UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON INCLUSIONE

MINISTERO del LAVORO e delle POLITICHE SOCIALI

PON INCLUSIONE - ASSE 4 CAPACITA' AMMINISTRATIVA, PRIORITÀ DI INVESTIMENTO 11.II

SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO INTER ISTITUZIONALE E TRA PROGRAMMI OPERATIVI SUI TEMI DELLA DISABILITÀ

Rapporto finale

Il Rapporto raccoglie i risultati del progetto "Supporto alle attività di coordinamento inter istituzionale e tra programmi operativi sui temi della disabilità", ASSE 4 – CAPACITA' AMMINISTRATIVA, priorità di investimento: 11.ii.
La finalità del progetto è il supporto all'Autorità di Gestione per le attività di coordinamento tra i diversi livelli di governo e nel confronto con gli stakeholder, in riferimento alle misure rivolte alle persone con disabilità, con particolare riferimento alle azioni finanziate dal Fondo sociale europeo e in particolare all'azione 9.2.1 – "Interventi di presa in carico multi professionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health] su scala territoriale. Interventi di politica attiva specificamente rivolti alle persone con disabilità".

Hanno partecipato alla realizzazione del Progetto:

Pietro Checcucci (coordinamento)
Laura Bertini
Lucia Chiurco
Martina Cresci
Raffaella Franceschelli
Alessandra Innamorati
Daniela Pavoncello
Simona Salis
Francesca Taricone

Testo a cura di Lucia Chiurco, Raffaella Franceschelli, Francesca Taricone

Autori:
Lucia Chiurco (capp. 1, 2); Raffaella Franceschelli (cap. 3); Francesca Taricone (cap. 3).

Indice

Indice....3

Introduzione 4

1. Nota metodologica 6

2. La presa in caprico multiprofessionale....8

2.1 Dal progetto individuale al progetto personale 8

2.2 Il recepimento del nuovo modello di presa in carico nell'ordinamento nazionale. Una rassegna dei provvedimenti più recenti. 9

2.3 La diffusione dei principi della progettazione personale grazie alle sperimentazioni territoriali 13

2.4 Le équipe multiprofessionali e gli aspetti di multidisciplinarità della presa in carico ...14

2.5 La promozione degli aspetti multidisciplinari grazie agli avvisi pubblici finanziati con risorse FSE....20

2.6 La promozione degli aspetti multidisciplinari grazie alle sperimentazioni territoriali ..24

2.7 Potenziamento delle équipe multiprofessionali 25

2.8 Funzioni e compiti 26

2.9 Progettazione personale e autodeterminazione delle persone con disabilità....36

3. L'utilizzo a livello locale dell'ICF 39

3.1 Rapporto tra valutazione e classificazione....39

3.2 La confrontabilità statistica delle informazioni....42

3.3 Strumenti di valutazione del contesto lavorativo 44

Bibliografia 48

Allegati 50

Allegato 1 - Riferimenti normativi nazionali e regionali....51

Allegato 2 – Avvisi pubblici consultati 63

Allegato 3 - Casi regionali....66

Allegato 4 - Griglia per la classificazione delle informazioni raccolte 84

Allegato 5 – Azioni indirizzate a persone con disabilità 87

Allegato 6 – Slides introduttive al seminario tecnico del 29 novembre 2011.....112

Introduzione

L'elaborazione di strategie e metodologie di intervento efficaci di contrasto alla diseguaglianza sociale e alla discriminazione cui risultano esposte le persone con disabilità assume particolare rilevanza nel contesto della effettiva partecipazione al sistema economico e produttivo. A riguardo, la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità riconosce, nell'art.27, il diritto al lavoro delle persone con disabilità, includendo l'opportunità di mantenersi attraverso la propria attività lavorativa e la libertà di scelta all'interno di un ambiente lavorativo inclusivo ed accessibile. Gli Stati devono pertanto impegnarsi a: rimuovere ogni forma di discriminazione sul lavoro; proteggere il diritto delle persone con disabilità ad avere condizioni lavorative giuste e favorevoli, comprese l'eguaglianza di opportunità e remunerazione, nonché i diritti sindacali; permettere alle persone con disabilità di avere accesso ai programmi di orientamento e formazione professionale; promuovere le opportunità di impiego e avanzamento di carriera/reintegrazione al lavoro; promuovere la possibilità di svolgere lavoro autonomo ed imprenditoriale o lavorare, sia nel settore pubblico che nel settore privato; garantire che le stesse non siano tenute in schiavitù o in stato servile o svolgano lavoro coatto. Il diritto al lavoro sancito dalla Convenzione deve peraltro essere reso effettivo garantendo a sua volta alla persona con disabilità il rispetto del diritto ad una vita indipendente (art. 19), l'autonomia nel movimento e negli spostamenti (art. 20) e al rafforzamento dei servizi e programmi di abilitazione e riabilitazione finalizzati a permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali e professionali ed il pieno inserimento e la partecipazione in tutti gli ambiti della vita (art. 26).
Come messo in evidenza anche nel contesto del Primo e del Secondo Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità (ai sensi della Legge 3 marzo 2009, n. 18), gli interventi pubblici e quelli sviluppati in un contesto di co-progettazione con il terzo settore, si trovano nella necessità di predisporre un approccio multiprofessionale per far fronte al carattere multidimensionale dell'esclusione delle persone con disabilità dalla sfera lavorativa. Ciò richiede di creare le opportune sinergie e di predisporre strumenti idonei di presa in carico che consentano all'utente di muoversi lungo un percorso coerente finalizzato al riconoscimento della condizione di disabilità e alla predisposizione degli opportuni interventi di politica attiva, dotati di una elevata capacità di integrazione.
Le caratteristiche di multidimensionalità della disabilità e il forte radicamento nei contesti ambientali locali e individuali delle determinanti di esclusione sociale e discriminazione richiedono da tempo ai servizi competenti di dotarsi di strumenti e procedure utili a predisporre interventi caratterizzati da un forte grado di personalizzazione.
A riguardo è opportuno richiamare lo sforzo compiuto, sia nell'ambito delle politiche sociali che socio-sanitarie, di predisporre modalità di accesso ai servizi il più possibile unitarie sul territorio e organizzate per fornire all'utente procedure di valutazione delle sue condizioni e dei suoi bisogni secondo un approccio anch'esso multidimensionale, finalizzato alla elaborazione condivisa e partecipata di un progetto di intervento individualizzato e coerente con la valutazione della propria condizione secondo l'approccio bio-psico-sociale prefigurato dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. A riguardo il modello dell' International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dell'OMS ha rappresentato, sin dalle sue prime sperimentazioni in Italia, un utile ambito di riferimento grazie a caratteristiche quali: la visione della disabilità come un aspetto universale dell'umanità; l'inclusione dei fattori ambientali nello schema di classificazione; l'evitare qualsiasi terminologia negativa adottando una classificazione positiva dei livelli di funzionamento umano; il non fare differenza fra il fisico e il

mentale, definendo operativamente tutti i livelli di disabilità senza riferimenti a cosa possa causare il problema; la maggiore attenzione all'analisi del contesto personale, sociale e fisico dell'interessato.

Il presente Report è il prodotto dell'attività di Supporto alle attività di coordinamento interistituzionale e tra Programmi Operativi sui temi della Disabilità svolta da INAPP e finanziata con risorse del Fondo Sociale europeo nell'ambito dell'Asse 4 PON Inclusione (Capacità amministrativa). Il progetto si inserisce nell'ambito della priorità di investimento 11.ii dell'Asse 4, finalizzata a "Sviluppare la capacità di tutte le parti interessate che operano nei settori dell'istruzione, dell'apprendimento lungo tutto l'arco della vita, della formazione e delle politiche sociali, anche attraverso patti settoriali e territoriali di mobilitazione per una riforma a livello nazionale, regionale e locale", e in particolare nell'azione 11.3.6 del PON Inclusione, relativa alle "Azioni di sviluppo e rafforzamento della collaborazione in rete inter istituzionale e di coinvolgimento degli stakeholders, con particolare riferimento ai servizi sociali, ai servizi per l'impiego, ai servizi per la tutela della salute, alle istituzioni scolastiche e formative".

Tale azione rientra tra quelle identificate nell'Accordo di partenariato come "comune tra i PO o con struttura definita", per le quali risulta necessario garantire omogeneità nell'impostazione e attuazione tra PO diversi, definendo una sorta di protocollo comune che ne identifichi le caratteristiche essenziali e le modalità attuative. L'azione è diretta principalmente all'individuazione di modelli gestionali e organizzativi per aumentare l'efficacia delle misure nell'ambito degli interventi sociali e di politica attiva del lavoro rivolti alle persone con disabilità (PcD), nonché al rafforzamento delle competenze nella gestione dei servizi, delle istituzioni, degli operatori e degli stakeholder, sia a livello territoriale che a livello centrale.

Il Report si compone della presente introduzione, di una nota metodologica, tre capitoli e alcuni allegati. Il capitolo sulla presa in carico basata sulla valutazione multidimensionale e la progettazione personale esamina brevemente le più recenti norme nazionali che contengono riferimenti sul tema e sottolinea come le esperienze territoriali di Budget di salute e Vita Indipendente abbiano promosso la diffusione della progettazione personale nei contesti regionali. Riporta inoltre i risultati dell'analisi svolta a livello di Regioni e Province Autonome sulla composizione delle équipe multiprofessionali, gli aspetti di multidisciplinarità e interdisciplinarità del lavoro di rete, le funzioni e i compiti delle équipe e gli strumenti di valutazione utilizzati. Il capitolo si chiude con un paragrafo sulle modalità rilevate di predisposizione del progetto personale, con una particolare attenzione alla partecipazione della persona con disabilità o di chi la rappresenta. I paragrafi del capitolo sono articolati in box che danno rilievo ai provvedimenti regionali di disciplina delle équipe e agli avvisi pubblici finanziati con la programmazione regionale a valere sulle risorse delle Fondo sociale europeo. Il terzo capitolo ripercorre i principali interventi regionali che hanno interessato diverse sperimentazioni volte ad applicare il sistema di Classificazione Internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità – ICF nelle politiche di inserimento lavorativo delle persone con disabilità. Il capitolo contiene gli strumenti di valutazione maggiormente utilizzati dalle Regioni in rapporto al nuovo concetto di salute e di disabilità introdotto dall'ICF e dalla Convezione ONU. In ultimo viene rilevata l'importanza dell'utilizzo dell'ICF come strumento di raccolta dati e statistiche sulla disabilità adeguato a descrivere la condizione delle persona con disabilità nei vari contesti di vita e la necessità di uniformare i linguaggi e le informazioni raccolte da i vari attori al fine costruire al meglio un progetto personalizzato per una piena inclusione della persona con disabilità.

1. Nota metodologica

La finalità del progetto Supporto alle attività di coordinamento interistituzionale e tra Programmi Operativi sui temi della Disabilità finanziato con Risorse del Fondo Sociale europeo nell'ambito dell'Asse 4 PON Inclusione (Capacità amministrativa) è sostenere l'Autorità di Gestione del PON Inclusione per le attività di coordinamento tra i diversi livelli di governo e nel confronto con gli stakeholder, in riferimento alle misure rivolte alle persone con disabilità, con particolare riferimento alle azioni finanziate dal Fondo sociale europeo e in particolare all'azione 9.2.1 – "Interventi di presa in carico multi professionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health] su scala territoriale. Interventi di politica attiva specificamente rivolti alle persone con disabilità".

L'azione, articolata in due attività - Supporto agli interventi di presa in carico multi professionale e agli interventi di politica attiva specificamente rivolti alle persone con disabilità; Supporto alla promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF su scala territoriale - è diretta principalmente all'individuazione di modelli gestionali e organizzativi per aumentare l'efficacia delle misure nell'ambito degli interventi sociali e di politica attiva del lavoro, nonché al rafforzamento delle competenze nella gestione dei servizi, delle istituzioni, degli operatori e degli stakeholders, sia a livello territoriale (Ambiti territoriali e Comuni) che a livello centrale.

La scelta metodologica è stata quella di analizzare per primo il versante sociale e socio sanitario per mettere a fuoco le modalità di presa in carico, di valutazione multidisciplinare e progettazione di interventi perché proprio in quegli ambiti tali modalità di lavoro hanno avuto origine, per poi spostare l'attenzione su altri versanti, in particolare quello del lavoro. La ricognizione è stata svolta attraverso una griglia per la classificazione delle informazioni (Allegato 4) è stata svolta una ricognizione desk sull'intero territorio nazionale che ha permesso di analizzare dispositivi normativi emanati da Regioni e Province Autonome in ambito sociale, sanitario, educativo, formativo e del lavoro, documenti della programmazione socio sanitaria e di quella comunitaria, compresi gli aspetti attuativi della programmazione (avvisi e progetti FSE). Le dimensioni che sono state scelte per l'analisi hanno permesso di rilevare, quando presenti, informazioni rispetto alla composizione delle équipe multiprofessionali, gli aspetti di multidisciplinarità e interdisciplinarità del lavoro di rete, i modelli organizzativi adottati, gli strumenti e i metodi di lavoro. Inoltre sono stati approfonditi gli aspetti relativi alla modalità di predisposizione del progetto personale, con una particolare attenzione alla partecipazione della persona con disabilità o di chi la rappresenta, e, infine, le modalità di monitoraggio e valutazione degli interventi previsti dal progetto stesso. Rispetto all'ICF è stato rilevato se il modello bio-psico-sociale è alla base della valutazione multidisciplinare e se rappresenta un supporto alla predisposizione delle prestazioni; sono state anche esplorate le possibili forme di utilizzo rispetto al management delle informazioni, l'allocazione delle risorse, la misurazione dell'efficacia degli interventi e la valutazione degli outcome, ecc. Un'attenzione specifica è stata posta all'individuazione di percorsi formativi per facilitare l'adozione e l'utilizzo tra gli operatori dell'ICF, in particolare attraverso l'investimento di risorse della programmazione regionale a valere sul FSE. Infine, rispetto alle misure finanziate dai POR FSE 2014-2020 ci si è posti l'obiettivo di rilevare l'impegno delle amministrazioni nella sperimentazione o il consolidamento di misure di politica attiva per le persone con disabilità basate sulla presa in carico multiprofessionale e l'utilizzo di strumenti di valutazione in applicazione del modello ICF.

Oltre all'analisi desk, il 29 novembre 2017 è stato realizzato un seminario tecnico di confronto in modalità on line, finalizzato a condividere con gli stakeholder regionali le informazioni raccolte a livello territoriale su modelli di intervento e strumenti utilizzati sui temi della presa in carico multiprofessionale delle persone con disabilità e la promozione, diffusione e personalizzazione del modello ICF su scala territoriale. La partecipazione dei referenti regionali è stata sollecitata attraverso invio di e-mail e contatti telefonici, a cui ha fatto seguito l'invio di un documento di lavoro di presentazione sia delle finalità dell'incontro a distanza che delle prime evidenze della ricerca. All'incontro, realizzato grazie all'applicativo Adobe connect meeting, avevano dato la propria adesione varie amministrazioni, tuttavia i problemi tecnici relativi alle singole postazioni delle amministrazioni hanno, in alcuni casi, impedito di effettuare il collegamento on line. Hanno partecipato all'incontro tecnico le referenti delle Regioni Lombardia, Piemonte, Liguria e Sardegna e la referente del Centro Collaboratore Italiano dell'OMS per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali, la dott.ssa Lucilla Frattura. Tra le varie funzionalità dell'applicativo Adobe connect meeting, la condivisione di documenti ha rappresentato una utile modalità per animare la partecipazione. Per facilitare il confronto sono state infatti presentate alcune slide in power point sui temi oggetto della ricerca che ne presentavano i primi risultati e sollecitavano la discussione attraverso l'individuazione di questioni aperte.
Per esplorare più esaustivamente il tema dell'utilizzo dell'ICF, è stata successivamente svolta in data 6 dicembre 2017 una intervista telefonica di approfondimento alla dott.ssa Lucilla sul modello ICF, sulla sua diffusione in Italia nei diversi ambiti di intervento, in particolare quello lavorativo, nonché sui progetti e le ricerche realizzate sul tema ICF. L'intervista e gli elementi di maggiore interesse emersi nell'ambito del seminario sono riportati nel presente Report.

2. La presa in caprico multiprofessionale

2.1 Dal progetto individuale al progetto personale

La progettazione di misure, sostegni, prestazioni, nell'ambito della presa in carico multiprofessioanle delle persone con disabilità, riconosciuta come Livello Essenziale di Assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale, è lo strumento per realizzare la piena inclusione di tali persone nella vita familiare e sociale e nell'ambito di percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, così come indicato dalla L. 328/2000. La Legge Quadro sull'integrazione socio sanitaria configura un modello di servizi e interventi incentrato su un *progetto individuale* basato su una presa in carico globale che si attiva su sollecitazione dei Comuni e ASL, da parte della persona interessata. Questi provvedono a redigere, sulla scorta di una *valutazione diagnostico-funzionale*, un progetto individuale che comprende le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del SSN, i servizi alla persona erogati dal Comune *"in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale."* (art. 14).
Il progetto individuale così disciplinato dalla norma ha subito negli anni una importante evoluzione sia per gli aspetti legati alla valutazione, che ha assunto nel tempo il carattere della multidimensionalità, sia per il ruolo attivo progressivamente riconosciuto alle persone con disabilità dalle norme internazionali e nazionali. L'articolo 14 fa infatti riferimento alla "valutazione diagnostico-funzionale" non ancora alla "valutazione multidimensionale", successivamente recepita nella legislazione nazionale, e non indica espressamente la necessità del coinvolgimento della persona con disabilità e della sua famiglia nella redazione di tale progetto. L'evoluzione è segnata quindi da due elementi: il primo è il passaggio dalla diagnosi funzionale, che considera i problemi di funzionamento, al profilo di funzionamento, ossia l'analisi dell'interazione tra persona e ambiente che illustra dove i problemi sono stati superati dai fattori ambientali – come specificato dalla dott.ssa Lucilla Frattura in occasione dell'intervista realizzata - Il secondo elemento è l'introduzione del principio della partecipazione attiva della persona con disabilità.
Gli elementi innovativi introdotti nella progettazione derivano dalla nuova prospettiva di analisi della disabilità adottata dalla comunità internazionale che pone al centro il tema dell'uguaglianza e della cittadinanza. La graduale affermazione della centralità dei diritti a partire dagli anni 70 e il superamento del modello medico, che considerava la disabilità un problema individuale di salute, ha portato come primo esito alla definizione da parte dell'OMS della Classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute ICF del 2001 che considera la *disabilità come il risultato della relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive e che possono rappresentare ostacoli e facilitatori*. Il processo di affermazione del nuovo modello interpretativo basato sulle dimensioni bio-psico sociali e sulla centralità dei diritti umani ha portato successivamente alla approvazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006. Rilevante ai fini della presente analisi sono proprio il riconoscimento della disabilità in rapporto dinamico con l'ambiente[1]; l'assunzione dell'approccio multidisciplinare in materia di

[1] Alla Lettera e) del Preambolo della Convenzione si riconosce che "la disabilità è un concetto in evoluzione e che la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere

valutazione (art. 26)[2]; il riconoscimento della libertà di scelta e del ruolo attivo della persona con disabilità nei processi decisionali che lo riguardano direttamente (Lettere *n* e *o* del Preambolo della CRPD). Questi elementi definiscono l'oggetto di attenzione della presente analisi volta a verificare quanto il cambio di paradigma in materia di disabilità, in particolare rispetto all'importanza degli aspetti ambientali collegati alla valutazione della condizione di disabilità e al principio dell'autodeterminazione, sia stato recepito a livello regionale negli aspetti di regolamentazione e attuazione, mantenendo comunque uno sguardo anche all'ordinamento nazionale (cfr. par. 2.2). L'evoluzione sopra citata in materia di progettazione di percorsi, interventi, prestazioni per la persona con disabilità porta al superamento del concetto stesso di presa in carico e alla trasformazione del *progetto individuale*, in quanto riferito alla specifica persona, in *progetto personale* che la considera in relazione al suo ambiente di vita alla luce del nuovo modello bio-psico-sociale.
Un contributo agli aspetti definitori relativi alla presa in carico è offerto dal lavoro realizzato in seno all'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità (OND) che ha operato nella prospettiva della condivisione e adozione di principi per orientare politiche e programmi e di criteri per la gestione dei servizi e delle prestazioni. Tale lavoro ha permesso di mettere a fuoco le caratteristiche essenziali della progettazione personale per le persone con disabilità. È stato infatti declinato in maniera più articolata e rispondente ai principi della Convenzione ONU, sia a livello concettuale che operativo, il tema della progettazione personale consentendo di raggiungere un maggior grado di condivisione, anche sotto l'aspetto semantico, tra i partecipanti all'Osservatorio: i rappresentanti delle Amministrazioni centrali e periferiche, delle associazioni di tutela e rappresentanza, delle forze sociali, del mondo accademico e della ricerca.
A tale riguardo si riporta la definizioni di *progetto personale* adottata dall'Osservatorio nel documento Schema di Linee comuni per l'applicazione dell'articolo 19 della Convenzione ONU[3]:

> Per "progetto personale" si intende *un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona con disabilità e la sua inclusione, redatto con la sua diretta partecipazione o di chi lo rappresenta, previa valutazione della sua specifica situazione in termini di funzioni e strutture corporee, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, aspirazioni, oltre che da una valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia.*

2.2 Il recepimento del nuovo modello di presa in carico nell'ordinamento nazionale. Una rassegna dei provvedimenti più recenti.

