graduale inserimento lavorativo.

Da criteri di accreditamento devono essere garantite le seguenti presenze sulle 24 ore:

- Medico psichiatra: dal lunedì al venerdì (nella fascia 8-20) 6 ore di presenza attiva + 2 di pronta disponibilità - sabato e domenica 6 ore diurne di pronta disponibilità.
- Almeno un infermiere h 24/24
- Almeno un educatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica

> CRM Comunità riabilitative a media assistenza

Le CRM Sono state istituite da Regione Lombardia in via sperimentale con la deliberazione VIII/4221 del 2007. Garantiscono una offerta assistenziale di medio grado sulle 24 ore. Nelle CRM i programmi residenziali appropriati sono di alta intensità riabilitata e hanno una **durata massima di 18 mesi, prorogabili fino a un massimo di ulteriori 6 mesi**. Il limite di età per l'utenza è 50 anni, la retta è a carico del SSN.

Da criteri di accreditamento devono essere garantite le seguenti presenze sulle 24 ore:

- Medico psichiatra: dal lunedì al venerdì (nella fascia 8-20) 4 ore di presenza attiva + 2 di pronta disponibilità - sabato e domenica 6 ore diurne di pronta disponibilità.
- Almeno un operatore h 24/24
- Nelle 12 ore diurne (fascia 8-20) devono essere presenti 2 operatori, tra cui un infermiere professionale per almeno 7 ore dal lunedì al venerdì e per almeno 5 ore sabato e domenica
- almeno un educatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica ogni 5 utenti
- uno psicologo per almeno 12 ore settimanali

> CPM Comunità Protetta a Media Assistenza

Le CPM garantiscono un'offerta assistenziale di medio grado sulle 12 ore, gli utenti hanno massimo 65 anni. Nelle CPM i programmi residenziali sono di media intensità riabilitativa, più focalizzate sulla cura e l'assistenza che sulla riabilitazione, hanno una **durata massima di 36 mesi, rinnovabili per ulteriori 36 mesi**.

Da criteri di accreditamento devono essere garantite le seguenti presenze nelle 12 ore diurne:

- Medico psichiatra: dal lunedì al venerdì (nella fascia 8-20) 2 ore di presenza attiva + 4 di pronta disponibilità - sabato e domenica 6 ore diurne di pronta disponibilità.
- Nelle 12 ore diurne (fascia 8-20) devono essere presenti 2 operatori, tra cui un infermiere professionale per almeno 7 ore dal lunedì al venerdì e 5 ore sabato e domenica
- Deve essere previsto almeno un educatore o TERP

> SRP3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi

Introdotta con il già citato Accordo della Conferenza Unificata del 2013, è in corso di implementazione in Lombardia, dove è prevista la riconversione in SRP3 delle ultime Comunità Protette a Bassa Assistenza. L'Accordo della Conferenza Unificata introduce la previsione di differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, o per fasce orarie.

> Programmi domiciliari Integrati (PDI) 2

I PDI nascono sul territorio di Regione Lombardia dall'esperienza della Residenzialità Leggera e la sostituiscono a partire dal 2024. Questi programmi si pongono lo scopo di offrire ospitalità e supporto psicologico ed educativo a persone con problematiche psichiatriche (disturbi psicotici o di personalità) clinicamente stabilizzate, che necessitano di sperimentarsi in quasi totale autonomia nella gestione della casa, delle varie attività del quotidiano e delle relazioni interpersonali in una prospettiva emancipativa in vista di un eventuale passaggio in un'abitazione propria. Questi programmi vedono come protagonista la persona con disagio psichico con discrete autonomie ma che necessita di interventi "leggeri" finalizzati al mantenimento di un buon compenso clinico e all'inclusione sociale.

I destinatari possono essere protagonisti di un percorso di cura giunto a differenti livelli di evoluzione. Possono quindi essere: persone che hanno già svolto un percorso riabilitativo e hanno bisogno di un ulteriore passaggio in parziale autonomia; giovani che necessitano di un intervento precoce e che possono beneficiare di un intervento preventivo del ricovero in una struttura residenziale comunitaria; persone che, raggiunto un buon compenso clinico ed uno stadio di cronicità della patologia psichiatrica possono beneficiare di un'attività riabilitativa a bassa intensità.