Nella progettazione di azioni integrate di misure, sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona con disabilità e la sua inclusione è fondamentale per i servizi tener conto della centralità della persona, favorendo lo sviluppo della

---

comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri.

[2] L'articolo 26 su Abilitazione e riabilitazione sancisce che "Gli Stati Parti prenderanno misure efficaci e appropriate, tra cui il sostegno tra pari, per permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, la piena abilità fisica, mentale, sociale e professionale, e di giungere alla piena inclusione e partecipazione in tutti gli ambiti della vita. A questo scopo, gli Stati Parti organizzeranno, rafforzeranno e estenderanno servizi e programmi complessivi per l'abilitazione e la riabilitazione, in particolare nelle aree della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali, in modo che questi servizi e programmi: a) abbiano inizio nelle fasi più precoci possibili e siano basati su una valutazione multidisciplinare dei bisogni e dei punti di forza dell'individuo (…)"

[3] Il documento è stato redatto e formalmente trasmesso dal Gruppo di Lavoro 2 al Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio nazionale, ed è stato diffuso nell'ambito della V Conferenza Nazionale sulle politiche in materia di disabilità tenutasi a Firenze il 16 e 17 settembre 2016. È pubblicato sul sito http://www.osservatoriodisabilita.it/

consapevolezza in relazione alle proprie scelte. L'affermazione di questo principio comporta un cambiamento culturale perché scardina il sistema dei servizi basato sull'offerta delle prestazioni - logica dello sportello – che non considera la complessità dei bisogni né vede le persone e le comunità come risorse per la soluzione dei problemi. Le politiche pubbliche, dal sostegno dell'offerta dei servizi devono orientarsi maggiormente verso il sostegno della domanda; mentre gli operatori devono acquisire capacità di ascolto e valutazione, devono riconoscere un ruolo attivo alla persona, rinunciando a una parte di "sovranità" nella relazione, affinché essa possa avere risposte al proprio obiettivo di vita. Sulla base di queste considerazioni si potrebbe parlare di superamento dello stesso concetto di *presa in carico* per considerare la persona destinataria degli interventi capace di attivarsi e rigenerare il tessuto economico e civile. Nei provvedimenti nazionali di più recente adozione riguardanti la disabilità, o in generale i temi dell'assistenza e dell'inclusione, è possibile rilevare che la *progettazione individuale* ex art. 14 assume gli aspetti della *progettazione personale* basata sulla valutazione multidimensionale e la partecipazione attiva della persona con disabilità. L'elemento della partecipazione risulta tuttavia non sempre chiaramente esplicitato, sebbene, dopo la ratifica della Convenzione da parte dell'Italia, con la legge 3 marzo 2009, n. 18, diviene fondamentale per poter dare concreta attuazione ai principi convenzionali di libertà di scelta, pari opportunità e consapevolezza.
Tra i provvedimenti si segnalano quei decreti governativi intervenuti in materia di mercato del lavoro, Dopo di noi, Livelli essenziali di assistenza, sostegno scolastico, e, infine, di contrasto della povertà. Tutti prevedono progetti per l'inclusione e, sebbene facciano ricorso a diverse terminologie - *Progetti personalizzati di inserimento lavorativo, Piano educativo individualizzato, Progetto personalizzato, Progetto di assistenza individuale, Progetto Riabilitativo Individuale* – hanno come comune denominatore la valutazione multidimensionale come step propedeutico alla progettazione. Non sempre, come anticipato, fanno riferimento in maniera esplicita al coinvolgimento diretto della persona con disabilità nella redazione dei progetti che li riguardano, tuttavia se la valutazione multidimensionale fosse applicata in maniera coerente nell'analisi delle dimensioni ambientali, i valutatori - come sottolineato dalla dott.ssa Lucilla Frattura in occasione dell'intervista realizzata - non dovrebbero prescindere dal punto di vista delle persona per la quale si definisce il progetto di inclusione. Se la valutazione per sua natura richiede un lavoro di équipe, nei provvedimenti qui esaminati non sempre si fa esplicito riferimento agli aspetti multiprofessionali così come non sempre sono citati i *responsabili del caso* o le misure di monitoraggio e valutazione dei progetti stessi.
Il decreto sul Dopo di noi rappresenta un'importante opportunità per i servizi territoriali di organizzarsi secondo i principi della progettazione personale per la necessità di Regioni e PP.AA. di adottare programmi per l'attuazione della norma nazionale.

Assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

La legge 112/2016 che reca disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare prevede misure integrate di assistenza, cura e protezione con il coinvolgimento delle persone interessate nel progetto individuale di cui all'articolo 14 della legge 328/2000. Il Decreto Ministeriale 23 novembre 2016 di attuazione della Legge stabilisce che il progetto personalizzato intorno al quale i servizi organizzano in maniera integrata le risposte ai bisogni emersi proprio in sede di valutazione multidimensionale preveda la definizione dei sostegni, interventi, prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie, un budget di progetto, "*quale insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali da poter utilizzare in maniera flessibile, dinamica ed integrata*"; un *case manager*, "*che ne curi la realizzazione e il monitoraggio, attraverso il coordinamento e l'attività di impulso verso i vari soggetti responsabili della realizzazione dello stesso*"; modalità di "*monitoraggio, verifica periodica ed eventuale revisione, tenuto conto della soddisfazione e delle preferenze della persona con disabilità grave*". Nella definizione del progetto deve prevedersi la più ampia partecipazione della persona con disabilità grave, tenendo conto dei suoi desideri e dei suoi bisogni, "*garantendole la possibilità di autodeterminarsi e il rispetto della libertà di scelta*" coerentemente all'articolo 19, comma 1, lettera a), della Convenzione ONU.

L'accesso agli interventi (si tratta principalmente di percorsi di accompagnamento verso l'autonomia; supporto alla domiciliarità; accrescimento della consapevolezza di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento della maggiore possibile autonomia; soluzioni alloggiative innovative) è preceduto da una valutazione multidimensionale, effettuata da équipe multi professionali in cui siano presenti almeno le componenti clinica e sociale, secondo i principi della valutazione bio-psico-sociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF. La valutazione multidimensionale analizza in particolare almeno le seguenti aree: della cura della propria persona, della mobilità, della comunicazione ed altre attività cognitive, delle attività strumentali e relazionali della vita quotidiana.

Anche il DPCM sui LEA Sanitari stabilisce che Regioni e PP.AA. devono organizzare le loro attività sulla base dei medesimi principi .

Livelli Essenziali di Assistenza

Nel DPCM 12 gennaio 2017 di Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza si ribadisce (Art. 21) che il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni e le Regioni e le Province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza. Si stabilisce inoltre che Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'Unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Il Decreto sul contrasto alla povertà, che istituisce il Reddito di inclusione, e considera tra i requisiti familiari di accesso alla misura la presenza di una persona con disabilità, articola un sistema di intervento per le persone in condizione di povertà e a rischio di esclusione in cui si rilevano chiaramente gli elementi, riportati nel par.2.1, alla base della presa in carico per le persone con disabilità e quindi della progettazione personale.

Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale

Il Decreto legislativo n. 147 del 15 settembre 2017 istituisce il Reddito di inclusione, denominato «ReI», quale misura unica a livello nazionale di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale che si compone di un beneficio economico, erogato mensilmente attraverso una carta di pagamento elettronica (Carta REI) e di un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa, definito in esito alla valutazione multidimensionale sotto la regia dei servizi sociali del Comune e sottoscritto dai componenti il nucleo familiare. Il decreto definisce la «presa in carico» quale funzione esercitata dal servizio sociale professionale in favore di una persona o di un nucleo familiare in risposta a bisogni complessi che richiedono interventi personalizzati di valutazione, consulenza, orientamento, attivazione di prestazioni sociali, nonché attivazione di interventi in rete con altre risorse e servizi pubblici e privati del territorio, al fine di identificare percorsi di accompagnamento verso l'autonomia. La valutazione multidimensionale (Art. 5) è finalizzata ad identificare i bisogni del nucleo familiare e dei suoi componenti, tenuto conto delle risorse e dei fattori di vulnerabilità del nucleo, nonché dei fattori ambientali e di sostegno presenti. Laddove, in esito all'analisi preliminare, emerga la necessità di sviluppare un quadro di analisi approfondito, è costituita una *équipe* multidisciplinare composta da un operatore sociale identificato dal servizio sociale competente e da altri operatori afferenti alla rete dei servizi territoriali, identificati dal servizio sociale a seconda dei bisogni del nucleo più rilevanti emersi a seguito dell'analisi preliminare, con particolare riferimento ai servizi per l'impiego, la formazione, le politiche abitative, la tutela della salute e l'istruzione. In esito alla valutazione multidimensionale, è definito un progetto personalizzato (art. 6), sottoscritto dai componenti il nucleo familiare. Il progetto individua, sulla base dei fabbisogni del nucleo familiare emersi dalla valutazione multidimensionale gli obiettivi generali e i risultati; i sostegni, in termini di

specifici interventi e servizi, gli impegni a svolgere specifiche attività. Il progetto personalizzato è definito con la più ampia partecipazione del nucleo familiare, in considerazione dei suoi desideri, aspettative e preferenze con la previsione del suo coinvolgimento nel successivo monitoraggio e nella valutazione, nonché promuovendo, laddove possibile, anche il coinvolgimento attivo dei minorenni per la parte del progetto a loro rivolto. Il progetto personalizzato individua una figura di riferimento che ne curi la realizzazione e il monitoraggio, attraverso il coordinamento e l'attività di impulso verso i vari soggetti responsabili della realizzazione dello stesso e definisce metodologie di monitoraggio, verifica periodica ed eventuale revisione, tenuto conto della soddisfazione e delle preferenze dei componenti il nucleo familiare. Nel caso il componente del nucleo familiare sia già stato valutato dai competenti servizi territoriali e disponga di un progetto per finalità diverse da quelle di cui al presente decreto a seguito di precedente presa in carico, la valutazione e la progettazione sono integrate secondo i principi e con gli interventi e i servizi previsti dal presente articolo.

Infine, si riportano i decreti di attuazione delle leggi di riforma della scuola e del mercato del lavoro in cui si fa riferimento alla valutazione in accordo alla classificazione ICF.

Inclusione scolastica

In materia di diritto all'istruzione per alunni e studenti con disabilità, il Piano Educativo Individualizzato (PEI) è stato oggetto di una nuova disciplina con il D.lgs. 66/2017 che prevede che venga redatto sulla base del profilo di funzionamento secondo il modello biopsicosociale. Il profilo di funzionamento ricomprende la diagnosi funzionale e il profilo dinamico funzionale (modifica all' art. 12 della l. 104/92), redatto dall'Unità di valutazione multidimensionale[4]. Il PEI che definisce competenze professionali, misure di sostegno e risorse strutturali necessari all'inclusione scolastica, è redatto con la partecipazione dei genitori e un rappresentante della scuola. Il decreto prevede la definizione di linee guida per la definizione dei criteri contenuti e modalità di redazione del profilo di funzionamento secondo la classificazione ICF.

Inclusione lavorativa

In ambito lavorativo, il D.Lgs. 14 settembre 2015, n. 151 prevede che siano emanate Linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità sulla base dei alcuni principi tra cui: l'individuazione di modalità di valutazione bio-psico-sociale della disabilità, definizione dei criteri di predisposizione dei progetti di inserimento lavorativo che tengano conto delle barriere e dei facilitatori ambientali rilevati, definizione di indirizzi per gli uffici competenti funzionali alla valutazione e progettazione dell'inserimento lavorativo in ottica bio-psico-sociale; d) analisi delle caratteristiche dei posti di lavoro da assegnare alle persone con disabilità, anche con riferimento agli accomodamenti ragionevoli che il datore di lavoro è tenuto ad adottare; e) promozione dell'istituzione di un responsabile dell'inserimento lavorativo nei luoghi di lavoro, con compiti di predisposizione di progetti personalizzati per le persone con disabilità (…)

[4] Medico specialista , neuropsichiatra infantile, terapista della riabilitazione, assistente sociale.

2.3 La diffusione dei principi della progettazione personale grazie alle sperimentazioni territoriali

Passando dall'analisi di atti governativi a quelli delle amministrazioni regionali, il recepimento del modello bio psico sociale e del principio di autodeterminazione si può riscontrare in numerosi atti delle Regioni e Province autonome in particolare in quelli relativi ai Programmi regionali per il Dopo di noi e alle sperimentazioni territoriali in materia di Budget di salute e Vita Indipendente, sperimentazioni che contengono importanti potenzialità per lo sviluppo degli elementi cardine della progettazione personale. Considerato che l'attuazione del Dopo di noi è oggetto di un recente Report del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, in questo paragrafo si fa riferimento esclusivamente alle due sperimentazioni territoriali su menzionate.
Il Budget di salute inteso come "*definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire a una persona, attraverso un progetto personale globale, un funzionamento sociale adeguato, alla cui elaborazione partecipano principalmente la persona con disabilità stessa, la sua famiglia e la sua comunità, ottimizzando l'uso delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata*" mette chiaramente al centro la persona il suo progetto di vita, tuttavia il ricorso a tale strumento sconta i limiti ancora presenti territorialmente nelle pratiche di valutazione, delle modalità di funzionamento delle équipe multiprofessionali, l'utilizzo della progettazione personalizzata poco strutturato: si tende a considerare più la diagnosi che non la valutazione multidimensionale. Come evidenziato nel rapporto elaborato dall'INAPP in esito alla *Ricognizione sulla progettazione personalizzata e il budget di salute,* tale dispositivo nelle sue realizzazioni non è ancora un'assegnazione di risorse riconosciuta pienamente al cittadino, alla persona con disabilità, ma rimane sostanzialmente un trasferimento al sistema dei servizi. Questa configurazione non sembra raggiungere il potenziale che può derivare dallo spostamento del baricentro verso l'autodeterminazione della persona con disabilità, così come avviene in alcune delle esperienze straniere analizzate dove assume appunto la denominazione di *personal budget*. L'attuazione del Budget di salute richiede poi una elevata integrazione tra interventi diversi: abilitativi e riabilitativi, educativi, di socializzazione e inclusione attiva, proprio perché l'idea centrale è quella di partire dalla persona, considerata nella sua globalità e nella multidimensionalità dei suoi bisogni, superando la logica della prestazione.
Rispetto alle sperimentazioni in materia di diritto alla Vita Indipendente, si può affermare che grazie ad esse il processo di affermazione e diffusione del nuovo approccio culturale in tema di disabilità abbia ricevuto un maggiore impulso. Ciò è avvenuto anche grazie al finanziamento da parte del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali di sperimentazioni in tale materia sulla base di Linee guida per l'attuazione. I finanziamenti ministeriali hanno permesso in alcuni casi di consolidare le esperienze regionali già avviati con la L. 162/98[5] e, in altri, di promuovere per la prima volta nuove progettazioni negli ambiti territoriali, coerentemente con i principi della Convenzione ONU (art. 19). Forme e modalità diverse di progettazione per la vita indipendente erano già sperimentate a livello territoriale a partire dai primi anni del 2000 nei casi in cui gli amministratori locali si erano dotati di programmi in attuazione della norma nazionale. Successivamente il Ministero del Lavoro è intervenuto per ricondurre tali esperienze ad unitarietà e promuovere nuove sperimentazioni. In alcuni casi, in base ai risultati del monitoraggio condotto da INAPP dei progetti finanziati con il primo Avviso del 2013, decreto n. 266/2013[6], si è trattato della prima opportunità per i servizi territoriali di sperimentare il lavoro in équipe, avviare nuove forme di collaborazione tra i diversi Servizi e le Unità di valutazione multidisciplinare, predisporre strumenti di valutazione basati su ICF, coinvolgere attivamente le persone con disabilità nella redazione di progetti personali. L'ultimo Avviso del 2015 e le Linee guida che lo corredano stabiliscono che "*È requisito essenziale per la richiesta di finanziamento la presenza nei territori*

[5] La norma che introduce un primo riferimento nell'ordinamento nazionale al diritto alla vita indipendente, prevede la possibilità per le Regioni "*di disciplinare, nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia.*"

[6] Inapp, Report tecnico *Monitoraggio e valutazione dei progetto per la vita indipendente* (bozza), Roma 2017

coinvolti di servizi che dispongano di un modello di presa in carico delle persone con disabilità che preveda l'utilizzo di modalità di valutazione multidimensionale finalizzato alla elaborazione di piani e progetti individualizzati. (…) I progetti proposti dalle Regioni devono in particolare prevedere il supporto al contestuale rafforzamento del diritto del cittadino con disabilità e del dovere del sistema dei servizi di elaborare in accordo e condivisione una progettazione personalizzata che coinvolga in modo diretto la persona con disabilità (e, ove opportuno, la sua famiglia), ponendo anche attenzione al valore della motivazione della persona a partecipare a percorsi di vita indipendente". Inoltre, viene richiesto agli ambiti che si candidano al finanziamento di *"descrivere le modalità di coinvolgimento della persona con disabilità (e della sua famiglia, ove opportuno) nella elaborazione del progetto individualizzato e di indicare eventuali modalità di coinvolgimento diretto per la redazione del progetto, anche prima della valutazione multidimensionale, e nella successiva fase di elaborazione e costruzione del progetto stesso".*

2.4 Le équipe multiprofessionali e gli aspetti di multidisciplinarità della presa in carico

L'équipe per la presa in carico multiprofessionale della persona con disabilità nella sua globalità rappresenta il luogo dell'incontro tra professionisti appartenenti a settori diversi e metodologie di lavoro differenti, dove è possibile far convergere dati, riflessioni, valutazioni sulla condizione delle persone con disabilità, condividere obiettivi, delineare progetti e interventi, monitorarne gli andamenti e valutarne gli esiti. Spesso nelle realtà territoriali tali équipe coincidono con le Unità di Valutazione istituite presso i distretti sanitari e composte da figure professionali afferenti ai servizi sociali e sanitari del Comune e Distretto/ASL competenti, che hanno il compito di svolgere la valutazione multidimensionale della condizione specifica della persona con disabilità e definire i progetti personali, attivando percorsi integrati nell'ambito del sistema sociosanitario.
Il loro corretto funzionamento presuppone uno stretto raccordo funzionale tra tutti i servizi sanitari e sociosanitari del distretto e con quelli sociali dell'ambito territoriale di riferimento, e richiede il rafforzamento degli aspetti di multidisciplinarità nel lavoro di rete, come prefigutato nei dispositivi di alcune Regioni e PP. AA. In Emilia Romagna, ad esempio, il Piano sociale e sanitario 2017-2019 afferma l'importanza di sostenere attivamente la valorizzazione della comunità di professionisti competenti e in rete: l'implementazione di uno stile di lavoro per équipe multiprofessionali e interdisciplinari, che operano sulla base di una progettazione socio-sanitaria, di programmi e percorsi assistenziali rappresenta infatti il principale strumento per rendere concreta l'opportunità offerta dalle Case della Salute[7], il nuovo modello organizzativo che la Regione sta realizzando su tutto il suo territorio.

Il Piano afferma che l'integrazione professionale che si può realizzare attraverso l'équipe multiprofessionale, l'erogazione congiunta di attività assistenziali e la ricerca-azione dell'approccio comunitario, garantiscono la massima efficacia degli interventi e si realizzano attraverso la partecipazione delle figure professionali alla definizione delle linee organizzative, la realizzazione di processi condivisi, la predisposizione di un sistema informativo in rete e la realizzazione di moduli formativi comuni. "Se si riuscirà a costruire delle autentiche comunità di pratica, si potrà realizzare concretamente un pensiero tecnico come strumento d'azione collettivo e non chiuso nelle singole esperienze, seppure molto qualificate".

Anche la Provincia autonoma di Trento mira a un rafforzamento degli aspetti di multidisciplinarità per la definizione dei progetti per le persone con disabilità.

Il Piano per la salute del Trentino 2015-2025, elaborato in riposta ai bisogni sociali e sanitari della popolazione, richiama i principi della convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e le azioni del Programma di azione biennale del 2013 e indica, tra le finalità della programmazione

[7] Le Case della Salute sono strutture delle cure primarie dove vengono erogati servizi e prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali che non necessitano di ricorso all'ospedale.

sociosanitaria, il superamento della settorializzazione degli interventi e il rafforzamento di un approccio multidisciplinare al fine di favorire interventi sanitari, sociali, educativi che abbiano come obiettivo la costruzione evolutiva di un progetto di vita.

Infine, la Regione Lazio nel definire l'équipe di valutazione operante nell'ambito del distretto sanitario ne sottolinea gli aspetti di multiprofessionalità e multidisciplinarità[8].

La Regione Lazio nel considerare l'unità di valutazione una équipe multiprofessionale di tipo funzionale, sottolinea che il contributo di ciascuna figura professionale è richiesto esclusivamente in relazione al bisogno specifico della persona da valutare e quindi la sua configurazione è variabile. Alle attività partecipano tutti i singoli professionisti ritenuti utili a valutare il bisogno e definire il setting assistenziale adeguato e ogni servizio ha l'obbligo di garantire la partecipazione dei propri professionisti convocati dalla Direzione distrettuale per le attività di valutazione. Le Direzioni distrettuali, responsabili delle équipe, dedicano particolare attenzione, oltre che alla parte strettamente clinica, all'intero processo organizzativo, compresa la gestione e alimentazione dei flussi informativi dedicati, ove previsti dalla normativa.

2.4.1 Composizione minima

L'équipe nella sua composizione minima è formata da figure professionali dei servizi sociali e sanitari del Comune e Distretto territorialmente competente. Dall'analisi svolta emerge che tale composizione è indicata da tutte le norme regionali che istituiscono tali organismi e che ne disciplinano i relativi modelli organizzativi.
In alcune Regioni l'équipe per la presa in carico rappresentano realtà ormai diffuse nei singoli ambiti territoriali, come avviene in Friuli Venezia Giulia che ne ha disciplinato composizione e compiti con l'emanazione nel 1996[9] della legge attuativa della L. 104/92. Successivamente, con la diversificazione degli interventi regionali, come l'introduzione delle misure di sostegno economico alla domiciliarità, la presa in carico integrata e la valutazione multidimensionale effettuata da figure sanitarie e sociali appartenenti alle diverse discipline e alle diverse professioni, le équipe sono state ulteriormente consolidate nella Regione[10].
Non sempre nelle diverse Regioni/PP.AA. si riscontra lo stesso grado di attuazione delle norme relative alle équipe; sussistono oltretutto differenziazioni anche a livello di singolo distretto. Alcune Amministrazioni stanno ancora operando per la loro costituzione o consolidamento, rafforzandone gli aspetti di integrazione, anche in termini finanziari, dei servizi. In Valle d'Aosta le Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuale sono state istituite in via sperimentale nei distretti socio sanitari a partire dal 2010[11], mentre in Basilicata, ad esempio, il Piano integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 prevede di costituire strutture multi-professionali ad integrazione sociale e sanitaria per assicurare continuità nella presa in carico nell'intero percorso di vita, con una chiara definizione di una figura responsabile di riferimento. In Regione Umbria, dove l'attuazione del Piano regionale integrato per la non autosufficienza (2008-2013) ha creato una solida area di welfare, si è lavorato per il rafforzamento delle Unità di Valutazione Multidisciplinari integrate in modo permanente anche dal personale dei Comuni e, dal 2014 per l'integrazione delle risorse finanziarie sanitarie con quelle sociali provenienti dal livello nazionale, nonché sulla coincidenza territoriale tra Distretto sanitario e Zona sociale e Ufficio della cittadinanza e Centro di salute.

[8] Decreto del Commissario ad acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012) N. U00431 del 24/12/2012. Oggetto: La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio.
[9] Legge regionale 25 settembre 1996, n. 41, attuativa della legge nazionale 104/1992
[10] Legge regionale 6/2006, art. 41 e relativi regolamenti attuativi, di cui l'ultimo, sostitutivo di tutti i precedenti, emanato con decreto del Presidente della Regione n. 7/2015.
[11] DGR n. 1040 del 16 aprile 2010

Dai provvedimenti esaminati si rileva inoltre che la composizione minima dell'équipe, come sopra indicata, può variare nei territori in relazione al bisogno espresso dalla persona che accede al servizio e quindi può acquisire un carattere di maggiore eterogeneità, anche quando non sono ancora coinvolti ambiti diversi da quello sociale e sanitario.

Il Veneto specifica che l'équipe per la valutazione è formata dal direttore del Distretto Socio Sanitario o il suo delegato, il medico di medicina generale e l'assistente sociale del Comune di residenza della persona oppure del Distretto Socio Sanitario dell'Ulss di competenza nelle materie delegate ai sensi dell'art. della L.R. 11/2001. In base alla domanda ed alle esigenze particolari emerse in sede di valutazione, il direttore del Distretto Socio Sanitario, il responsabile dell'équipe, può convocare altri operatori sociali, sanitari e sociosanitari: medici specialisti, responsabili di strutture semiresidenziali o residenziali, pubbliche e private, inserite nella rete dei servizi sociali e socio-sanitari. Nel caso specifico dell'inclusione scolastica, con la DGR n. 2248 del 17/07/2007[12] la Regione Veneto promuove e sostiene un procedimento di accertamento e di riconoscimento dell'alunno con disabilità secondo una visione caratterizzata dalla multidimensionalità, nella quale la valutazione dello stato di salute del minore è finalizzata alla quantificazione e qualificazione dei bisogni e delle abilità. A tale fine l'individuazione dell'alunno con disabilità viene effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuale (UVMD) di cui alla DGR n. 3242/01 composta da direttore del distretto socio-sanitario o suo delegato; assistente sociale dei servizi socio-sanitari territoriali dell'Azienda ULSS o in assenza, del comune di residenza della persona; pediatra di libera scelta o medico di medicina generale; uno specialista in neuropsichiatria infantile o psicologo dell'età evolutiva; il responsabile del Servizio di integrazione scolastica o suo delegato; un medico specialista di fiducia o medico in rappresentanza di associazioni di categoria. Il progetto di vita presuppone l'integrazione ed il coordinamento fra tutti i settori e servizi che intervengono sui bisogni della persona nei diversi periodi di vita, ma soprattutto un atteggiamento culturale e competenze professionali capaci di non perdere di vista la globalità, la complessità e l'evoluzione, nel tempo, delle necessità della persona e della sua famiglia.

Sono dunque le tipologie di persone destinatarie e le tipologie di interventi che richiedono una maggiore complessità di funzioni e compiti delle équipe che possono essere quindi composte, a seconda dei casi, da una maggiore varietà di figure professionali: medico di medicina generale, pediatra, medico specialista, infermiere, assistente sociale, terapista della riabilitazione, educatore professionale, psicologo e altre figure del comune e del distretto ritenute necessarie in relazione al bisogno.
Un esempio di come l'età della persona determina la variabilità e la complessità della composizione delle équipe per la presa in carico per le persone con disabilità è offerta dalle Marche che le ha istituite nel 1996[13] definendole "nuclei organici delle AUSL dotati di autonomia operativa collocate a livello distrettuale con compiti di informazione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di valutazione, programmazione e verifica degli interventi educativi, riabilitativi, d'integrazione scolastica, sociale e lavorativa (…)".

Nella Regione Marche l'équipe per la presa in carico per la persona maggiore di età (Unità multidisciplinare età adulta, UMEA) è composta da un neurologo, un fisiatra, uno psicologo, un sociologo, un assistente sociale, uno o più tecnici della riabilitazione come fisioterapisti, logopedisti, psicomotricisti, musicoterapisti, uno o più specialisti e operatori competenti per singole situazioni o progetti. Nel caso sia un minore (Unità multidisciplinare per l'età evolutiva, UMEE) le figure previste sono un neuro-psichiatra infantile, uno psicologo, un pedagogista, un assistente sociale, uno o più tecnici della riabilitazione come logopedisti, fisioterapisti, psicomotricisti, musicoterapisti, uno o più consulenti nella patologia segnalata. Sono previsti rapporti di collaborazione tra le due unità per elaborare i programmi di uscita dalla scuola dell'obbligo finalizzati all'inclusione.

[12] Modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica (DPCM 23 febbraio 2006 n. 185).
[13] L.R. n. 18/1996

Sempre rispetto all'età, le conseguenze delle attuali dinamiche demografiche, in particolare l'aumento dell'insorgenza della disabilità a causa dei processi di invecchiamento della popolazione, hanno indotto le amministrazioni a disciplinare la presa in carico per gli anziani con disabilità. Si incontrano altresì discipline specifiche per le cure domiciliari/residenziali/semiresidenziali e per la continuità delle cure ospedale-territorio. Un esempio di disciplina dettagliata per la composizione delle équipe per tali tipologie di cure è offerto dalla Regione Puglia[14] che prevede la partecipazione di psicologi, medici - tra cui quelli esperti nella continuità assistenziale e nelle cure palliative - professioni infermieristiche, tecnici della riabilitazioni tra cui anche il terapista occupazionale, assistente sociale, dietista, operatore sociosanitario, care giver, responsabile del servizio sociale professionale.

2.4.2 Composizione allargata

La scelta metodologica adottata di partire dall'analisi dell'ambito sociale e sociosanitario, dove le équipe sono presenti con un maggior grado di diffusione, analizzando i provvedimenti pertinenti che le hanno disciplinato per primi specificandone composizione e funzioni, e osservare quindi la loro evoluzione in altri ambiti, in particolare quello lavorativo, è stata validata dall'aver rilevato un numero minore di casi di discipline di équipe integrate con altri sistemi, in particolare con quello del lavoro.
Analizzando nel dettaglio alcuni di questi casi, le norme considerate specificano la presenza di altri operatori che lavorano in rete, oltre a quelli di ambito sociale e sociosanitario, prefigurando l'importanza di sviluppare metodologie di lavoro basate su un approccio interdisciplinare, con particolare attenzione agli aspetti di integrazione professionale che dovrebbero caratterizzare sempre più il lavoro di équipe.
Riconoscono l'importanza dell'integrazione tra operatori di settori diversi alcune Amministrazioni che prevedono il coinvolgimento di operatori dei centri per l'impiego, esperti del collocamento mirato, operatori della formazione, personale scolastico. In alcuni limitati casi - riportati nel paragrafo successivo – tale integrazione è sostenuta anche attraverso l'utilizzo di risorse della programmazione comunitaria 2014-2020.
L'importanza de lavoro di rete è emersa anche nell'ambito del seminario a distanza realizzato in data 29 novembre, in particolare grazie all'intervento delle referenti della Regione Piemonte, Gianna Travi, Direzione previdenza sociale e Sefania Casavotti, che ne hanno evidenziato in particolare le criticità a livello operativo.

> "*Il lavoro in rete sulle politiche per la disabilità è iniziato in maniera cospicua nel 2010 con la DGR 34 del 2010, in ambito scolastico e formativo. Numerosi operatori di settori diversi hanno lavorato sempre globalmente sulla persona. La filosofia di base è la presa in carico della persona e il suo progetto di vita. Sono stati adottati numerosi provvedimenti normativi per una presa in carico globale. Sono stati istituiti due gruppi di lavoro, un gruppo di lavoro nella nostra direzione che ha inglobato tutte le professionalità che si sono fatte carico di politiche attive sulla disabilità e un gruppo che lavora in termini interdirezionale che sta attivando un sito specifico sulla disabilità mettendo l'utente al centro del progetto, e si farà poi carico di regolamentare tutte le politiche in favore della persona con disabilità. Il punto di forza del lavoro in rete è che dà ottimi risultati sull'utente finale. Per quanto riguardo le criticità, quella più rilevante è che tutto questo crea una gran mole di lavoro difficile da gestire. Per il collocamento mirato la Regione sta gestendo il passaggio di competenze dalle Provincie alla Regione. L'Agenzia Piemonte Lavoro si occupa del collocamento mirato. La difficoltà maggiore è quella di cercare di rendere omogenee prassi operative e normative che prima erano differenziate a seconda dei contesti provinciali. Abbiamo iniziato anche un processo di confronto tuttora in corso con le parti sociali affinché a livello di DG ci siano omogeneità e prassi comuni. Il secondo*

[14] DGR. 2814/2011

aspetto riguarda i Centri per l'impiego che hanno molte difficoltà organizzative. La Regione insieme all'Agenzia sta cercando di potenziare queste strutture nei limiti delle risorse finanziarie a disposizione. Il terzo aspetto riguarda l'uscita di bandi chiamati "Buono Servizi" esteso per la prima volta anche alla persona con disabilità. In Piemonte non c'è un accreditamento specifico sulla disabilità, tuttavia si sta riflettendo sulla sua introduzione. Il Bando è partito nei primi di Settembre e nel giro di due mesi sono state presa in carico circa 500 persone. Al momento non possiamo fare una valutazione. Abbiamo "legato" agli operatori una premialità; c'è un ampliamento di soggetti che possono intervenire a favore delle persone con disabilità, la preoccupazione è quella che i soggetti accreditati tendano a privilegiare le persone più facilmente occupabili" (Regione Piemonte - seminario a distanza, 29 novembre)

Ritornando alle fonti documentali individuate con la ricerca svolta, si riporta di seguito il modello organizzativo adottato dal Friuli Venezia e Giulia per l'inserimento lavorativo.

La Regione Friuli Venezia e Giulia ha definito un modello di intervento integrato che prevede la partecipazione di più attori nell'équipe multidisciplinare che opera a livello distrettuale: una rappresentanza del Servizio di integrazione lavorativa (S.I.L.) ne integra la composizione attuando la valutazione congiunta sull'opportunità di attivare percorsi di formazione e di inclusione sociale previsti dalla norma del 1996[15]. I S.I.L. promuovono infatti l'inclusione sociale delle persone con disabilità attraverso percorsi personalizzati di inclusione lavorativa e assicurano il raccordo con le Province, i servizi per l'impiego e i servizi sociali e sanitari. Altri organismi di snodo tecnico-funzionale della rete degli attori coinvolti nel processo di integrazione lavorativa sono la Commissione di Accertamento della Disabilità[16] afferente alle Aziende per i Servizi Sanitari e il Comitato Tecnico per il diritto al lavoro dei disabili[17] (art. 38 L.R. 18/2005) che esamina la situazione delle persone certificate dalla Commissione di Accertamento della Disabilità, con cui interagisce, e attiva le risorse territoriali per gli interventi ritenuti necessari.

La Provincia Autonoma di Bolzano sottolinea nella Delibera 20 dicembre 2016, n. 1458[18] come il lavoro di rete, il coordinamento e la concertazione delle misure per l'inserimento lavorativo e l'occupazione lavorativa rappresentano un compito comune dei servizi sociali, dell'Ufficio provinciale Servizio lavoro, dei servizi sanitari specialistici e di tutti i partner della rete, come le scuole secondarie di primo e secondo grado, la formazione professionale, l'orientamento professionale, l'università e gli altri enti competenti pubblici e privati. Indica altresì la necessità di una costante analisi e valutazione condivisa di ogni singola situazione da parte di personale specializzato, col coinvolgimento della persona interessata. Sulla base di tale valutazione costante, ogni singola misura e fase del processo viene rielaborata e adattata secondo l'evoluzione del bisogno. Si riportano di seguito le misure che offrono le scuole durante gli ultimi due anni di assolvimento dell'obbligo formativo per favorire la transizione al lavoro.

Le misure sono poste in atto sulla base di interventi di orientamento precoce realizzati a livello personale, scolastico, formativo, professionale e lavorativo già al momento della scelta del percorso formativo da intraprendere dopo la scuola media, attraverso metodi centrati sulla persona:

[15] art. 14 bis della LR 41/1996

[16] la Commissione di Accertamento della Disabilità (Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 4, come integrato dall'art. 1 comma 4 L. 68/1999) afferente alle Aziende per i Servizi Sanitari accerta il diritto ad usufruire dei benefici previsti dal collocamento mirato, ed individua le capacità/potenzialità della persona disabile indicando le fattispecie possibili del collocamento mirato o dei percorsi alternativi.

[17] Altro canale per l'inserimento è il Comitato Tecnico che, anche in base alle certificazione disposta dalla Commissione per l'accertamento della disabilità e dopo aver attuato la valutazione di competenza, qualora individui la necessità dell'intervento dei servizi territoriali specialistici per la mediazione, attiva i canali necessari all'invio della persona interessata al servizio stesso.

[18] *Approvazione dei Criteri per l'inserimento lavorativo e l'occupazione lavorativa delle persone con disabilità*.

a) elaborazione di un protocollo d'intesa, tra tutte le parti interessate, che definisce i tempi, le modalità, gli strumenti e le metodologie condivisi di valutazione della capacità lavorativa, le rispettive competenze e le procedure per la trasmissione dei dati personali;
b) convocazione di incontri informativi con l'Ufficio Servizio lavoro e i servizi sociali per fornire per tempo informazioni utili ad alunni e alunne, a genitori o a chi esercita la responsabilità genitoriale per un tempestivo primo contatto con i servizi specialistici competenti e per lo sviluppo condiviso di prospettive da proporre alla fine del percorso scolastico;
c) rilevazione e valutazione delle competenze della persona in vista di un futuro inserimento lavorativo;
d) predisposizione e realizzazione di misure individualizzate, nell'ambito del piano formativo individuale, per incentivare le competenze della persona in vista di un futuro inserimento lavorativo o di un'occupazione lavorativa, attuate in accordo con alunni e alunne, con metodologie centrate sulla persona. In caso di necessità verranno coinvolti anche l'Ufficio Servizio lavoro e i servizi sociali e sanitari specialistici. La promozione di misure per la formazione e il rafforzamento delle competenze personali ai sensi dell'articolo 12 della legge viene disciplinata tramite apposito regolamento di esecuzione elaborato dai Dipartimenti Istruzione e Formazione;
e) svolgimento di tirocini presso aziende e/o offerta di posti di tirocinio protetti, per avvicinare le persone al mondo del lavoro, e promozione dello svolgimento di tirocini estivi;
f) costante documentazione e valutazione delle misure poste in atto nell'ambito del piano formativo individuale e redazione di una relazione finale della scuola sulle competenze acquisite per l'occupazione lavorativa o per l'inserimento lavorativo, da presentare al servizio che successivamente seguirà la persona;
g) convocazione, prima della fine del percorso scolastico, di un incontro della rete dei servizi coinvolti. In tale sede verrà indicato il servizio che prenderà in carico la persona e verrà redatta una relazione; questa relazione costituisce la base di riferimento per la Conferenza dei servizi per le persone che richiedono l'accertamento della capacità lavorativa da parte della Commissione medica competente ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68.
h) organizzazione di corsi di aggiornamento specifici per tutto il personale coinvolto.

Un chiaro modello di integrazione dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari è delineato nella disciplina emanata in Emilia Romagna con la L. 14/2015 e la DGR 1229/2016 sulla presa in carico per l'inclusione, non solo per le persone con disabilità ma per tutti coloro che vivono in condizione di fragilità e vulnerabilità.

In Emilia Romagna la presa in carico è realizzata da una équipe multi-professionale che opera considerando la persona in maniera globale e unitaria e utilizzando le competenze specialistiche differenziate degli operatori coinvolti. La L.R. 14/2015 prevede che nell'équipe, oltre all'operatore dei servizi sociali e dei servizi sanitari, in relazione alle problematiche concernenti la persona, sia sempre presente un operatore del Centro per l'Impiego che dovrà essere, nel caso in cui la persona presa in carico abbia una disabilità certificata, un operatore esperto del collocamento mirato. Tra le competenze richieste agli operatori dell'équipe vi è la conoscenza dei servizi territoriali a supporto dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione di utenti fragili e vulnerabili e della gamma di servizi-prestazioni erogate. L'integrazione tra i servizi pubblici si fonda su una analisi e valutazione della" fragilità" delle persone utenti. I servizi pubblici interessati sono: i servizi sociali erogati dai Comuni attraverso strutture gestite direttamente e/o indirettamente; i servizi sanitari erogati dalle Ausl (Aziende Sanitarie Regionali) attraverso strutture centrali e territoriali (Dipartimenti e Distretti Socio-Sanitari); i servizi per il lavoro erogati dai CpI (Centri per l'Impiego) distribuiti territorialmente a livello provinciale. Tra i principali strumenti attuativi della legge, per promuove in modo significativo l'integrazione istituzionale, gestionale e professionale, vi è la ridefinizione degli ambiti territoriali di riferimento dei Centri per l'impiego che ha fatto coincidere l'ambito di attività questi con gli ambiti distrettuali socio sanitari.