I PDI non possono essere erogati al singolo utente residente al proprio domicilio, ma in una soluzione abitativa adeguata ad un piccolo gruppo di persone assistite (almeno 2 utenti per appartamento), assimilata alle "civili abitazioni": possono prevedere fino a un massimo di 10 posti

letto per stabile o unità abitativa, in appartamenti che possono ospitare al **massimo 5 persone**. Si tratta di strutture abitative svincolate dall'accreditamento, che vengono però autorizzate da ATS all'esercizio delle attività; è prevista una quota sanitaria a carico del SSN e una quota sociale o alberghiera il cui ammontare viene definito dall'ente erogatore e il cui costo viene sostenuto dall'utente o, in alcuni casi, dal Comune di residenza.

L'equipe è multidisciplinare, composta da psicologi, educatori, assistenti sociali, oss, infermieri ed elabora con ogni utente un Progetto Individuale, verificato e aggiornato con cadenza semestrale e coerente con il Piano di Trattamento Individuale elaborato dal CPS di riferimento. Sono previsti interventi finalizzati al mantenimento e sviluppo delle abilità sociali e di gestione individuale, nonché attività riabilitative e di socializzazione. Vengono inoltre promosse azioni e co-progettazioni in sinergia con le realtà associative del territorio.

> Altre forme di residenzialità supportata

Nell'ambito dei servizi per la salute mentale sono stati proposti negli anni diversi interventi innovativi e alternativi alla residenzialità classica, laddove sia necessaria una supervisione ed un monitoraggio costante nel tempo ma non intensivo: in diversi ambiti territoriali, anche attraverso interventi in co-progettazione tra servizi pubblici e privato sociale vengono proposti progetti di **housing sociale con affitto calmierato e interventi psicoeducativi, appartamenti palestra, appartamenti privati in condivisione messi a disposizione da associazioni o soggetti privati**. I destinatari di questo tipo di intervento sono persone con disabilità psichiatrica con buona stabilizzazione clinica e con un discreto livello di integrazione sociale che vivono insieme e beneficino del supporto del CPS, dei servizi sociali territoriali e di enti gestori spesso afferenti al terzo settore. Gli interventi proposti sono educativi, di monitoraggio clinico, finalizzati alla socializzazione, all'inclusione sociale e lavorativa e sono dunque caratterizzati da un'elevata integrazione tra ambito sociale e sanitario.

³ Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013, Ministero della salute

⁴ La DGR 4221/2007e la DGR 7861/2008 hanno previsto per la prima volta l'unità di offerta "**Residenzialità Leggera**", in seguito con deliberazione N° XII / 1827 del 31.01.2024 le Regole di Sistema introducono il "Programma domiciliare intensivo", ulteriormente ridefinito come "Programma domiciliare integrato" con DGR 2966 del 05.08.2024



11. I CONTRIBUTI DEI PROTAGONISTI

Si riportano i contributi di genitori e persone con disabilità che sono attualmente coinvolti in progetti di residenzialità in appartamento

I genitori di Francesco

Noi siamo arrivati a questo percorso per Francesco pienamente convinti, anche perché già da tempo avevamo iniziato con lui un cammino di sviluppo delle autonomie.

Francesco, infatti, da anni trascorre le vacanze estive per tre settimane da solo, e questo ci ha sempre spinti a favorire la sua indipendenza, affinché diventasse il più possibile autonomo.

La decisione di intraprendere questo progetto con l'associazione nasce proprio da una convinzione familiare: crediamo profondamente che questo rappresenti, in un modo o nell'altro, il bene di nostro figlio. Questo pensiero è il punto di riferimento che guida le nostre azioni e i nostri pensieri: sapere che Francesco sta bene è per noi un elemento fondamentale e irrinunciabile. Il suo benessere è al centro di tutto.

Credo che questa sia, in fondo, l'esigenza di tutti i genitori. Anche nel nostro gruppo di appartamento abbiamo visto genitori forse meno convinti del percorso e della sua prospettiva finale, cosa che a noi per certi versi preoccupa perché il gruppo dei ragazzi è importante, ma pare che col tempo e col progredire dell'esperienza si stiano rassicurando proprio vedendo che i loro figli stanno bene. Anche questo fa parte di un percorso e ognuno ha il suo punto di partenza.