Interessante anche la sperimentazione trentina nell'area della disabilità e della salute mentale che ha proposto un modello di équipe flessibile, una forma organizzativa centrata sulla persona e sulla sua famiglia, che prevede una forte regìa pubblica e un processo d'integrazione del terzo settore, della scuola, dell'ospedale e degli enti che compongono l'ampio panorama dei servizi[19].

Infine, si riporta il caso del Piemonte per l'ambito istruzione/formazione.

In Piemonte, per quanto concerne il percorso relativo al diritto all'educazione, istruzione e formazione professionale degli alunni con disabilità e con esigenze educative speciali, la D.G.R. n. 34-13176 del 2010 ha definito un percorso integrato tra ASL, Enti gestori delle funzioni socio assistenziali, istituzioni scolastiche ed enti di formazione professionale. La deliberazione istituisce l'UMVD Minori nell'ambito del Distretto che, con l'integrazione del medico legale, svolge le funzioni di organo per gli "accertamenti collegiali" per l'individuazione dell'alunno con disabilità ai sensi dell'art. 2 del D.P.C.M. n. 185 del 23.2.2006.

2.5 La promozione degli aspetti multidisciplinari grazie agli avvisi pubblici finanziati con risorse FSE

Si rileva che la maggiore intersettorialità e interdisciplinarietà delle équipe e la diffusione di approcci multidisciplinari negli interventi di inclusione si stia promuovendo in alcuni territori, da una parte, grazie alla spinta dell'innovazione che ha investito gli interventi locali in materia di disabilità - Vita indipendente, Budget di salute, Dopo di noi - e, dall'altra, grazie al finanziamento con risorse FSE di azioni di sistema o nuove progettualità rivolte alle persone con disabilità.
Esemplificativi delle attività delle Autorità di gestione dei POR FSE 2014-2020, perché richiamano in particolare quegli elementi che costituiscono l'oggetto della presente analisi, sono gli avvisi pubblici emanati dalle Regioni Liguria, Lombardia, Sardegna, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna, che nel presente Report si è scelto di citare. Ulteriori interventi regionali FSE che hanno come destinatarie le persone con disabilità sono invece elencati nell'Allegato 2.
Poiché la declinazione degli Avvisi pubblici in progetti attuativi è risultata difficile da reperire on line, considerati anche i tempi che intercorrono tra l'emanazione degli atti relativi, spesso molto recente, tra la predisposizione delle proposte, l'approvazione delle candidature e l'avvio degli stessi progetti finanziati, in questi paragrafi si riportano prioritariamente gli estratti degli avvisi selezionati e un caso di realizzazione progettuale.
La Liguria, con la DGR n. 779 del 05/08/2016, ha emanato l'avviso pubblico per la presentazione di operazioni relative ad azioni finalizzate all'inserimento lavorativo di giovani con disabilità nel mercato del lavoro (attività per l'integrazione socio-lavorativa, attività professionalizzante individualizzata modulare sull'Asse 2 Inclusione sociale e lotta alla povertà e sull'Asse 3 Istruzione e formazione). L'attività per l'integrazione socio-lavorativa e l'attività professionalizzante individualizzata modulare rivolte a persone con disabilità medio grave o medio lieve, si sostanziano in interventi che prediligono approcci di tipo multidimensionale e l'integrazione tra politiche relative a lavoro, assistenza, welfare, sanità, scuola, e tra attori, risorse e servizi, combinando più strumenti quali la formazione, servizi individuali per l'impiego, in grado di influire positivamente sul profilo di occupabilità degli individui.
In Sardegna, l'Avviso pubblico *Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità – INCLUDIS*[20], finanziato sull'Asse Inclusione sociale PO FSE 2014-2020 OT 9 – Priorità I – Obiettivo specifico 9.2. Azione 9.2.1, intende sostenere interventi di presa in carico multi-professionale e la definizione di progetti personalizzati finalizzati all'inserimento socio-lavorativo attraverso tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento

[19] CFR Report Budget di salute
[20] Determinazione Prot. n. 3580 del 29.3.2017: Approvazione dell'informativa preliminare, relativa all'avviso pubblico "Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità-Includis".

finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione di adulti e, purché abbiano assolto l'obbligo formativo, minori, non occupati e con disabilità, presi in carico dai servizi sociali professionali e/o dai servizi sanitari competenti

Obiettivo dell'Avviso - finanziato con un importo complessivo di € 6.000.000,00 - è promuovere su tutto il territorio regionale la realizzazione di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone con disabilità, finalizzato al recupero delle capacità di socializzazione e, più in generale, a un reinserimento sociale partecipato. Si intende così contribuire all'incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro attraverso lo sviluppo di percorsi integrati e multidimensionali di inclusione attiva e di sostegno all'inserimento sociale e lavorativo di tali destinatari. Le proposte progettuali dovranno prevedere le seguenti azioni obbligatorie: accesso e presa in carico dei potenziali destinatari del tirocinio, con la finalità della valutazione del livello di occupabilità dei destinatari finalizzata alla successiva programmazione e attuazione di un percorso individualizzato; orientamento specialistico dei potenziali destinatari del tirocinio; tirocinio di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento. Per ciascun destinatario si dovrà prevedere la predisposizione del progetto individuale di tirocinio nel quale verranno pianificate le attività specifiche rivolte a ciascun destinatario con specifiche linee programmatorie riferite al miglioramento della condizione sociale dello stesso. Ciascun progetto personalizzato dovrà prevedere: attività di accompagnamento e supporto in azienda e nel contesto socio-familiare con la presenza di un tutor d'accompagnamento; attività di tutoraggio in azienda per i destinatari attraverso la presenza di un tutor aziendale; attività di raccordo con le strutture istituzionali, relazione con le famiglie e il territorio; attività di gestione, monitoraggio, inclusa la verifica degli esiti occupazionali a tre mesi dalla conclusione del tirocinio, rendicontazione e diffusione dei risultati.

In Lombardia l'avviso pubblico *per lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone con disabilità* finanziato sull'Asse prioritario II - inclusione sociale e lotta alla povertà Azione 9.2.1[21], intende contribuire a rinnovare il sistema dei servizi, aprendo anche a nuove realtà del Terzo settore operanti nell'ambito dell'inclusione sociale a favore della disabilità medio grave. Tra gli obiettivi specifici si segnala la promozione della presa in carico globale della persona attraverso la valutazione multidimensionale; la predisposizione del progetto individuale redatto in maniera condivisa, partecipata e corresponsabile; il potenziamento dei percorsi di autonomia di persone disabili giovani e adulte per garantire una migliore qualità della vita; la promozione di azioni propedeutiche all'inserimento lavorativo (tirocini, ecc.) finalizzate a consolidare l'autonomia della persona e promuoverne l'inclusione sociale; lo sviluppo e consolidamento di una rete di servizi territoriali che sia in grado di rispondere in modo integrato e flessibile ai percorsi personalizzati di empowerment. Le risorse pubbliche disponibili per l'avviso ammontano a Euro 4.478.400,00 e i Progetti Individualizzati sono sostenuti attraverso voucher per un ammontare complessivo di Euro 4.800,00 per 12 mesi a persona; le domande di adesione all'iniziativa sono presentate dalle persone interessate al Comune/Ambito del territorio di appartenenza. I territori coinvolti corrispondono a 97 Ambiti.

L'équipe multidimensionale dell'Ambito effettua la valutazione delle persone con disabilità che hanno presentato richiesta per accedere all'Avviso, giovani e adulti con disabilità a forte rischio di esclusione sociale. La valutazione multidimensionale, in armonia con ICF, esplora le dimensioni delle "Attività personali", in particolare nelle aree dell'autonomia personale, delle funzioni cognitive e delle abilità socio-relazionali, nonché dei "Fattori contestuali", ovvero le caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale che, secondo la classificazione ICF, con la loro presenza o assenza rappresentano un facilitatore o una barriera. Per quanto riguarda

[21] *DDG n. 10227 del 25/11/2015: avviso pubblico relativo ad interventi per lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione delle persone disabili*

l'autonomia personale, sono identificate le scale validate scientificamente, ADL e IADL, per il calcolo dell'indice di dipendenza nelle attività quotidiane finalizzate alla cura di sé e in quelle strumentali, che consentono a una persona di vivere in maniera autonoma nel proprio contesto di vita. Tale processo valutativo permette di individuare le persone disabili che potranno beneficiare degli interventi previsti dall'Avviso. Una volta validata la graduatoria per l'assegnazione dei voucher, l'Ente capofila dell'Ambito individua un responsabile del caso, predispone il Progetto Individuale insieme ai destinatari assegnatari del voucher che accedono al percorso ed alle loro famiglie con la declinazione degli interventi e delle prestazioni previsti afferenti al catalogo delle prestazioni/servizi di cui al d.d.g. 3731/2016. le Aree di intervento di pertinenza dell'avviso sono: autonomia personale; socializzazione; competenze sociali; mantenimento del livello culturale; propedeuticità all'inserimento lavorativo; ruolo nella famiglia o emancipazione dalla famiglia. Il voucher è finalizzato a definire e sostenere percorsi di autonomia della persona disabile, in rapporto al nucleo familiare, e di inclusione in contesti sociali e nella vita di relazione, anche finalizzati a percorsi di inclusione attiva. Per la realizzazione dei percorsi di autonomia i destinatari avranno accesso ai servizi della rete territoriale: il Centro Socio Educativo (CSE) e il Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA). Al fine di favorire la sperimentazione di risposte integrate, flessibili e modulabili costruite sul bisogno individuale della persona, le prestazioni/servizi potranno essere erogati anche da altri enti con cui sono stati già instaurati rapporti di collaborazione per la realizzazione di servizi in favore delle persone con disabilità: rete di enti accreditati, enti convenzionati con i Comuni dell'Ambito/degli Ambiti, organizzazioni del Terzo settore iscritte nei registri nazionali o regionali o ad analoghi elenchi nazionali/regionali accreditabili/convenzionabili, o con i quali i Comuni dell'Ambito hanno avviato un percorso di co-progettazione nell'area dell'inclusione sociale a favore della disabilità.

Appaiono limitati i casi in cui le Autorità di Gestione dei POR utilizzano le risorse FSE 2014/2020 per potenziare il lavoro di rete. Si menziona, oltre all'avviso su riportato della Lombardia che valorizza le risorse territoriali, l'esempio dell'Emilia Romagna che con un invito a presentare proposte finanzia, tra gli altri, interventi per il raccordo tra le équipe multiprofessionali referenti per ambito distrettuale e i soggetti attuatori di misure di politica attiva del lavoro (per un approfondimento vedi Allegato 3).

L'Emilia Romagna per promuovere l'inclusione lavorativa delle persone e in condizione di fragilità e vulnerabilità, comprese quelle con disabilità, dando attuazione alla LR 14/2015 finanzia interventi a valere sull'Obiettivo tematico 9 - Priorità di investimento 9, allocando risorse pari a Euro 20.000.000,00. Con tale avviso si prevede un maggiore raccordo tra équipe multiprofessionale e enti attuatori delle misure di politica attiva e un coinvolgimento dei referenti dell'Agenzia del lavoro e i Centri per l'impiego territorialmente competenti, al fine di garantire la fruizione di tali misure da parte delle persone destinatarie, nonché presidiare i flussi di informazione nell'attivazione, realizzazione e restituzione degli esiti delle singole prese in carico.

Interessante il caso della Regione Toscana che ha investito risorse FSE per un importo complessivo di Euro 14.700.000,00 per sviluppare servizi di accompagnamento al lavoro, anche attraverso la sperimentazione di team multidisciplinari.

La Toscana ha finanziato sull'Asse B – Inclusione Sociale e lotta alla povertà un avviso denominato "Servizi di accompagnamento al lavoro per persone con disabilità e soggetti vulnerabili" per promuovere la realizzazione su tutto il territorio regionale di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone con disabilità in carico ai servizi socio-assistenziali, sanitari e/o socio-sanitari e non occupate, e di persone certificate per bisogni relativi alla salute mentale. I progetti prenderanno a riferimento il

processo di presa in carico e i modelli organizzativi regionali[22]. Con l'Avviso si è avviata la realizzazione, su tutto il territorio regionale, di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone disabili e soggetti vulnerabili in carico ai servizi socio-sanitari territoriali (in particolare a quelli della psichiatria). La ripartizione delle risorse su base zonale ha infatti lo scopo di assicurare in tutti i territori la possibilità di sviluppare azioni in grado di garantire parità di accesso. Elementi di innovazione riguardano l'approccio multidimensionale e attivante di risorse che sia l'individuo che la comunità può mettere in campo e il modello di valutazione della persona nelle sue diverse dimensioni, affinché vi sia poi una progettazione personalizzata dove le risorse offerte - insieme a quelle personali e di contesto - possono portare all'attivazione di percorsi inclusivi. Per sviluppare e realizzare tutto ciò si è scelto di introdurre lo strumento della coprogettazione per la formulazione della candidatura. L'Avviso prevede come attività facoltativa che potrà essere sviluppata nei progetti un'azione di sistema "Avvio della sperimentazione ICF". In particolare, i progetti potranno prevedere l'adozione della metodologia ICF nella fase dell'accoglienza e della valutazione delle persone destinatarie. A tal fine i progetti potranno prevedere al proprio interno la costituzione di team di specialisti supportati da esperti ICF. I costi del personale esperto ICF potranno essere riconosciuti quali costi ammissibili. Tramite l'avvio della classificazione ICF della disabilità nelle politiche del lavoro, e in particolare nei processi di accompagnamento al lavoro, si intende "capovolgere" la valutazione della disabilità da misurazione dello svantaggio a individuazione dei fattori che possono migliorare l'integrazione sociale delle persone[23]. L'adozione di tale metodologia mira a fornire uno standard di valutazione funzionale delle persone che ne permetta una maggiore e migliore possibilità di inclusione lavorativa e sociale. Tra le priorità specifiche, che danno accesso all'attribuzione di punteggi in fase di valutazione delle candidature sarà considerato l'avvio della sperimentazione della metodologia di valutazione ICF (assegnazione di 3 punti).

Si riporta, quindi, un esempio di intervento realizzato grazie al finanziamento dell'Avviso toscano.

Il progetto MADE IN PO, finanziato con Avviso pubblico Decreto n.6456 del 23-12-2015) *Misure di Accompagnamento contro il Disagio e l'Esclusione attraverso l'INserimento in Percorsi Occupazionale,* promuove l'occupabilità di 145 persone con disabilità psichica e persone con problemi di salute mentale di Prato e provincia**,** creando le condizioni per l'inserimento sociale e lavorativo, per prevenire e contrastare situazioni di esclusione, emarginazione e discriminazione che impattano sulla qualità di vita della persona e della famiglia. Per l'avvio delle attività progettuali che riguardano direttamente le persone destinatarie di *MADE IN PO* si è tenuto un incontro tecnico-professionale durante il quale sono state delineate alcune linee guida per operatori tecnico-professionali che saranno seguite durante lo svolgimento delle varie fasi ed in particolare durante la formazione ICF e l'informatizzazione della scheda rivolta a operatori sociosanitari e orientatori del progetto; l'utilizzo e la divulgazione del programma che mette a disposizione il PIN (polo universitario città di Prato), oltre alla scheda ICF informatizzata, alle Società della salute interessate; l'installazione nei PC aziendali del programma.

La Regione Puglia, infine, ha finanziato con il POR FSE un avviso pubblico[24] che ha per obiettivo l'integrazione del percorso curricolare scolastico degli studenti degli istituti ad indirizzo sociosanitario per l'acquisizione della qualifica professionale dell'Operatore socio sanitario, che prevede tra le competenze da acquisire: saper indentificare le caratteristiche multifattoriali e multidimensionale della condizione di benessere psico-fisico-sociale; valutare i bisogni e le

[22] Essi sono richiamati nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015, relativamente agli interventi diretti a favorire l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità e delle persone con problemi di salute mentale (o affette da patologie psichiatriche) nonché nell'Atto di Decisione di Giunta n. 11 del 7/4/2015 con cui si definiscono le Azioni di sistema e strategie per il miglioramento dei servizi sociosanitari nell'ambito delle politiche per la disabilità.

[23] Cfr Intervista L. Frattura

[24] AVVISO PUBBLICO SPERIMENTALE POR Puglia FESR-FSE 2014/2020 n. 5/2016. Finanziamento pari a euro 8.645.579,00

problematiche della persona (persone con disabilità, minori, anziani, nuclei familiari); identificare gli elementi e le fasi di elaborazione di un progetto di intervento personalizzato, individuare i parametri di valutazione di una condizione di salute e di benessere psico-fisico-sociale secondo la normativa vigente.

2.6 La promozione degli aspetti multidisciplinari grazie alle sperimentazioni territoriali

Un esempio di come la diversificazione e l'innovazione degli interventi di inclusione abbiamo generato modifiche nella composizione e nelle funzioni delle équipe orientandole verso una maggiore intersettorialità, è offerto dalla Lombardia, Regione per tradizione a bassa integrazione socio-sanitaria, dove si registra tale evoluzione a partire dal 2013, anche grazie all'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale della non autosufficienza (FNA). La specificità del caso lombardo è emersa anche nell'ambito del seminario a distanza del 29 novembre, grazie all'intervento della referente della Regione, Loredana Ristori, che ha evidenziato il contributo dei progetti di Vita Indipendente.

> *"Le ATS (Agenzie di Tutela della Salute) hanno l'obbligo di effettuare la valutazione congiunta della persona presa in carico. L'iter è così articolato: il cittadino si reca allo sportello pubblico per presentare il proprio bisogno, se l'operatore ritiene che siano presenti bisogni complessi lo invia alla équipe composta dall'assistente sociale e a seconda dei casi da medici specialistici e tutori in caso di minori. Nei progetti di vita indipendente l'équipe è connessa con l'ATS e potendo prevedere interventi di attivazione di borse lavoro, tirocini, realizza più facilmente il raccordo con altri operatori"* (Regione Lombardia - seminario a distanza 29 novembre).

La Lombardia con una deliberazione del 2013[25] ha dato un nuovo impulso ai progetti regionali di vita indipendente, limitatamente alle persone con grave disabilità motorie, attraverso i Comuni e con le risorse del FNA. Grazie poi al finanziamento di progetti sperimentali da parte del Ministero del Lavoro (Bando 2013) è stato riconosciuto dagli Ambiti territoriali lombardi attuatori dei progetti il valore aggiunto che apporta il coinvolgimento di professionalità molteplici nelle équipe. In alcuni casi le attuazioni progettuali hanno scontato la mancanza di prassi consolidate di lavoro in équipe tra i servizi territoriali per la valutazione e la presa in carico della persona, altre hanno considerato l'équipe di progetto un punto di forza per l'attuazione della vita indipendente prevedendo una molteplicità di figure in grado di effettuare progettazioni che tengano conto di tutte le possibili aree di intervento, incluso l'ambito lavorativo.

La composizione dell'équipe multiprofessionale per la vita indipendente dell'Ambito territoriale di Viadana (MN), per l'attuazione del progetto finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (Bando 2013), prevede un coordinatore, uno psicologo, il case manager, l'assistente sociale, le figure sanitarie dell'ASL (medico, coordinatore infermieristico e terapista della riabilitazione) la figura del tutor orientatore, l'operatore a supporto dell'inserimento lavorativo del Nucleo Inserimenti lavorativi[26] . Tra le criticità l'Ambito ha tuttavia segnalato che i costi per la gestione dei casi con équipe multiprofessionali non sono sostenibili con le risorse degli enti pubblici[27].

[25] Deliberazione n. 740 del 2013.

[26] Il N.I.L. opera in rete con il sistema dei servizi e delle istituzioni presenti sul territorio che si occupano di politiche attive del lavoro e di inserimento lavorativo di persone in difficoltà. Il N.I.L. si caratterizza come un servizio di secondo livello, che valuta le capacità e le potenzialità lavorative, progetta e realizza interventi personalizzati a favore di persone segnalate dai Servizi Sociali e dai servizi specialistici del territorio dell'Ambito Distrettuale di Viadana.

[27] Cfr Report Vita Indipendente

Le équipe possono dunque assumere composizioni variabili, con la previsione di figure professionali competenti di supporto, o il coinvolgimento diretto delle stesse persone con disabilità: in particolare ciò si rileva nei programmi regionali che puntano sull'autodeterminazione delle persone quelli per la Vita Indipendente , come nei casi già citati, o per il Dopo di Noi, così come nelle sperimentazioni di modelli allocativi - Budget di salute - a sostegno di progetti personali di inclusione basati sull'integrazione dei servizi e delle risorse economiche, professionali e umane (vedi Allegato 3).
Per il Budget di salute si riporta come esempio la disciplina della Regione Campania[28] dei progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con tale strumento volto a promuovere percorsi abilitativi individuali nelle aree: apprendimento/socialità/affettività, formazione/lavoro, casa/habitat sociale.

Il budget di salute è promosso, valutato, gestito e monitorato in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, mediante le Unità di Valutazione Integrate, ovvero attraverso l'integrazione tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie, finalizzate a costruire un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute della persona. All'U.V.I. partecipano i Sevizi Sociali dei Comuni, gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella gestione del progetto terapeutico riabilitativo individuale, gli utenti, i familiari, i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta ed eventuali altri soggetti ritenuti necessari ad un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni. Quando la valutazione riguarda minori, l'equipe dovrà essere integrata dalla presenza di operatori del mondo della scuola, come gli insegnati di sostegno o personale che negli istituti scolastici hanno il compito di assistere i ragazzi con particolari difficoltà.

Per favorire l'efficacia degli interventi di inclusione per le persone con disabilità l'integrazione necessaria non può limitarsi infatti solo all'ambito sociosanitario ma deve riguardare i servizi che afferiscono ai cosiddetti determinanti della salute: *casa e abitare sociale, formazione/lavoro, apprendimento ed espressività, socialità/affettività*, sulla base delle specifiche necessità della persona e chiamare in causa una maggiore eterogeneità di sistemi e servizi e, quindi, di attori. La nuova programmazione sociale della Regione Umbria sembra riconosce l'importanza di tale impostazione: nel nuovo Piano sociale regionale approvato con deliberazione dell'assemblea legislativa n. 156 del 2017 si prevede che le politiche regionali per l'inclusione sociale, in applicazione della Convezione ONU sui diritti delle persone con disabilità, devono prevedere un modello organizzativo intersettoriale e una offerta di servizi diversificata, ancorata ai luoghi e ai tempi di vita, aperta a tutta la comunità locale a partire dai quattro pilastri fondamentali della salute, della formazione, del lavoro e della cittadinanza attiva. Coerente con tale impostazione è stata l'istituzione dell'Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità (previsto dall'art. 352 del TU l.r. 11/2015) che opera sui temi della vita indipendente, lavoro, istruzione, formazione, accessibilità, ecc.

2.7 Potenziamento delle équipe multiprofessionali

Con la ricognizione sono stati individuati gli interventi delle Amministrazioni volti al rafforzamento delle équipe multiprofessionali, attraverso l'acquisizione di nuovo personale per potenziare gli organici e la riorganizzazione interna delle aziende sanitarie. Si riportano tra i casi più recenti quelli della Sardegna e della Liguria. In Sardegna la Delibera 38/31 del 2017, ad integrazione degli altri finanziamenti riferiti alle attività dei Punti unici di accesso e delle Unità di valutazione territoriale, stabilisce l'acquisizione di personale per potenziare gli organici degli Enti gestori degli Ambiti Plus e delle UVT al fine di potenziare le attività della rete dei PUA e delle UVT con la

[28] DGR 483 del 21/09/2012**.** Adozione linee guida ai sensi dell'art. 46 della legge regionale n. 1/2012. Allegato A Linee guida regionali per gli interventi sociosanitari integrati finalizzati al welfare comunitario attraverso la metodologia dei "Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sostenuti da Budget di Salute".

finalità di favorire l'appropriatezza del sistema di accesso alle prestazioni sociali e socio sanitarie. La Regione Liguria al fine di potenziare il proprio sistema integrato sociosanitario per la disabilità ha dato mandato alle ASL di provvedere alla riorganizzazione interna[29] in modo tale da ottimizzare le risorse umane attualmente disponibili sia nell'area della disabilità minori che nell'area della disabilità adulta e di valutare tra le priorità da sottoporre ad autorizzazione in deroga, l'acquisizione di ulteriore personale, al fine della reale costituzione delle équipe integrate distrettuali[30].
Le iniziative di potenziamento delle équipe si sostanziano altresì in numerosi corsi di formazione per il rafforzamento delle competenze degli operatori, piani formativi previsti dalle norme regionali in particolare sul tema della valutazione multidimensionale, ICF e l'utilizzo delle schede di valutazione adottate dalle amministrazioni. Le iniziative promosse da distretti, comuni, società private, così come dal Centro Collaboratore italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali, sono numerose.
L'utilizzo di risorse del FSE a tale scopo appare invece limitato. Si segnala a tal riguardo l'avviso già citato a valere sul POR FSE 2014-2020 della Toscana che investe nello sviluppo sul territorio di servizi di accompagnamento al lavoro, anche attraverso la sperimentazione di team multidisciplinari per la progettazione degli inserimenti lavorativi, con il supporto di esperti ICF (par. 2.5).

2.8 Funzioni e compiti

Le équipe multiprofessionali che prendono in carico la persona con disabilità si caratterizzano nelle diverse realtà del territorio nazionale per una certa difformità di pratiche valutative e di attuazione degli interventi, dovuta principalmente alle differenti modalità del loro funzionamento, ai diversi strumenti e metodi valutativi adottati dalle Amministrazioni, alle relazioni tra servizi sociali e sanitari, tra questi e quelli per l'inclusione lavorativa e scolastica e, in generale, al grado di attuazione dell'integrazione socio sanitaria, che varia non solo da Regione a Regione ma anche all'interno della stessa Amministrazione. Il funzionamento delle équipe è infatti strettamente legato al quadro dei servizi di cui il territorio dispone e spesso esse si connotano, dal punto di vista organizzativo e gestionale, per forti squilibri di risorse e di strumenti che le rendono molto sbilanciate sul versante sanitario, consolidando l'ottica medica nella valutazione della disabilità e nella definizione degli interventi. Il nuovo approccio fondato sui diritti non sembra infatti riscontabile in termini attuativi in maniera uniforme sui territori: le innovazioni culturali introdotte dall'ICF e dalla CRPD, sebbene riconosciute dalle Amministrazioni, non sempre ispirano gli interventi, dat che la sopravvivenza del modello medico continua a influenzare gli aspetti concettuali e definitori della disabilità; non sempre si considera l'interazione con l'ambiente né che le modalità con cui l'accesso ai diritti, ai beni e servizi, al lavoro, all'istruzione e formazione, all'alloggio possono costituire barriere e determinare trattamenti differenziati per i cittadini e, quindi, assenza di pari opportunità.
Come accennato esistono difformità di funzionamento delle équipe anche all'interno dei distretti appartenenti alla stessa Regione/P.A. La Regione Piemonte, ad esempio, considerata la disomogeneità delle finalità del loro operato, ha istituito un gruppo di lavoro interassessorile finalizzato ad individuare, previo monitoraggio a livello regionale, procedure e strumenti valutativi uniformi per garantire parità di accesso e trattamento a tutti i cittadini che necessitano di interventi socio sanitari in materia di disabilità.

[29] DGR 446/2015
[30] La DGR 446/2017 assegna ad A.Li.Sa., Azienda Ligure Sanitaria, nell'espletamento delle funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, anche la programmazione e la gestione economico-finanziaria delle misure e degli interventi per la non autosufficienza e per il "Dopo di Noi" per persone con disabilità grave prive del sostegno familiare finanziati dal Fondo nazionale per le non autosufficienze, dalle disposizioni nazionali in materia di "Dopo di Noi" nonché da eventuali risorse del fondo sanitario regionale ad integrazione delle misure suddette. Dà mandato al Dipartimento regionale salute e servizi sociali di trasferire ad A.Li.Sa. le risorse provenienti dai Fondi nazionali destinati alle persone non autosufficienti e con disabilità al fine di garantire l'operatività gestionale nonché le eventuali risorse del fondo sanitario regionale ad integrazione delle misure suddette.

La normativa della Regione Veneto nell'esplicitare le funzioni delle équipe stabilisce che quella primaria è di svolgere la valutazione multidimensionale e multiprofessionale, cioè la lettura delle esigenze della persona in modo correlato (sanitarie, sociali, relazionali, ambientali) al fine di identificare gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni del territorio (quali professionisti, quali prestazioni, quali servizi, in che misura, con che modalità e per quanto tempo) e quindi quali risorse, in termini di personale, servizi, in atto, o da attivare, a breve, medio e lungo termine. In secondo luogo l'équipe approva ed autorizza la realizzazione di un progetto individuale o familiare, come raccordo tra le esigenze specifiche della persona e gli interventi ad essa necessari. Nei casi previsti dalla normativa regionale, tale équipe può avere anche funzione certificativa, come nel caso dell' l'individuazione dell'alunno "in situazione di *handicap*" ai fini dell'integrazione scolastica (DGR n. 2248 del 17.07.07).
La LR 41/1996 del Friuli Venezia Giulia stabilisce che l'équipe multidisciplinare assolve, nel contempo, a un ruolo di progettazione e coordinamento e a un ruolo operativo. Nell'esercizio del primo, in particolare, si fa garante, nel rispetto del diritto di scelta, della presa in carico dei casi e dell'elaborazione del progetto di vita, con la condivisione e la partecipazione della persona con disabilità e della sua famiglia, della continuità degli interventi e delle funzioni di raccordo con l'intera rete dei servizi socio-sanitari operanti nell'area.
Spesso nelle discipline delle Regini che hanno istituito il Fondo regionale per la non autosufficienza vengono delineate le funzioni delle équipe, come fa la Toscana con la L.R. 66/2008 e l'Umbria con la LR 9/2008

La L.R. 66/2008 istituisce in ogni zona-distretto della Toscana una UVM, con eventuali proiezioni nelle singole aree territoriali. Le funzioni che svolge sono le seguenti: valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno del richiedente; verifica della sussistenza delle condizioni di bisogno per l'attivazione del fondo; definizione del PAP (progetto di assistenza personalizzato), con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni sociosanitarie appropriate, domiciliari, semiresidenziali e residenziali; individuazione dell'indice di gravità del bisogno; condivisione del PAP con la persona o i suoi familiari fissando in sessanta giorni dalla prestazione dell'istanza il tempo massimo per l'erogazione della prestazione; verifica periodica degli obiettivi contenuti nel PAP e, nei casi previsti, eventuale rivalutazione delle condizioni di bisogno.

Per disciplinare la presa in carico, l'Umbria fa riferimento nel TU LR n. 11/2015 *Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali* alla Legge regionale 4 giugno 2008, n. 9. *Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni.*

In Umbria il distretto socio-sanitario o il comune competenti per territorio provvedono alla presa in carico della persona non autosufficiente ed alla attivazione della unità multidisciplinare di valutazione. La presa in carico comporta la valutazione multidisciplinare della persona non autosufficiente e la formulazione di un progetto individuale finalizzato a realizzare la piena inclusione nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché, nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro in armonia con legge n. 328/2000. L'accertamento della condizione di non autosufficienza è effettuato dalle unità multidisciplinari di valutazione, geriatrica e per disabili, operanti presso i distretti socio-sanitari delle Aziende (USL). All'interno del progetto individuale viene formulato il programma assistenziale personalizzato (PAP), che individua obiettivi ed esiti attesi in termini di mantenimento e miglioramento delle condizioni di salute. Il PAP individua il responsabile del programma che deve essere scelto tra gli operatori dell'area sanitaria o dell'area sociale sulla base del criterio della prevalenza della tipologia delle prestazioni previste dal programma stesso. Il responsabile del PAP garantisce l'attuazione del programma attraverso l'intervento integrato dei servizi sanitari e dei servizi sociali, divenendo il referente della PcD/famiglia.

Più articolato è l'operato delle équipe quando si tratta della presa in carico dopo le dimissioni della persona da strutture ospedaliere: in Toscana, ad esempio, in tali casi il lavoro in équipe è svolto dall'Agenzia preposta alla continuità assistenziale ospedale-territorio che coordina il

processo di dimissione attraverso l'attivazione delle azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale, assicurando il raccordo dei Servizi coinvolti. L'Agenzia coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera, il medico di medicina generale.
La presa in carico della persona con disabilità fin qui descritta si riscontra nel modello di intervento adottato dalla Regione Emilia Romagna per l'inclusione lavorativa e sociale rivolto "persone in condizione di fragilità e vulnerabilità", in cui è compresa la disabilità.

In Emilia Romagna, la nuova disciplina regionale in materia di inclusione socio-lavorativa si basa sull'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari, (L.R. 14/2015 e DGR 1229/2016), stabilisce che l'équipe multi-professionale una volta accertata la condizione di fragilità e vulnerabilità della persona e realizzata la presa in carico unitaria, predispone un programma personalizzato di intervento, ne rileva e verifica gli effetti, provvedendo, ove necessario, a ridefinire il programma stesso. Specifica le competenze degli operatori che devono saper rilevare le caratteristiche dell'utente (bisogni e risorse), nonché valutare le diverse dimensioni di criticità, attraverso l'utilizzo degli strumenti appositamente predisposti; individuare gli interventi da realizzare in funzione delle caratteristiche delle persone e delle risorse disponibili; definire un piano di lavoro e delle modalità di monitoraggio degli interventi; definire lo specifico supporto in relazione agli interventi da realizzare e identificazione dei soggetti della rete locale da attivare. Le competenze comprendono anche conoscenze relative a i servizi territoriali a supporto dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione di utenti fragili e vulnerabili e la gamma di servizi-prestazioni erogate; le principali norme nazionali/regionali di riferimento e i relativi provvedimenti attuativi; gli strumenti per l'analisi e la valutazione delle caratteristiche e delle condizioni delle persone prese in carico; le tecniche comunicative e relazionali nel rapporto con le persone in condizione di disagio; gli strumenti informativi per la registrazione e trasmissione di dati.

In Calabria tale modello per l'inclusione lavorativa viene promosso con il Piano di inclusione attiva – Programma Operativo Regionale 2014-2020 FESR FSE[31] che tra i diversi obiettivi prevede quello di favorire l'inclusione attiva delle persone svantaggiate all'interno di progetti personalizzati di presa in carico multidimensionale (POR Asse 10).

Gli interventi programmati in Calabria prevedono la definizione di "Progetti Personalizzati di presa in carico a seguito di una preliminare valutazione multidimensionale del fabbisogno della persona e/o del nucleo familiare di riferimento, con il coinvolgimento di equipe multidisciplinari, caratterizzate principalmente dall'interdisciplinarietà e dall'integrazione tra le diverse figure professionali (operatori sociali, socio-sanitari, operatori delle amministrazioni territoriali in materia di istruzione, formazione e tutela della salute, operatori dei servizi per l'impiego). L'Avviso pubblico Dote lavoro e inclusione attiva[32] finanziato con risorse FSE in attuazione del Piano Inclusione attiva, mira a sostenere l'inserimento e/o il reinserimento nel mercato del lavoro dei disoccupati, delle persone con disabilità e maggiormente vulnerabili attraverso un'offerta personalizzata di strumenti di politica attiva in linea con le previsioni di cui al D. Lgs n.150 del 14 settembre 2015.

[31] D.G.R. n° 25 del 31/01/2017 Piano di inclusione attiva – Programma Operativo Regionale 2014-2020 FESR FSE – Programma di azione e coesione complementare 2014-2020 Piano di Inclusione attiva.

[32] Avviso Pubblico *Dote Lavoro e inclusione attiva*. Asse prioritario VIII – Promozione dell'occupazione sostenibile e di qualità - Asse X – Inclusione Sociale - Obiettivo Specifico 9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili

2.8.1 Il Case manager

Per il presidio dei percorsi assistenziali e l'attivazione dei progetti personalizzati viene individuata in diverse Regioni la figura del *Case Manager* quale operatore di riferimento per la persona con disabilità e la sua famiglia. Tale figura, di fondamentale importanza nelle diverse fasi di predisposizione e attuazione del progetto personale, è deputata, come indicato ad esempio nelle disposizioni della Regione Veneto - dove viene individuata dall'UVM tra gli operatori sociali, sanitari e socio-sanitari - a realizzare il raccordo tra il sistema dei servizi e a seguire le fasi di monitoraggio degli interventi. Alcune Regioni, come il Friuli Venezia Giulia, promuovono l'introduzione del *coordinatore del caso* e auspicano una sua valorizzazione per supportare l'utente nella gestione di tutti gli aspetti organizzativi associati alla sua permanenza nei nodi diversi della rete dei servizi ed, in particolare, nei trasferimenti da un servizio all'altro. In situazioni specifiche il coordinatore del caso può anche essere inteso come tutor del cittadino che non è in grado direttamente, o attraverso una figura familiare, di interfacciarsi con la rete complessiva dell'offerta di servizi e prestazioni. Sempre nella Regione Friuli Venezia Giulia tale figura è individuata sulla base di criteri condivisi (es. scelta del cittadino, prevalenza dell'intervento, ecc.) tra gli operatori che compongono l'Unità di Valutazione Multiprofessionale.
In Sicilia viene disciplinato il ruolo del case manager in riferimento alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare[33]. Tale figura ha il compito di seguire la persona durante tutto il percorso assistenziale per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. Il case manager, il cui ruolo è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno della persona, segue le fasi attuative del progetto di assistenza, valuta la risposta del contesto familiare e supporta i caregiver (siano essi familiari o della rete informale), in termini di qualità e di efficacia. Assume anche il compito di raccordare il piano di assistenza individuale con i diversi professionisti che intervengono a favore della persona, applicando il metodo di lavoro di team. In linea di massima è considerato case manager il responsabile clinico, dei processi di salute (medico o pediatra), che assicura la realizzazione del piano di cura, coordinando gli interventi necessari. Per il Dopo di noi, la disciplina regionale[34] specifica che una volta effettuata la valutazione multidimensionale a cura della UVM realizzata attraverso l'ICF, si redige il progetto personalizzato e si individua il case manager quale riferimento e facilitatore per la persona presa in carico. Tale figura segue la persona durante il percorso assistenziale, costruisce un dialogo costante con questa e la sua famiglia, coordina gli atti di cura per una migliore efficacia e efficienza, si raccorda con altri operatori (equipe assistenziale) garantendone l'integrazione per evitare sovrapposizioni, intralci, vuoti di assistenza.
Si riporta il caso della Valle d'Aosta come esempio utile a sottolineare gli aspetti evolutivi della progettazione personale e il ruolo che a assume il case manager per la rimodulazione degli interventi. La LR 18 del 2008 sul sistema integrato di interventi e servizi a favore delle persone con disabilità specifica che l'UVMD individua e attiva un operatore di riferimento principale per la persona con disabilità e per la sua famiglia, con il compito di coordinare le azioni e gli interventi propri con quelli degli altri operatori e servizi, al fine di seguire e monitorare costantemente l'evoluzione della situazione personale e di consentire l'implementazione e la riformulazione del progetto individuale in relazione al ciclo di vita, alle opportunità, alle risorse disponibili e sulla base di percorsi di valutazione che favoriscano una presa in carico efficace.
Funzioni e compiti del case manager per l'accompagnamento nella definizione e attuazione di progetti nell'ambito dei percorsi di inclusione finanziati con risorse FSE sono dettagliati nell'Avviso lombardo, già menzionato, approvato con DDG n. 10227 del 25/11/2015 relativo ad interventi per lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione delle persone con disabilità.