Ad oggi il percorso sta funzionando: siamo partiti con qualche giornata di prova, poi progressivamente le giornate sono aumentate, fino ad arrivare al punto attuale in cui Francesco esce di casa il martedì mattina e rientra il venerdì sera. Lo vediamo tranquillo e sereno.

Per noi genitori le difficoltà non stanno tanto nelle grandi teorie o nei percorsi psicologici, ma nella gestione della quotidianità. Certo, magari ci diciamo che Francesco la sera ci manca, ma nulla di più. Sono proprio i mille piccoli imprevisti che come genitori nel tram tram familiare ci ritroviamo a tamponare che con un Francesco che ormai risiede in un altro appartamento, ci preoccupano. Si va dai contrattempi legati al trasporto comunale verso il CSE, fino a tante altre questioni pratiche che, pur piccole, preoccupano noi genitori, sempre attenti a garantire quella stabilità, continuità e routine che per i ragazzi autistici sono fondamentali per la loro serenità. Ad oggi, questa parte organizzativa della vita dei nostri ragazzi, costruita con pazienza ed incastri sempre complicati e delicati, rimane a carico di noi genitori che continuiamo ad essere i punti di riferimento degli enti, e non potrebbe essere diversamente. In questo contesto e data la tipologia di questa disabilità, la nostra grande preoccupazione è che, se l'esperienza non dovesse evolversi positivamente, riproporla in futuro potrebbe diventare molto difficile.

Anche noi genitori abbiamo bisogno di rassicurazioni per essere certi che nostro figlio stia bene. Chiediamo spesso agli operatori di sapere cosa accade nell'appartamento: cosa ha fatto Francesco, cosa ha mangiato, se ha dormito, se è tranquillo, che giochi ha fatto A volte possono sembrare banalità, ma per noi sono aspetti molto importanti.

Al di là della co-progettazione e di tutte le teorie, che sono certamente fondamentali nella fase iniziale e di avvio, ciò che per noi conta soprattutto è mantenere una buona comunicazione e un costante flusso di informazioni sulla quotidianità.

Ci rendiamo conto che la gestione operativa non è cosa semplice e che l'associazione affronta difficoltà organizzative — come la gestione della continuità del personale, dei turni, dei riposi — e che queste questioni possono non coincidere con la nostra esigenza di essere informati su ciò che accade. Possiamo comprendere, ma non cambia la nostra priorità che è sapere come sta nostro figlio.

Viviamo quindi un'ambivalenza e abbiamo ben presente l'esistenza di una contraddizione intrinseca in questa esperienza: da un lato il desiderio di sapere tutto, di mantenere un certo controllo, anche indiretto, sulla situazione; dall'altro, la necessità di lasciare spazio, di permettere che le cose accadano, che i nostri figli vivano l'autonomia nella quotidianità, questa nuova realtà di "messa alla prova" in modo autonomo e creativo anche di fronte alle difficoltà.

A volte noi genitori facciamo fatica a comprendere o accettare pienamente questa realtà, forse perché, ai nostri occhi, i nostri figli restano sempre un po' più piccoli di quello che realmente sono, salvo poi scoprire che hanno anche tante risorse che riescono a tirar fuori quando sono messi alla prova.

La mamma di Alberto

Dopo oltre due anni di incontri fra tutti i protagonisti del progetto di "Sperimentazione di Vita indipendente", devo dire di avere realizzato la complessità della costruzione di questo percorso.

Personalmente ritengo basilare la presenza delle famiglie, soprattutto in termini di convinzione della necessità di stimolare i propri figli/figlie ad intraprendere questa esperienza, che penso possa solo giovare loro, in quanto sono certa che desiderino emanciparsi dalla famiglia ed essere in compagnia dei loro amici.

Purtroppo, nell'ambito Vimercate/Trezzo questo pensiero non è ancora maturato a sufficienza, c'è ancora troppo timore da parte dei genitori di andare incontro a fallimenti, poi difficilmente recuperabili data la fragilità emotiva dei figli stessi.

Sono fondamentali la fiducia e sinergia tra i vari componenti dell'Equipe che monitora la costruzione del percorso e il consolidamento delle varie attività formative che permettano la convivenza in armonia del gruppo di fragili.

Soprattutto tra Educatore, specialista nella conoscenza delle difficoltà operative degli "Utenti" del servizio, primo mediatore nella quotidianità, e il coordinamento di tutte le problematiche che comporta la gestione di una casa.