[33] DASS 12/11/07 – Linee guida in materia di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti.
[34] Deliberazione n. 243 del 23/06/2017 - Programma regionale Dopo di Noi. Allegato A

In Lombardia, le funzioni di case management sono proprie dell'Ambito territoriale e vengono valorizzate all'interno dell'intervento multidimensionale per lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione delle persone disabili. Il responsabile del caso garantirà le seguenti funzioni: informazione, orientamento e accompagnamento della famiglia e della persona con disabilità; accompagnamento alla realizzazione del Progetto Individuale/Piano Educativo Individuale quale declinazione operativa del PI; consulenza alla famiglia e sostegno alle relazioni familiari; raccordo e coordinamento dei diversi attori del sistema dei servizi per la buona riuscita degli interventi prefigurati nel Progetto Individuale (es. Comune/Ambito territoriale, Enti gestori dei servizi coinvolti nel PI, ecc.); monitoraggio e verifica del percorso e degli esiti nei riguardi delle persone disabili e delle loro famiglie. Il case manager supporta la persona nel suo percorso e monitora i progressi effettuati e/o le criticità emerse e valuta, insieme alla persona (coinvolgendo anche l'equipe, se opportuno) quali correttivi apportare al percorso stesso. Il case manager provvede: alla verifica formale dei calendari e diari da trasmettere a Regione Lombardia; alla somministrazione, a conclusione delle attività, del questionario di misurazione dell'indicatore di risultato dell'Azione 9.2.1 "Partecipanti svantaggiati impegnati nella ricerca di un lavoro, in un percorso di istruzione/formazione, nell'acquisizione di una qualifica, in un'occupazione anche autonoma, al momento della conclusione della loro partecipazione all'intervento"; ad una verifica complessiva di quanto realizzato mediante la redazione della relazione finale individuale avente ad oggetto: gli esiti prodotti sulle singole persone disabili e sulle loro famiglie, in termini di sviluppo di abilità e consapevolezza in un percorso che mira a garantire inclusione sociale.

2.8.2 Strumenti

In assenza di chiare disposizioni a livello nazionale che richiedano l'adozione di un sistema uniforme per la descrizione, classificazione e valutazione multidimensionale delle condizioni delle persone con disabilità, la necessità di dotarsi di una strumentazione per la presa in carico multiprofessioanle, ha indotto le Amministrazioni a sperimentare e sviluppare sistemi e strumenti per la valutazione basati sul modello bio-psico-sociale della Classificazione ICF. La maggior parte delle Regioni fa riferimento a strumenti codificati come la scheda S.Va.M.Di (Scheda di Valutazione Multidimensionale della Disabilità), mentre in alcuni casi si ricorre a strumenti meno formalizzati per rilevare dati ed elementi utili alla valutazione, indicando l'autonomia o la fragilità o i livelli di gravità della disabilità.

In Friuli Venezia Giulia per l'attuazione della LR 41/96 fin dall'inizio si è fatto uso di sistemi di valutazione, inizialmente anche non codificati, aventi la connotazione della multidimensionalità, allo scopo di inserire coerentemente il progetto di vita nel contesto sociale e abitativo della persona con disabilità. In questo contesto è prassi comune l'utilizzo di scale di valutazione che siano in grado, attraverso la somministrazione di numerosi item, non solo di indagare la gravità della condizione di disabilità ma anche di valorizzare le competenze personali, nonché di effettuare la dovuta relazione tra la condizione individuale e il contesto di vita (Valgraf, sperimentazione estesa dell'ICF). Presso la Regione inoltre, il Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle Classificazioni internazionali, in collaborazione con la società inhouse Insiel, ha sviluppato un sistema di valutazione integrata e longitudinale centrato sulla persona e sul modello bio-psico-sociale VilmaFABER (vedi Allegato 3), finalizzato alla gestione della presa in carico integrata della persona con disabilità e alla valutazione dei suoi risultati. Il sistema è stato successivamente adottato in via sperimentale dalla Regione Liguria con DGR n. 868 del 2014 con la quale è stato approvato lo "Schema di collaborazione tra la Regione Liguria e la Regione Friuli Venezia Giulia – Centro collaboratore italiano dell'OMS per la famiglia delle classificazioni internazionali" per la realizzazione della Sperimentazione regionale del sistema di valutazione VilmaFABER".

Come accennato, la maggior parte delle Regioni utilizza la scheda S.Va.M.Di. adottata con DGR N. 331 del 13 febbraio 2007 dalla Regione Veneto, successivamente ad una fase di sperimentazione. La scheda si sostanzia "nell'utilizzo di un sistema classificatorio e descrittivo, originariamente non finalizzato alla produzione di punteggi e gerarchie, e nella

sua strutturazione in grado di generare risultati di sintesi per l'elaborazione di valutazioni e l'assegnazione di livelli di gravità e di funzionamento". La scheda S.Va.M.Di. segue la struttura e l'organizzazione della Classificazione ICF e costituisce uno strumento univoco per la raccolta coerente di informazioni e per la conseguente stesura del progetto individuale per le persone con disabilità in età adulta. L'utilizzo della scheda ha fatto emergere una serie di problematiche che sono state colte nell'ambito di un gruppo di lavoro costituito in seno alla Direzione regionale Servizi sociali ed integrato da direttori di Servizi Sociali di alcune Aziende ULSS del Veneto. In particolare, sono emerse le seguenti esigenze: integrare nello strumento S.Va.M.Di. elementi di valutazione sanitaria, di valutazione dei disturbi comportamentali e ulteriori valutazioni del funzionamento sociale; riformulare l'algoritmo di calcolo relativo alle classi di assegnazione dei profili di gravità e di funzionamento, che consenta altresì di determinare per ciascun utente l'appartenenza a un livello assistenziale come previsto dalla DGR 4589/2007; informatizzare la gestione delle valutazioni con S.Va.M.Di. attraverso uno strumento unico a disposizione delle Aziende ULSS.
La S.Va.M.Di., come accennato, è stata successivamente adottata da altre Regioni: Valle d'Aosta, Umbria, Lazio, Molise, Basilicata, Calabria e Campania, Puglia, Sicilia che hanno potuto capitalizzare l'esperienza Veneta e adattare la scheda ai contesti locali e le normative regionali.
La Regione Lazio ha adotta la Scheda S.Va.M.Di. per la valutazione delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale per l'accesso alla residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità nel 2104 [35] e il suo utilizzo è indicato anche per gli interventi del Programma Dopo di noi[36]. La Regione riconosce alla scheda la funzionalità di restituire all'operatore un profilo del funzionamento della persona, rendendo possibile in tal modo la definizione di coerenti progetti di vita personalizzati, da attuare ponendo attenzione alle variabili prodotte dalle complesse relazioni con i contesti di vita.

Con l'utilizzo della Scheda S.Va.M.Di la Regione Lazio intende promuovere il passaggio da una dimensione descrittiva come l'ICF a una dimensione valutativa, affrontando al contempo temi fondamentali quali l'integrazione sociosanitaria, l'orientamento dei servizi verso il progetto di vita, superando il sistema per prestazioni, verso una presa in carico globale e di sistema operativo del cosiddetto "budget di salute". Con la S.Va.M.Di la Regione ritiene che, oltre ad avere elementi puntuali per una programmazione regionale e territoriale dei servizi per le persone con disabilità, è possibile da una parte esprimere valutazioni oggettive e attendibili relative al percorso ideale o compatibile per la presa in carico del soggetto da parte dei diversi servizi del territorio, dall'altra verificare tutti gli ambiti di inappropriatezza potenzialmente riscontrabili negli stessi.

La Basilicata, in base a quanto disposto dal Piano Regionale integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012-15 in merito al potenziamento della Unità di Valutazione Integrata (UVI), anche attraverso l'adozione di strumenti per la valutazione del bisogno assistenziale, con la DGR n.1842 del 28/12/2012 ha adottato la scheda di valutazione multidimensionale S.Va.M.DI., quale strumento valutativo per persone con disabilità.

La necessità rilevata dalla Regione Basilicata è quella di utilizzare su tutto il suo territorio, in linea con gli orientamenti internazionali e nazionali, un sistema unico di valutazione multidimensionale per persone con disabilità che garantisca un accesso omogeneo alle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali. Ha dato quindi mandato alle aziende sanitarie regionali di predisporre un piano di formazione rivolto agli operatori che concorrono alla valutazione. La sperimentazione S.Va.M.DI. mira, anche attraverso il confronto con i diversi gruppi di operatori, all'identificazione della soluzione tecnica per il calcolo dei livelli di gravità dell'utenza con disabilità e per la messa in

[35] Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta 1 Ottobre 2014, n. 306 "*Adozione della scheda S.Va.M.Di per la valutazione delle persone con disabilità fisica psichica e sensoriale per l'accesso alla residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità".*

[36] DGR 454/2017 (Dopo di noi) Linee guida operative regionali per le finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale del 28/11/2016 di attuazione.

priorità degli stessi per l'accesso ai servizi/interventi di assistenza che meglio risponde ai bisogni rilevati dalla Regione, dalle Aziende sanitarie, dagli ambiti socio-territoriali.
La Regione ha adottato nel giugno 2016 il *Programma straordinario per la disabilita* con l'obiettivo di potenziare la metodologia fondata sull'applicazione di protocolli organici finalizzati alla presa in carico delle persone con disabilità, con il supporto di strumenti basati su ICF, diffusi in un sistema di rete di servizi sociali, sanitari, della formazione, del lavoro, dell'educazione, del terzo settore.

Anche nel caso degli strumenti di valutazione in uso dalle équipe, i processi per la loro revisione hanno avuto in molti casi origine nell'ambito dei percorsi di aggiornamento e consolidamento degli interventi regionali in materia di vita indipendente.
La Sardegna, ad esempio, per far fronte alle criticità maggiori incontrate per l'attuazione dei progetti previsti dalla legge nazionale n. 162/98, tra cui quelle relative al sistema di valutazione che si avvaleva di due distinte schede (sanitaria e sociale), e coordinare gli interventi sanitari e gli interventi sociali previsti dal piano personalizzato, ha ridisegnato nel 2015[37] il proprio sistema regionale di valutazione delle condizioni di non autosufficienza svolta dall'unità di valutazione territoriale definendo *Linee guida per la valutazione multidimensionale, il finanziamento e il monitoraggio dei piani personalizzati*. Il nuovo sistema di valutazione si realizza con il contributo di diversi soggetti che adottano modalità e strumenti di valutazione multidimensionale differenziati in relazione alle esigenze del richiedente, all'età, alle dimensioni di vita che presentano maggiori criticità e che richiedono strumenti specifici di osservazione.

Il nuovo sistema si avvale dell'esperienza maturata in Sardegna in questo ambito d'intervento ed è integrato con modalità di valutazione ampiamente sperimentate in altre Regioni italiane. Si è cercato di privilegiare strumenti semplici, facili da usare da parte degli operatori sociali e nella pratica clinica e, al tempo stesso, strumenti di cui è riconosciuta la validità e l'affidabilità nel misurare la compromissione delle capacità funzionali delle persone e nell'orientare interventi appropriati. Le scale di valutazione che s'intende utilizzare sono state già verificate nella loro affidabilità secondo procedure condivise a livello internazionale e sono ampiamente utilizzate dagli operatori dei Comuni, delle Aziende sanitarie e del terzo settore. Il nuovo sistema utilizza, principalmente, cinque scale di valutazione e la diagnosi funzionale, al fine di osservare organicamente dimensioni di vita ritenute fondamentali per costruire il profilo di autonomia della persona: dimensione funzionale e dimensione socio ambientale. Le schede[38] sono state ricomposte in un unico percorso valutativo che conduce alla individuazione di 5 livelli di isogravità. Per i minori la valutazione si realizza a partire dalla "diagnosi funzionale" che pone in evidenza, il profilo del minore con disabilità dal punto di vista cognitivo, affettivo-relazionale, linguistico, sensoriale, motricità globale e motricità fine, neuro-psicologico e dal "profilo dinamico". Il livello di isogravità rappresenta il giudizio finale e sintetico che conclude il processo di valutazione multidimensionale. Ogni livello di isogravità prevede l'accesso a specifici servizi sanitari e di carattere sociale in relazione alle esigenze di cura evidenziate nel processo valutativo e può determinare, attraverso uno specifico finanziamento, l'accesso ad altri interventi sociali integrativi.

Il nuovo sistema individua una fase transitoria di avvio e una fase a regime sulla base delle condizioni e capacità operative dei vari soggetti che concorrono alla attuazione del sistema. La sperimentazione ha coinvolto operatori sociali di alcuni Comuni della Sardegna e alcune associazioni: le schede di valutazione multidimensionale sono state somministrate a circa 300

[37] DGR 30 giugno 2015, n. 33/12 Fondo regionale per la non autosufficienza di cui all'art. 2 della L.R. n. 7/2014. Avvio della sperimentazione del nuovo sistema di valutazione, finanziamento e monitoraggio dei piani personalizzati (Legge n. 162/1998). Allegato 1 "Linee guida per la valutazione multidimensionale, il finanziamento e il monitoraggio dei piani personalizzati (Legge n. 162/1998)"; Allegato 2 "Schede di valutazione multidimensionale".
[38] Scheda Barthel Index Modificato; scheda Pfeiffer - Short Portable Mental Status Questionnaire; scheda MDS-HC Disturbi del comportamento; MDS- HC Disturbi dell'umore; scheda che prevede alcuni item tratti da Val.Graf-Systeme de mesured de l'autonomie, Svama; scheda CIRS.

persone con disabilità differenziate per età, genere e per patologia. Sulla base degli esiti della valutazione sono state modificate alcune modalità valutative, precisate alcune procedure di accesso ai servizi e modificata la scheda clinica. Tale sperimentazione ha permesso alla Regione di riconoscere l'appropriatezza della presa in carico e valutazione effettuata in modalità integrata socio-sanitaria realizzata dall'equipe multiprofessionale con la componente sociale e sanitaria, ma al tempo stesso è emersa la carenza di risorse umane preposte a gestire la presa in carico e la valutazione.
I progetti regionali per la Vita Indipendente, come nel caso della Sardegna, hanno dunque fatto emergere la necessità di riformare gli strumenti valutativi sulla base delle criticità incontrate nell'attuazione. In altri casi le sperimentazioni finanziate dal Ministero del Lavoro (Bando 2013 – Decreto n. 266/2013) sono stati l'occasione per ripensarli sulla base dell'approccio bio-psico sociale, come nei casi riportati della PA di Trento e della Regione Umbria, anche se le innovazioni promosse dai progetti non sempre sono state recepite dalle Amministrazioni.
In seguito all'adesione alla sperimentazione promossa dal Ministero del Lavoro, la Provincia Autonoma di Trento, nella prospettiva di una più ampia progettualità di sostegno alla domiciliarità e contrasto all'istituzionalizzazione, ha introdotto, con deliberazione n. 2224 del 2014, una revisione dei propri interventi di vita indipendente disciplinati nel 2009, adottando un modello di valutazione basato sull'ICF e quantificando la misura dell'intervento in relazione alla condizione economico patrimoniale del nucleo familiare.

Nell'ambito del progetto finanziato, l'Unità Valutativa Multidimensionale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia Autonoma di Trento per la valutazione della persona, ha utilizzato lo strumento ICF sperimentalmente nelle sue parti relative alle Funzioni corporee, Attività e Partecipazione e ha valutato la composizione familiare e la situazione abitativa come stabilito nell'allegato al Disciplinare della sperimentazione del modello di intervento in materia di Vita indipendente. La Delibera della Giunta provinciale n. 2224 del 2014, che ha approvato la sperimentazione del modello di intervento basata sul protocollo di intesa tra la Provincia autonoma e il Ministero del Lavoro e Politiche sociali, dispone che in fase di rivalutazione annuale dei progetti di vita indipendente in essere (quindi precedenti alla sperimentazione), si applichi la scheda di valutazione approvata in allegato alla delibera del 2014 con la finalità di testare la scheda sperimentale su un numero più ampio di persone con disabilità e rafforzarne la validazione.

Grazie alla sperimentazione effettuata dal Progetto Zona sociale 10 – Terni della Regione Umbria, sono state individuate e condivise soluzioni operative innovative al fine di implementare, negli strumenti e nelle procedure in uso, i principi della sperimentazione. In applicazione del modello bio-psico-sociale della disabilità e con riferimento all'approccio delle *capabilities* di A. Sen, si è operato affinché il progetto di vita sia il fulcro del sistema dei servizi; la valutazione multidimensionale sia effettuata tramite il profilo di funzionamento; la definizione di un Dossier Unico sia funzionale alla presa in carico; gli operatori siano formati in merito al profilo di funzionamento.

La collaborazione tra il Centro per l'Autonomia Umbro e i membri dell'UVM, con il supporto scientifico della rete di soggetti esterni al partenariato, che hanno garantito la qualità del lavoro - referenti dell'Università di Firenze; del Centro Collaboratore Italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità OMS per l'ICF (Lucilla Frattura), della sezione italiana di Disabled Peoples' International (DPI) - ha permesso di elaborare alcuni strumenti per la valutazione multidisciplinare quali ad esempio la *Scheda obiettivi di vita indipendente*, la *Scheda prestazioni* relativa ai "facilitatori" (ausili, servizi, adattamenti), ecc. Dall'analisi operata grazie alla sperimentazione, è emerso che la S.Va.M.Di utilizzata dai servizi per la presa in carico risulta essere in molte parti ridondante e per alcuni aspetti deficitaria. È stato necessario un impegnativo lavoro di allineamento delle informazioni emerse dalla compilazione della S.Va.M.Di per poter rendere quest'ultima funzionale ad una presa in carico orientata ad un progetto di vita della persona con disabilità compatibile con il diritto alla Vita Indipendente. Durante le fasi di integrazione tra la "Scheda obiettivi di vita indipendente" e la S.Va.M.Di si è evidenziata la

necessità di accorgimenti specifici e sono state formulate proposte per eventuali modifiche o integrazioni degli strumenti e dei metodi/pratiche operative attualmente in uso in Regione.

La Liguria, con la DGR n. 446/2015, individua la necessità strategica di uniformare le modalità di valutazione e progettazione personalizzata delle persone con disabilità utilizzando metodi e strumenti basati su ICF. Con la delibera del 2015 ha innovato gli interventi per la domiciliarità avviando la sperimentazione dei progetti di vita indipendente per persone con disabilità motoria o intellettiva collegandoli allo strumento della *Dote di cura* (budget di salute) sulla base di una valutazione multidimensionale effettuata con il sistema ICF e un Piano Individualizzato di Assistenza (PIA).
La Regione Puglia, nel Piano regionale per il Dopo di noi[39], per la valutazione multidimensionale dei casi e la definizione di tutti gli elementi necessari per la definizione dei progetti di vita, conferma l'utilizzo della scheda di valutazione multidimensionale S.Va.M.Di., già adottata con Del. G.R. n. 12 dicembre 2011, n. 2814, sviluppata in coerenza con il sistema di classificazione ICF.
La Regione Puglia ritiene che proprio il contesto operativo del Piano regionale per il "Dopo di Noi" sia il più adeguato per avviare sperimentazioni in collaborazione con le UVM orientate a: ridare centralità alla persona con disabilità e ad eventuali figure di supporto familiare nel processo di valutazione e di costruzione del progetto personalizzato; introdurre elementi di innovazione rispetto alla mera S.Va.M.Di. per la corretta individuazione di supporti e sostegni, in termini di quantità, qualità ed intensità, con possibilità di verificarne nel tempo gli esiti sia in vista del miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità sia in termini di efficientamento delle risorse.

La sperimentazione intende rafforzare l'efficacia della S.Va.M.Di., integrandola con la valutazione rispetto agli otto domini della qualità di vita: Benessere Fisico, Benessere Materiale, Benessere Emozionale, Autodeterminazione, Sviluppo Personale, Relazioni Interpersonali, Inclusione Sociale, Diritti ed Empowerment, considerato che lo stesso decreto attuativo della legge nazionale, all'articolo 2 comma 1, ricorda che la valutazione deve essere fatta "*in prospettiva del miglioramento della qualità di vita*". Rispetto a questo obiettivo qualificante della VMD, la Regione indica che sarà necessario assicurare il necessario supporto formativo a tutte le figure professionali componenti le UVM, parallelamente alla prima ricognizione delle persone prioritariamente interessate dalle azioni di cui al Piano regionale per il "Dopo di Noi" e alla selezione delle progettualità a valere sull'azione d) dell'art. 5 del DM 23/11/2016.

Sempre in materia di Dopo di Noi, la Regione Lombardia specifica che la valutazione multidimensionale è effettuata in maniera integrata sulla base di appositi protocolli operativi definiti in Cabina di regia, costituita presso l'Agenzia di Tutela della Salute territorialmente competente. Sono analizzate, con le scale validate ADL e IADL, le diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità nelle seguenti aree: cura della propria persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici; mobilità; comunicazione ed altre attività cognitive; attività strumentali e relazionali della vita quotidiana. Nell'ambito della valutazione si rileva la condizione familiare, abitativa e ambientale e, in particolare, sono oggetto di analisi: le dinamiche affettive e dei vissuti del contesto familiare, il contesto socio-relazionale della persona con disabilità, le motivazioni e le attese sia personali sia del contesto familiare[40].
Rispetto all'ambito lavorativo interessante è il caso dell'Emilia Romagna[41] che ha adottato il *Profilo di fragilità* quale strumento di valutazione per verificare la sussistenza delle condizioni per

[39] "Qualità della vita e autonomia per le persone con disabilità senza supporto familiare (20172019)" ai *sensi dell'art. 3 del D.M. 23/11/2016 in attuazione della l.n. 112/2016*

[40] *Deliberazione n° x / 6674 seduta del 07/06/2017: programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -dopo di noi- L. n. 112/2016*

[41] DGR 191/2016 Approvazione dell'indice di fragilità, strumento di valutazione della condizione di fragilità e vulnerabilità - art. 2, comma 2 della legge regionale 14 del 30 luglio 2015 e attuazione art. 3, comma 2 della legge regionale 12 del 17 luglio 2014.

la presa in carico integrata delle persone in accesso ai servizi sociali e/o sanitari e/o del lavoro da parte dell'équipe multi professionale. È uno strumento di lettura trasversale della vulnerabilità che attinge alle specifiche condizioni individuali e di contesto che caratterizzano il vissuto di ciascuna persona**.** La valutazione è centrata sulla funzionalità della persona ed è orientata ad individuare i sostegni necessari a ricostruire condizioni per superare o ridurre in modo significativo le fragilità rilevate.

Il "Profilo di fragilità" è articolato per domini e relativi item, assunti come ambiti di conoscenza trasversali e condivisi tra i servizi interessati all'integrazione (servizi sociali, sanitari per il lavoro). Il "profilo di fragilita" si prefigura come uno strumento universale, che può/potrebbe essere destinato a tutti gli utenti potenziali dei servizi coinvolti nell'integrazione. Tale caratteristica lo rende pertanto uno strumento altamente flessibile e che potrebbe quindi consentire di porre a monte, nell'individuazione delle persone in condizioni di fragilità, eventuali criteri di priorità di intervento derivanti da scelte politiche e programmatiche. Vengono presi in considerazione 30 item, appartenenti a 5 differenti domini: *funzionamento personale*; *funzionamento sociale*; *condizione sociale; condizione economica; occupabilità*[42]. A ciascun item è collegata una "scala" articolata secondo 4 livelli e punteggi crescenti di fragilità. Il profilo di fragilità comprende item "elementari" e item "sintetici". Gli item "elementari" si limitano a "processare" un'unica dimensione (es. i *familiari a carico* o il *livello di istruzione*) e generalmente, forniscono informazioni di dettaglio immediate (scale descrittive) utili nella successiva, eventuale, progettazione del programma personalizzato (es. *utilizza mezzi di trasporto pubblici, in grado di guidare ma non automunito*); gli item "sintetici" assumono dimensioni plurime di valutazione (es. il *funzionamento sensoriale* nel cui ambito sono implicati vista, udito, tatto …) e, generalmente, mantengono un livello di astrazione più elevato (scale valutative), che dovrà essere specificato al di fuori della scala per consentire la successiva (eventuale) progettazione del programma personalizzato (quali sono i sensi compromessi: vista? udito? ecc. in quale misura?). Tra gli item "sintetici" sono ricompresi anche gli item relativi al "funzionamento personale" e alcuni relativi al "funzionamento sociale" le cui scale di riferimento previste sono state elaborate al "lordo" di eventuali ausili-facilitatori.

Parte integrante del Profilo di fragilità della persona utente sono gli elementi contenuti nella *Scheda anagrafico-informativa* che raccoglie dati anagrafici e ulteriori informazioni sulla storia della persona in accesso ad uno dei tre servizi coinvolti nell'integrazione (sociale e/o sanitario e/o del lavoro), significativi per la valutazione. Tra queste: diagnosi funzionale, istituti giuridici di sostegno, presa in carico da parte di uno dei tre servizi, esperienze propedeutiche al lavoro, situazioni di invalidità o di patologie, ecc.
In ambito lavorativo, si auspica, così come indicato dal decreto legislativo 151/2015 che prevede la definizione di *Linee guida per il collocamento mirato*, la diffusione di modalità di valutazione bio-psico-sociale della disabilità; la definizione dei criteri di predisposizione dei progetti di inserimento lavorativo che tengano conto delle barriere e dei facilitatori ambientali rilevati; la definizione di indirizzi per gli uffici competenti funzionali alla valutazione e progettazione dell'inserimento lavorativo in ottica bio-psico-sociale. In materia di inserimento lavorativo, nonostante le sperimentazioni svolte sul territorio nazionale, l'ICF non rappresenta ancora un

[42] Funzionamento personale (4 item): integrità psico-fisica e impatti di eventuali limitazioni sul funzionamento delle persone nei diversi contesti di vita (ad esempio: funzionamento fisico – funzionamento psico-motorio); funzionamento sociale (7 item): rapporto tra persona e i diversi ambienti di vita, con riferimento specifico ai comportamenti e alle abilita sociali (ad es. cura della persona – abilita funzionali all'integrazione lavorativa); condizione sociale (5 item): benessere materiale (ad es. condizione abitativa) e al contesto-rete di relazioni significative e l'eventuale sostegno che possono offrire (ad es. rete familiare, di prossimità, ecc.); condizione economica (3 item): situazione economico reddituale e sua qualità (ad es. reddito personale – esposizione debitoria); occupabilità (11 item): riguarda aspetti che concorrono a definire la "spendibilità" di una persona nella prospettiva dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale (ad es. esperienza di lavoro o tirocinio pregressa – livello di scolarizzazione effettivo).

modello diffuso, per contro, in ambito scolastico esso costituisce una modalità di valutazione maggiormente acquisita. Numerosi esempi si rintracciano nei territori, tra quelli più significativi si ricorda la P.A. di Bolzano ed il Piemonte.

2.9 Progettazione personale e autodeterminazione delle persone con disabilità

Numerose sono le denominazioni, e le sigle di riferimento, che assumono le diverse progettualità che si attivano nel più ampio progetto di vita della persona con disabilità a seconda delle finalità che si vogliono perseguire: PAP, PIA, PIR, PRTI, PEI. Il progetto definito in esito alla valutazione in équipe multidimensionale individua obiettivi ed esiti attesi, le prestazioni da assicurare alla persona con disabilità e alla sua famiglia, il responsabile del caso, le modalità di monitoraggio e valutazione degli esiti.
In Liguria, ad esempio, la norma sul sistema integrato socio sanitario per la disabilità, la DGR n. 446/2015, disciplina il PIA e il PRI (*Progetto Individuale di Assistenza e Progetto Riabilitativo Individuale)* e sottolinea che la persona con disabilità e la sua famiglia debbano essere attivamente coinvolti nella loro definizione e in ogni fase del processo di presa in carico.

La persona con disabilità, in grado di autodeterminarsi, collabora attivamente con il sistema dei servizi alla definizione e realizzazione del proprio PIA sulla base della valutazione dell'equipe integrata sociosanitaria distrettuale. L'equipe di valutazione si avvale, al fine di contenere richieste inappropriate da parte dei potenziali beneficiari, anche di un referente dell'associazione delle persone con disabilità preventivamente designato dalla Consulta regionale per l'*handicap*.

In Sardegna**,** le già citate *Linee guida per la valutazione multidimensionale, il finanziamento e il monitoraggio dei piani personalizzati*[43] dispongono che il Piano personalizzato sia predisposto dall'operatore sociale del Comune insieme alla persona con disabilità e alla sua famiglia. Il Piano individua gli obiettivi, le azioni specifiche, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali interessate. Nel piano sono illustrati dettagliatamente gli interventi sanitari e gli interventi sociali che s'intendono promuovere sulla base del livello di isogravità e del profilo di autonomia individuati.

La progettazione si svolge in due fasi: la prima di carattere generale, la seconda operativa. Le due fasi sono fondate sui giudizi valutativi espressi dai soggetti alla quale è attribuita la funzione valutativa sulle capacità, sulla vita di relazione e le condizioni socio-ambientali del beneficiario. Il piano comprende, di norma, una pluralità di interventi che si coordinano con gli interventi prescritti da altri operatori sanitari e sociali. Il finanziamento costituisce una sorta di "budget di cura" che è utilizzato dall'operatore insieme al beneficiario e alla sua famiglia per acquisire servizi e interventi, non generici, a favore della persona in condizione di non autosufficienza. La condivisione del progetto da parte della famiglia è condizione per garantire la centralità della persona e l'umanizzazione dell'intervento. La partecipazione consapevole e informata della famiglia, e in particolare del familiare di riferimento, alla definizione del processo d'aiuto è elemento essenziale per la riuscita del progetto, per dare continuità al percorso assistenziale e accrescere la soddisfazione dell'utenza.

La Regione Abruzzo nel Piano Sociale Regionale 2016-2018 - *Linee di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria* dedica una specifica attenzione al Piano Assistenziale Individualizzato, cercando di valorizzare la dimensione progettuale dello strumento rispetto all'utilizzo a fini meramente erogativi. La Regione riconosce che il processo di presa in carico, alla luce della valutazione, può essere pienamente valorizzato se il PAI, strumento obbligatorio per l'erogazione di servizi e prestazioni socio-sanitarie in tutti gli ambiti della non autosufficienza e delle patologie croniche,

[43] Deliberazione Giunta Regionale n. 33/12 del 30 giugno 2015

ricomprende tutti gli aspetti bio-psico-sociali della persona assicurando il massimo livello di cure per il miglioramento della qualità della vita delle persone beneficiarie dei servizi.

In linea con quanto previsto dal Piano sociale regionale 2016-2018 e dal Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario abruzzese, nelle more dell'adozione di modelli e criteri omogenei a livello regionale, le Convenzioni socio-sanitarie e gli strumenti operativi prevedono a livello di ASL e di ciascun Distretto e Ambito distrettuale sociale: la collaborazione attiva, strutturata e permanente fra operatori del Distretto Sanitario e operatori dell'Ambito Distrettuale Sociale per la progettazione, gestione, valutazione dei Piani Assistenziali Individualizzati, predisposti dalle UVM integrate; l'adozione di un modello di PAI, integrativo dei modelli esistenti in corso di revisione, che valorizzi la persona, favorisca il coinvolgimento attivo del paziente (nei casi possibili) e della famiglia, definisca bisogni, obiettivi, azioni e prestazioni, esiti attesi, indicatori e monitoraggio, risorse, tempi, modalità di revisione e rimodulazione degli interventi. Nel caso di persone con disabilità (in età evolutiva o adulta), il PAI dovrà anche configurarsi come "progetto di vita", ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000; è previsto, inoltre, lo scambio costante e la condivisione del PAI di ogni singolo paziente fra Ente capofila dell'ambito distrettuale e Distretto; l'informatizzazione e la digitalizzazione del PAI

Ai fini della presente analisi volta all'individuazione di modelli gestionali e organizzativi utili ad aumentare l'efficacia delle misure di inclusione rivolte alle persone con disabilità è stato ritenuto interessante verificare se le amministrazioni abbiano dato indicazioni specifiche ai servizi per recepire nelle prassi di lavoro il principio dell'autodeterminazione della persona con disabilitò. Tale principio presuppone il superamento della logica prestazionale e l'acquisizione da parte dei servizi della consapevolezza della necessità di mettere al centro la persona, a partire dai suoi bisogni e obiettivi di vita, per favorire l'esercizio pieno dei diritti di cittadinanza. Richiede, come già argomentato un cambiamento culturale perché scardina il sistema dei servizi basato sull'offerta delle prestazioni.
L'attuazione del principio dell'autodeterminazione sancito dalla Convenzione ONU è stato rilevato nei dispositivi regionali rispetto al ruolo conferito alla persona con disabilità, o a chi la rappresenta, nella definizione del proprio progetto personale.

La Liguria ha potenziato recentemente con la DGR n. 446/2015 il proprio sistema integrato sociosanitario per la disabilità ponendo al centro la presa in carico della persona, la valutazione del bisogno e la definizione del piano individualizzato di assistenza e del piano di riabilitazione individuale all'interno del progetto di vita, sottolineando che la persona con disabilità e la sua famiglia debbano essere attivamente coinvolti nella definizione di tali strumenti e in ogni fase del processo di presa in carico.

La previsione di tale partecipazione può essere rilevata anche nei dispositivi normativi delle Amministrazioni che hanno disciplinato con legge regionale il diritto alla Vita Indipendente. Con le due leggi regionali di Abruzzo e Molise[44] viene infatti garantito alle persone con disabilità grave, comprese quelle con disabilità psico-relazionali, il diritto alla vita indipendente ed autodeterminata, attraverso il finanziamento di progetti di assistenza personale autogestita. *Le persona con disabilità*, recitano le leggi su citate, *secondo i principi di autodeterminazione e corresponsabilità, entrano a far parte della equipe multidisciplinare del Distretto sanitario e partecipano alle valutazioni e alle scelte pertinenti*. Sempre sul tema Vita indipendente La Regione Umbria, che ha emanato apposite Linee guida per disciplinare l'applicazione del diritto alla Vita Indipendente promuovendo la diretta partecipazione delle persone con disabilità o di chi le rappresenta (DGR n. 1079 del 28/09/2017).

Le Linee guida umbre affermano che il progetto per la Vita Indipendente è finalizzato a garantire l'autodeterminazione, la promozione della massima autonomia possibile nelle persone con

[44] Legge Regionale n. 18/2010 e Legge Regionale 57/2012.

disabilità utilizzando soluzioni personalizzate definite dal richiedente o da chi lo rappresenta. Nel rispetto della libertà di scelta e richiamando il principio di autodeterminazione, il progetto per la Vita Indipendente dovrà essere predisposto sulla base degli obiettivi definiti dalla persona con disabilità - con l'eventuale supporto dei consulenti alla pari e/o di altri esperti in materia di vita indipendente, liberamente scelti - condiviso e validato con i soggetti istituzionalmente preposti, al fine di organizzare i servizi e le prestazioni da attivare in modalità complementare a quelli già attivati.

La Regione Marche con Legge n. 18/1996 in materia di disabilità, modificata da successivi interventi legislativi (LR 28/2000; LR 25/2002; LR 32/2014) per un adeguamento, anche linguistico, all'ICF e ai principi della convenzione ONU indica lo stretto legame tra Vita indipendente e principio di autodeterminazione delle persone, sottolineando il protagonismo della persona nella redazione del piano personalizzato in accordo con l'Unità Multidisciplinare dell'Età Adulta - UMEA di riferimento e l'assistente sociale del comune di residenza.

Si riporta un esempio di progettazione nell'ambito dell' istruzione e formazione, come disciplinata in un avviso pubblico finanziato con risorse del FSE a valere sull'Asse II del POR dalla Regione Lazio, finalizzato a sostenere le Istituzioni Scolastiche/Formative del secondo ciclo nella fase di progettazione, di realizzazione e verifica degli interventi. La Regione ritiene fondamentale il rapporto di collaborazione tra le Istituzioni Scolastiche/Formative, famiglie, ASL e tutti i servizi del territorio che hanno in carico lo studente/essa, poiché il sistema socio-sanitario, se integrato, può fornire quegli strumenti indispensabili per la valutazione dei bisogni della persona ai fini dell'integrazione scolastica e più in generale per il suo progetto di vita.

L'Avviso pubblico *Piano di interventi finalizzati all'integrazione e inclusione scolastica e formativa degli allievi con disabilità, Assistenza Specialistica anno scolastico 2017/2018* - Asse II "Inclusione sociale e lotta alla povertà" - OT 9 Priorità di investimento 9 i Ob. Specifico 9.2 - per la presentazione delle proposte progettuali specifica che l'Istituzione Scolastica/Formativa avrà cura di organizzare l'attività educativa e didattica secondo il criterio della flessibilità nell'articolazione delle sezioni e delle classi, anche aperte, in relazione alla programmazione scolastica individualizzata, evitando la costituzione di laboratori che accolgano esclusivamente alunni con disabilità e privilegiando didattiche laboratoriali integrate. Gli accertamenti relativi all'handicap e alla necessità dell'intervento assistenziale saranno effettuati sulla base di quanto disposto dalla normativa vigente (Rif. L. 104 del 5 Febbraio 1992 art. 4 e D.P.C.M. 23/02/06, n. 185, art. 2, Circolari della Regione Lazio n. 212522/2014 e n.12557/2015). Il PEI si formula e si aggiorna in sede di Gruppo per integrazione e l'inclusione. In tale occasione vengono elaborate le proposte per l'individuazione delle risorse necessarie, in termini di ore insegnante di sostegno, di ore di assistenza specialistica, di assistenza di base (collaboratore scolastico), oltre che dei materiali e ausili necessari. Le Istituzioni Scolastiche/Formative insieme ai soggetti coinvolti nel processo di integrazione (Famiglia, ASL e Servizi del territorio) valuteranno l'utilità dell'attivazione del servizio per il percorso dell'alunno con disabilità e definiranno ambiti d'intervento obiettivi da raggiungere nonché la verifica di efficacia dei processi. La famiglia dello studente con disabilità è coinvolta in maniera attiva nella progettazione e nella verifica del P.E.I e deve essere messa al corrente degli obiettivi propri del servizio di assistenza specialistica. In particolare, i genitori dell'alunno potranno definire insieme alla scuola gli obiettivi da perseguire anche grazie all'assistenza specialistica, in linea con il complessivo progetto di vita della persona. L'Assistente Specialistico collabora alla stesura e aggiornamento del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.) e partecipa ai G.L.H. e ai momenti di lavoro di équipe della scuola.

Infine, insieme alla centralità del ruolo della persona con disabilità, della sua famiglia o suo rappresentante, l'importanza dell'integrazione con tutti i soggetti della rete dei servizi e la valorizzazione delle risorse comunitarie e delle associazioni di rappresentanza e tutela delle PcD emerge in alcune disposizioni regionali. Esempi significativi sul coinvolgimento attivo delle PcD e delle risorse presenti nelle comunità in cui questa vive, in un'ottica di welfare comunitario e di welfare generativo, si rintracciano nelle disposizioni regionali sulle sperimentazioni in tema di Budget di Salute (vedi Allegato 3).

3. L'utilizzo a livello locale dell'ICF

3.1 Rapporto tra valutazione e classificazione

La "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità – ICF", riconosciuta da 191 Paesi come un nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni, ha rappresentato una importante rivoluzione nella definizione e nella percezione dei concetti di salute e disabilità: i nuovi principi evidenziano l'importanza di un approccio integrato che tenga conto dei fattori ambientali classificandoli in maniera sistematica e che portino verso un nuovo concetto di disabilità dove non si indica più un assoluto della persona ma si esamina, come più volte richiamato nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, il rapporto tra la persona e il suo ambiente di riferimento.
La necessità di dotarsi di un sistema per la descrizione, classificazione e valutazione delle condizioni delle persone con disabilità basato sul modello bio-psico-sociale ha portato le Regioni a sperimentare e sviluppare nel tempo sistemi e strumenti per la valutazione della disabilità basati sulla Classificazione ICF.
Tra i dispositivi di valutazione della persona con disabilità in uso da parte delle Regioni Italiane e ispirati all'ICF, adottata dall'OMS nel 2001) si riconoscono due strumenti introdotti ormai da tempo: la Scheda di valutazione multidimensionale del disabile (S.Va.M.Di.) e il sistema di "Valutazione integrata longitudinale multiassiale" (VilmaFABER).
La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha sviluppato il sistema VilmaFABER come strumento di valutazione integrata e longitudinale centrato sulla persona e sul modello bio-psico-sociale finalizzato alla gestione della presa in carico integrata della persona con disabilità e alla valutazione dei suoi risultati. Il sistema è stato successivamente adottato in via sperimentale dalla Regione Liguria con DGR n. 868 del 2014 con la quale è stato in seguito approvato lo "Schema di collaborazione tra la Regione Liguria e la Regione Friuli Venezia Giulia –"Centro collaboratore italiano dell'OMS per la famiglia delle classificazioni internazionali" per la realizzazione della Sperimentazione regionale del sistema di valutazione VilmaFABER". La fase di sperimentazione è stata accompagnata da un percorso formativo rivolto agli operatori coinvolti e finalizzato all'acquisizione delle competenze necessarie ad utilizzare gli strumenti di valutazione.
La S.Va.M.Di. (Scheda di Valutazione Multidimensionale della Disabilità) adottata dalla Regione Veneto con DGR N. 331 del 13 febbraio 2007, successivamente ad una fase di sperimentazione, rappresenta uno degli strumenti di riferimento per la costruzione del progetto assistenziale personalizzato. La peculiarità del progetto S.Va.M.Di. si sostanzia "nell'utilizzo di un sistema classificatorio e descrittivo, originariamente non finalizzato alla produzione di punteggi e gerarchie, e nella sua strutturazione in grado di generare risultati di sintesi per l'elaborazione di valutazioni e l'assegnazione di livelli di gravità e di funzionamento". La scheda SVaMDi segue la struttura e l'organizzazione della Classificazione ICF e costituisce uno strumento univoco per la raccolta coerente di informazioni e per la conseguente stesura del progetto individuale per le persone con disabilità in età adulta. La SVaMDi è stata successivamente adottata da Basilicata, Calabria e Campania, che hanno predisposto, parallelamente all'adozione della scheda, dei percorsi di formazione ed addestramento per tutti gli operatori che concorrono alla valutazione, dalla Puglia, e dal Lazio che ha adottato la SVaMDi per l'accesso delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale alla residenzialità, semi-residenzialità e domiciliarità.