Ma è estremamente importante anche la figura dell'Assistente familiare, che è stata pensata per questi specifici progetti, non ancora esistente come tipo di professione, ma che sarà indispensabile per assicurare la durata di questi percorsi di autonomia. Credo sarà cruciale la partecipazione Istituzionale che si faccia carico di organizzare degli incontri formativi, che promuovano e incoraggino questo tipo di scelta Professionale e che dovranno permettere all'Assistente di accompagnare/stimolare efficacemente i nostri figli nel compimento delle attività quotidiane. Altro punto critico è la mancanza di un "Data Base" di disponibilità di immobili che possano essere destinati a questo tipo di "Residenzialità Sperimentale", anche dal punto di vista della sostenibilità economica data la notevole incidenza dell'ammontare degli affitti che grava sul costo complessivo del progetto. Oltre al fatto che l'accessibilità degli stabili (per disabilità complesse), purtroppo, non è ancora entrata nella visione progettuale "Standard" del nostro Paese.

Giovanni

La mia scelta sull'andare a convivere con altre persone con disabilità, quindi affrontare il progetto di co-housing, viene dal fatto che vorrei provare un'esperienza lontana dalla sfera quotidiana e familiare. Ciò significa provare un'esperienza nuova, con persone nuove, che non conoscono le mie abitudini e vedere se la cosa funziona. Anche in vista di un futuro...

Anche se il progetto non è ancora iniziato, la mia voglia di voler partecipare è ancora stabile e spero che si inizi il prima possibile. Ho certamente dubbi sulla cosa...ma come tutto, bisogna prima provare su pelle e per le altre cose si può sempre chiedere. Comunque non sarò lasciato solo perché ci sono persone con esperienza che seguiranno il progetto.

Io non so, al momento, se la cosa mi potrà o non mi potrà piacere. Ma voglio proseguire per avere anche un briciolo di indipendenza (nonostante sia un co-housing) e lasciare anche un pò più di libertà ai miei genitori.

Sicuramente i primi tempi sarà tempo di adattamento per me e per chi mi sta intorno, dove si cercherà di trovare una quadra. Poi, nel caso dovesse andare ma o non piacermi (spero di no), posso sempre tornare a casa. I miei appoggiano questo progetto e mi sostengono in qualsiasi mia scelta.

Non avendo ancora iniziato non posso esprimere al meglio ciò che penso e le emozioni che il progetto potrà dare e quindi non ho molto da dire per il momento. Spero di iniziare il prima possibile così da avere più spunti di riflessione.



BIBLIOGRAFIA

ISTAT (2021). *Audizione dell'Istat presso il Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità.* Roma: Istituto Nazionale di Statistica

Emma Mulliner, Mike Riley and Vida Maliene, *Older People's Preferences for Housing and Environment Characteristics, Department of the Built Environment, Built Environment and Sustainable Technologies Research Institute, Faculty of Engineering and Technology,* Liverpool John Moores University, Published: 16 July 2020

FONTI NORMATIVE

LEGGI NAZIONALI

- Legge 9 gennaio 1989, n. 13 – Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati.
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 – Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- Legge 22 giugno 2016, n. 112 - Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare
- Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117 – Codice del Terzo settore.
-
- Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62 – Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

LEGGI REGIONALI (LOMBARDIA)

- Legge Regionale Lombardia 5 gennaio 1999, n. 23 – Politiche regionali per la famiglia.
-
- Legge Regionale Lombardia 12 marzo 2008, n. 3 – Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario.
- Legge Regionale Lombardia 6 dicembre 2022, n. 25 – Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità.
- Deliberazione della Giunta Regionale 5 agosto 2024, n. 2912 "L. N. 112/2016 - piano regionale dopo di noi. programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave, come definita dall'art. 3 comma 3 della l. 104/1992, prive del sostegno familiare - risorse annualità 2023".
- Deliberazione della Giunta Regionale 30 dicembre 2024 n.3719- Programma operativo regionale a favore di persone anziane non autosufficienti ad alto e basso bisogno assistenziale e persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo elevato e molto elevato - fondo per le non autosufficienze 2024 esercizio 2025

NORME TECNICHE

- UNI CEI EN 17210:2021 – Accessibilità e usabilità dell'ambiente costruito – Requisiti funzionali.

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI A: CENTRO DI VITA INDIPENDENTE



Il Centro per la Vita Indipendente

è un luogo di “progettazione” messo a disposizione delle **persone con disabilità** e delle loro famiglie per l’elaborazione e la realizzazione del proprio progetto di vita.

Offre consulenza ai Servizi Sociali Territoriali e agli Enti del terzo settore. Lavora in stretta collaborazione con le realtà associative del territorio che si occupano di disabilità.

Sedi di Vimercate

Presso Offertasociale

Piazza Marconi 7/D
martedì dalle ore 9.30 alle ore 12.30
venerdì dalle ore 13.00 alle ore 16.00

Per fissare appuntamenti
Tel: 0396358018
Mail: cvi.vimercate@offertasociale.it

Presso Casa di Comunità

Via Giuditta Brambilla 11
Mercoledì dalle ore 16.00 alle 19.00

Il primo sabato del mese su appuntamento
Cel 3714442559
Mail: cvi.vimercate@offertasociale.it

Sede di Basiano

In via Roma, 11

Orari di apertura al pubblico
martedì 9:30 - 12.30
e giovedì 15:30 - 18:30

Per fissare appuntamenti
cel. 331 4650652
e-mail: cvi.trezzo@offertasociale.it

Sede Vaprio d'Adda

Presso i Servizi Sociali

Piazza Cavour, 26
Orari di apertura al pubblico
martedì 14:00 - 17:00

Per fissare appuntamenti
tel. 02 9094004 (int. 239)
e-mail: cvi.trezzo@offertasociale.it



www.offertasociale.it



SPORTELLO BADANTI E COLF

Offriamo consulenza gratuita
alle **famiglie**, a **colf** e **badanti**,
incrociando al meglio
domanda e offerta.



GLI **INCONTRI** SI SVOLGONO NEI DUE SPORTELLI
PRESENTI SUL TERRITORIO DI OFFERTASOCIALE:

TREZZO SULL'ADDA

via Roma, 5 (all'interno del Municipio)
ogni lunedì dalle 9.00 alle 15.00

Consulenza telefonica
giovedì dalle 14.00 alle 16.00

PER FISSARE APPUNTAMENTI:

Telefona o lascia un messaggio al:

392 7642009

oppure scrivi a:

melc.trezzo@gmail.com



L'Associazione persegue finalità di solidarietà familiare proponendosi di organizzare e attivare esperienze di mutuo aiuto nel lavoro domestico e nella cura familiare come pure di promuovere iniziative di sensibilizzazione e formazione a sostegno delle famiglie, in relazione ai loro compiti sociali ed educativi.

InTessere

IN COLLABORAZIONE CON:



Programma realizzato nell'ambito dell'iniziativa "ATTUAZIONE DELLE LINEE GUIDA PER LA SPERIMENTAZIONE DEI CENTRI PER LA FAMIGLIA DI CUI ALLA D.G.R. 4431/2025 promossa e finanziata da Regione Lombardia con il Fondo per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri."

www.offertasociale.it



SPORTELLO BADANTI E COLF

Offriamo consulenza gratuita
alle **famiglie**, a **colf** e **badanti**,
incrociando al meglio
domanda e offerta.



GLI **INCONTRI** SI SVOLGONO NEI DUE SPORTELLI
PRESENTI SUL TERRITORIO DI OFFERTASOCIALE:

VIMERCATE

via Mazzini, 33
ogni martedì dalle 9.00 alle 13.00
e dalle 14.00 alle 18.00

Orari per assistenti familiari:
il giovedì dalle 9,00 alle 13,00

PER FISSARE APPUNTAMENTI:

Telefona o lascia un messaggio al:

327 9540204

Oppure scrivi a:

sportellomelcvimercate@gmail.com



L'Associazione persegue finalità di solidarietà familiare proponendosi di organizzare e attivare esperienze di mutuo aiuto nel lavoro domestico e nella cura familiare come pure di promuovere iniziative di sensibilizzazione e formazione a sostegno delle famiglie, in relazione ai loro compiti sociali ed educativi.



IN COLLABORAZIONE CON:



Progetto finanziato con il Fondo per le politiche della famiglia 2024 della Presidenza del Consiglio dei ministri



> **OFFERTASOCIALE**
Azienda Speciale Consortile

> Piazza Marconi 7/D, 20871 Vimercate (MB)
Tel 039 6358067 - info@offertasociale.it

> www.offertasociale.it