Dalla prima Relazione sullo stato di attuazione della Legge 22 giugno 2016, n. 112 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”, anno 2016-2017, emergono indicazioni importanti dalle schede di programmazione degli interventi regionali. Il Decreto di riparto delle risorse 2016, prevedeva una attività di valutazione finalizzata alla definizione di un progetto personalizzato, vero e proprio fulcro dell’attività dei servizi intorno al quale organizzare in maniera integrata le risposte ai bisogni emersi in sede di valutazione. Nella definizione del progetto era prevista la più ampia partecipazione della persona con disabilità grave, tenendo conto dei suoi desideri e dei suoi bisogni, “garantendole la possibilità di autodeterminarsi e il rispetto della libertà di scelta” in piena coerenza con quanto previsto dall’articolo 19, comma 1, lettera a), della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Il decreto disponeva che, a tal fine, dovevano essere garantiti, con le minori limitazioni possibili e con particolare riguardo alle persone con disabilità intellettiva e del neuro sviluppo, gli strumenti disponibili relativi al sostegno nella presa delle decisioni e per facilitare la comprensione delle misure proposte. Agli interventi previsti dal Programma Attuativo, accedevano le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, previa valutazione multidimensionale secondo i principi della valutazione bio-psico-sociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), effettuata da equipe multi professionali in cui erano presenti oltre alle componenti clinica e sociale, ulteriori figure utili alla migliore definizione del progetto personalizzato, alla cui esplicitazione partecipa il soggetto interessato e/o chi ne tutela gli interessi. Alcune Regioni come la Campania hanno indicato dei limiti nell’applicazione della scheda S.Va.M.Di. perché non consentirebbe di individuare tipo, frequenza e intensità di sostegni utili volti a migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità, promuovendone l’empowerment verso l’autodeterminazione e l’autonomia. Altre Regioni come la Puglia evidenziano come proprio il quadro operativo del Piano regionale per il “Dopo di Noi” costituisca il contesto più adeguato per avviare sperimentazioni in collaborazione con le UVM orientate a:

- ridare centralità alla persona disabile e ad eventuali figure di supporto familiare nel processo di valutazione e di costruzione del progetto personalizzato;
- introdurre elementi di innovazione rispetto alla S.Va.M.Di. per la corretta individuazione di supporti e sostegni, in termini di quantità, qualità ed intensità, con possibilità di verificarne nel tempo gli esiti sia in termini di miglioramento della qualità di vita della persona con disabilità sia in termini di efficientamento delle risorse.

La Regione Friuli Venezia Giulia, da ultimo, indica come prassi comune l’utilizzo, attraverso il sistema Valgraf (sperimentazione estesa dell’ICF), di scale di valutazione che sono in grado, attraverso la somministrazione di numerosi item, non solo di indagare la gravità della condizione di disabilità ma anche di valorizzare le competenze personali, nonché di effettuare la dovuta relazione tra la condizione individuale e il contesto di vita. Alcune Regioni come Puglia, Sicilia, Lombardia, Calabria e Friuli Venezia Giulia prevedono la possibilità di avviare una nuova sperimentazione dedicata a nuovi mix di strumenti che vadano ad esplorare tutti gli otto domini della qualità della vita della persona con disabilità.
Con Decreto del Direttore Generale n.134 del 31 ottobre 2013, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha emanato le "Linee guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità”.
Con l’obiettivo di rilevare gli aspetti sperimentali degli interventi finanziati, è stato chiesto agli Ambiti territoriali di indicare il tipo di innovazione che ha caratterizzato i progetti in relazione alle seguenti categorie: Territorio, Gruppo target, Metodi e Strumenti, Partner coinvolti. Su 12 interventi realizzati 9 hanno operato per innovare Metodi e strumenti per la vita Indipendente. Particolare rilievo è stato dato alla valutazione multidimensionale sia in merito alle schede di valutazione utilizzate, sia rispetto alla loro condivisione fra le diverse istituzioni pubbliche evidenziando anche la centralità conferita alla persona con disabilità e alla sua famiglia, nonché l’importanza attribuita al contesto sociale e di vita della persona stessa.
Dall’analisi degli esiti del monitoraggio dei progetti di Vita Indipendente svolta in relazione agli elementi di contesto regionali *“maggiormente consolidati”* e *“in via di consolidamento e*

allineamento alla CRPD", nei territori del primo gruppo i progetti monitorati hanno rappresentato un marcato orientamento al prosieguo e al consolidamento degli interventi realizzati in precedenza in ambito regionale. Anche nei casi di innovazione ci si riferisce non tanto alla definizione di nuove metodologie e strumenti ma piuttosto al perfezionamento di quelli già in uso presso i servizi per la presa in carico delle persone con disabilità. Si sperimentano quindi schede di valutazione basate sull'ICF che vengono testate anche sui progetti già in essere di Vita Indipendente finanziati con i fondi regionali.
La Provincia Autonoma di Trento indica che ai fini della valutazione della persona con disabilità, l'Unità Valutativa Multidimensionale utilizza lo strumento ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della salute, WHO, 2002), sperimentalmente nelle sue parti relative alle Funzioni corporee, Attività e Partecipazione valutando la composizione familiare e la situazione abitativa come stabilito nell'allegato al Disciplinare della sperimentazione del modello di intervento in materia di VI.
La Regione Liguria, che con la DGR n. 446/2015 sul sistema integrato sociosanitario per la disabilità ha innovato gli interventi per la domiciliarità avviando la sperimentazione dei progetti di VI sostenuti dallo strumento della Dote di cura, individua la necessità strategica di uniformare le modalità di valutazione e progettazione personalizzata delle persone con disabilità utilizzando metodi e strumenti basati sulla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF).
La stessa Regione con D.G.R. del 2015 va ad innovare gli interventi per la domiciliarità avviando una sperimentazione della durata di un anno dei progetti di vita indipendente per persone con disabilità motoria o intellettiva collegandoli allo strumento della Dote di cura (budget di salute) sulla base di una valutazione multidimensionale effettuata con il sistema ICF e un Piano Individualizzato di Assistenza (PIA). La Dote di Cura, che sostiene dal punto di vista economico-finanziario il PIA, viene definita come l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare alla persona, attraverso un progetto individuale terapeutico, riabilitativo, educativo ed assistenziale, un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità.
Il Centro Collaboratore dell'OMS in seguito alle attività volte a sviluppare negli anni modelli di valutazione basati sull'utilizzo dell'ICF ha condotto una attività di sperimentazione sulle metodologie di valutazione, predisponendo un approccio che parta dagli aspetti di vita di una persona per costruire una catalogazione dei fattori ambientali. In seconda battuta, un tale approccio dovrebbe consentire di comprendere se e quanto quei fattori siano di ostacolo o facilitazione di specifiche attività. Questa inversione, da una valutazione delle funzioni corporee, seguita da quella della partecipazione e dei fattori ambientali, a una procedura che parte dalla catalogazione dei fattori ambientali per poi coinvolgere direttamente la persona con disabilità, fa si che la valutazione del funzionamento abbia senso solo se laddove venga raccolto il punto di vista della persona con disabilità, così come richiesto dalla Convenzione delle Nazioni Unite. All'interno della riflessione del Centro Collaboratore, questo passaggio è stato ritenuto tanto più necessario in base alla costatazione che la valutazione del funzionamento, basata sulla classificazione ICF, si è spesso tradotta in un mera attività di codifica da parte degli operatori, anche a causa del mancato coinvolgimento attivo della persona con disabilità (cfr. Intervista Dr.ssa Lucilla Frattura, 2017).
Sulla base di questa rivoluzione copernicana, una procedura di valutazione della disabilità condotta con l'utilizzo proficuo della classificazione ICF dovrebbe avere a disposizione:

- un protocollo di valutazione del funzionamento (ovvero dei buoni risultati della presa in carico);
- una definizione delle informazioni adatte ad essere codificate in ICF e ad essere lette come un profilo di funzionamento, ma non necessariamente da codificare "manualmente";
- la condivisione sulla definizione di profilo di funzionamento utilizzata;
- una operazionalizzazione dei concetti ICF di "funzionamento" e "disabilità" utile per leggere le informazioni codificate in ICF;

- una formazione finalizzata a mettere gli operatori in grado di valutare il ruolo dei fattori ambientali nel funzionamento;
- una modalità per leggere e interpretare le informazioni codificate in modo che siano utili nella pianificazione;
- una modalità per confrontare i risultati di progetti personalizzati
- una organizzazione idonea del processo di valutazione;
- competenze per leggere i profili di funzionamento come risultati raggiungibili dalla presa in carico integrata (cfr. slide Dr.ssa Lucilla Frattura, 2016).

3.2 La confrontabilità statistica delle informazioni

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute ha superato il modello medico di disabilità considerando la stessa come il risultato dell'interazione tra l'individuo e un ambiente non favorevole. In molti Paesi l'ICF si è mostrato come strumento utile al cambiamento di prospettiva e di approccio alla disabilità intesa come rapporto tra le condizioni di salute in cui si trova la persona e quelle ambientali e sociali in cui si svolge le sua vita. In tale contesto, un tema molto dibattuto è rappresentato dall'utilizzo dell'ICF come strumento di raccolta di dati e statistiche sulla disabilità, adeguato a descrivere la condizione delle persona nei vari contesti di vita. Questo utilizzo sembra essere praticabile per lo più nell'ambito degli accertamenti e delle valutazioni legate alla condizione di salute della persona, stessa, mentre molto reta da fare sul versante della valutazione dei fattori sociali e ambientali (cfr. Brognolo G. et al., 2009).
Come riferisce la Dott.ssa Lucilla Frattura, in Italia non esiste uno standard di codifica derivato dall'applicazione dell'ICF. Accanto a ciò, l'attività di codifica viene spesso confusa con la vera e propria attività valutativa. La classificazione ICF deve essere considerata per quello che è realmente, cioè uno standard di codifica delle informazioni sanitarie, che, analogamente ad altri sistemi di codifica, serve a standardizzare informazione di carattere sanitario già raccolte con altri strumenti. Peraltro, la classificazione ICF descrive i fattori ambientali in maniera molto grezza, poiché per il momenti mette a disposizione pochissimi termini che raggruppano più cose. A riguardo essa solo 5 tipologie di fattori ambientali, e tra questi inserisce anche i farmaci, in relazione ai quali raggruppa sotto un unico termine migliaia di principi attivi (cfr. Intervista Dr.ssa Lucilla Frattura, 2017).
In altre parole, l'ICF è un raggruppatore di concetti, non un analizzatore. Esso consente di raggruppare e confrontare dati e informazioni, ma è troppo generico per poter redigere sulla sua base un progetto personale. A tale scopo, nel sistema VilmaFaber elaborato dal Centro collaboratore, è stata costruita una super classificazione di fattori ambientali che vanno a legare, costruendo degli abbinamenti, tutti i codici della classificazione degli ausili utilizzata in Italia (ISO999) a dei codici ICF corrispondenti. (circa 800 codici ISO corrispondono a circa 12 codici ICF). In questo sistema, il cd. ICF espanso", si è tentato di dare valore alla descrizione effettiva dell'ambiente di una persona (Es. nella famiglia ristretta intesa come fattore ambientale rilevante si individua chi della famiglia è facilitatore e chi barriera); si ha così una base dati molto dettagliata o molto raggruppata a seconda che si vadano ad utilizzare informazioni da Nomenclatore o da ICF. VilmaFaber consente dunque di descrivere in maniera dettagliata i fattori ambientali utilizzando nomenclature e terminologie specifiche esistenti, che vengono successivamente codificati in base alla classificazione ICF. Il Thesaurus di termini che è stato sviluppato in tal modo in ambito socio-sanitario contiene oggi circa 5.500 termini, contro i 170 dell'ICF originario. Con il progetto del Thesaurus si è cercato di far capire che usando al meglio la più ampia famiglia delle classificazioni, senza limitarsi solo ad ICF, si può utilizzare al meglio lo stesso ICF.
Diverse Regioni hanno la necessità di dotarsi di un sistema gestionale in grado di standardizzare le informazioni raccolte al fine di costruire progetti personalizzati. La Regione Liguria e la Regione Marche hanno adottato il sistema ICFWeb, una applicazione web che va a supportare le attività cliniche di diagnosi funzionale basate sulla classificazione standard ICF in contesti assistenziali,

riabilitativi e socio assistenziali. Il sistema è strutturato per il lavoro interdisciplinare e va ad integrare la lettura delle abilità funzionali con l'analisi delle attività e della partecipazione del soggetto, rilevando e progettando il suo stato di inclusione. ICFweb è anche strumento gestionale in grado di misurare gli esiti dei propri interventi attraverso un puntuale monitoraggio e analisi del dato.
Altre Regioni come l'Umbria, il Lazio, il Veneto e la Lombardia hanno utilizzato il modello Atl@nte ai fini di una valutazione multidimensionale per la gestione dei servizi orientati alla Persona. Attraverso il Sistema Atl@nte è possibile osservare e descrivere i bisogni dell'utente evidenziati da ICF e ICF-CY, da questi definire il progetto individualizzato, pianificare le attività delle risorse disponibili ed infine valutare i risultati ottenuti con indicatori e sintesi ad hoc. I domini sono organizzati nelle varie componenti in modo del tutto originale, facile nella compilazione e ricerca dei domini. A ciascun dominio è associata la descrizione estesa, le inclusioni e le esclusioni, l'assegnazione del qualificatore a specifici costrutti, la possibilità della compilazione congiunta e di porre delle note per ciascun dominio. La Regione Lombardia dal mese di giugno 2016 ha inserito questo strumento all'interno della piattaforma Lombardia Informatica S.p.A. dove vi accedono tutte le ATS e le ASST della Regione (le nuove strutture organizzative risultanti dal processo di riforma del welfare regionale). La piattaforma supporta la gestione della Valutazione Multidimensionale delle persone che devono essere prese in carico nell'ambito di un percorso di Cure Domiciliari, o che devono essere rivalutate periodicamente. La Regione Umbria ha utilizzato lo stesso dispositivo per:

- la gestione delle Cure Domiciliari - tutti i Distretti, Centri di Salute e Punti di Erogazione (PE e PES) usano lo stesso strumento per la presa in carico, la Valutazione (interRAI Home Care) e la gestione del Piano di Cura delle persone in Cure Domiciliari (il sistema comprende la rendicontazione delle attività erogate a domicilio e la gestione dei Flussi SIAD);
- la gestione delle Cure Palliative - tutti i servizi di cure palliative (Hospice o domiciliare) hanno a disposizione lo strumento interRAI Palliative Care per la Valutazione Multidimensionale e la possibilità di gestire il Piano di Cura; isistema è integrato come tutte le altre componenti con il sistema di rendicontazione delle prestazioni erogate e con la generazione dei flussi Hospice e SIAD;
- la gestione delle persone in carico ai servizi di Salute Mentale. Il sistema comprende la gestione dei flussi SISM.
- la gestione delle Dimissioni Protette (in questo contesto si utilizza interRAI Contact Assessment), con un percorso informatizzato integrato Ospedale-Territorio per la continuità delle cure.

Infine, la Regione Lazio che nel corso dell'anno 2015 con decreto del Commissario ad Acta (n. U00361 del 31 ottobre 2014) ha adottato gli strumenti di valutazione multidimensionale della Suite interRAI per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative. A fine 2015, dopo un percorso di integrazione della piattaforma interRAI con SIAT, è stata avviata la prima fase del progetto di utilizzo di interRAI attraverso la formazione di Formatori delle prime 6 ASL coinvolte, a partire dai moduli interRAI Home Care (per la Valutazione e rivalutazione periodica dei bisogni delle persone in carico alle Cure Domiciliari) e interRAI Contact Assessment (quale strumento di screening e identificazione semplificata del bisogno, in prima battuta collocata a livello di Punto Unico di Accesso). Ad oggi sono stati adottati dalla Regione Lazio quattro strumenti:

- interRAI Home Care, per la gestione delle prese in carico ed il governo clinico delle persone in carico alle Cure Domiciliari.
- interRAI Palliative Care, per la gestione delle prese in carico ed il governo clinico delle persone in carico alle Cure Palliative Domiciliari e in Hospice.
- interRAI Long Term Care Facility, per il governo clinico delle persone in carico alle strutture Residenziali e semiresidenziali per Anziani.
- interRAI Contact Assessment, per la individuazione precoce delle persone con bisogni socio assistenziali, strumento che può trovare applicazione sia a livello di Centrale Operativa Territoriale o Punto Unico di Accesso, ma indispensabile in fase di Dimissione

Protetta da Ospedale e per la individuazione delle persone da prendere in carico da parte del Medico di Famiglia in attività programmata o da indirizzare ad una valutazione di secondo livello.

In passato anche la Regione Basilicata, con Delibera di Giunta Regionale del 30/11/2010 n.2042, su finanziamento del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nell'ambito del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze per l'annualità 2010, ha approvato il Progetto Sperimentale denominato: "Il Mondo in ICF - Presa in carico e piena cittadinanza" volto a rafforzare il concetto di continuità del sostegno tra i diversi servizi che si occupano della persona con disabilità lungo tutto il percorso evolutivo. Il Progetto ha mirato a rendere uniformi i linguaggi tra i diversi operatori e servizi, pur nel rispetto delle specifiche competenze "tecniche", che devono collocarsi in un quadro omogeneo di visione, osservazione e programmazione. La presa in carico viene intesa come lavoro in rete, attraverso il quale è possibile coprire la più grande parte possibile della domanda posta dalla persona e/o dalla famiglia, attraverso un suo forte coinvolgimento.
ICF è una classificazione che ha un taglio prettamente sanitario ed è quindi lacunosa negli altri ambiti. Lo stesso Thesaurus è stato inizialmente sviluppato in ambito socio-sanitario e non è mai stato esteso al sistema scolastico ed quello lavoristico. Con il progetto "ICF e politiche del Lavoro" promosso dal Ministero del Lavoro e realizzato da Italia Lavoro, sono stati sviluppati e sperimentati degli strumenti per l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità, costruiti in base ai principi della classificazione ICF. Sono state messe a punto delle schede prototipo per la definizione dei profili sociali, professionali e funzionali delle persone con disabilità, per analizzare le caratteristiche delle aziende e delle mansioni disponibili, e per compiere l'osservazione in situazione lavorativa delle persone avviate al lavoro. Sono state testate sul territorio circa 200 check list, a cura dei servizi per l'impiego, delle commissioni mediche integrate ex L.104/92 e dei comitati tecnici introdotti dalla L. 68/99. I risultati del lavoro sono stati presentati all'OMS ma a tutt'oggi l'applicazione di ICF nell'ambito delle politiche del lavoro non è stata implementata e non è mai stata elaborata una scheda descrittiva/di valutazione dei posti di lavoro. Fondamentale risulta infatti descrivere l'ambiente di lavoro in modo uniforme, in un modo replicabile. La griglia dovrebbe essere utilizzata per descrivere l'ambiente di lavoro e la descrizione dovrebbe essere codificata in modo automatico in ICF. A seguito della descrizione si avrebbero a disposizione una serie di informazioni che potrebbero essere incrociate con quelle relative alla persona per verificare se si tratti di fattori disturbanti o meno. La valutazione del funzionamento nel posto di lavoro, infatti, come anche nella scuola, è differente dalla valutazione all'esterno del posto di lavoro: in particolare occorre rilevare se i fattori ambientali all'interno dell'organizzazione produttiva producano una sinergia positiva o negativa, una volta che si trovino ad interagire con i funzionamenti individuali connessi alle condizioni di salute.
Nell'ambito del contesto lavorativo potrebbe essere predisposto uno strumento analogo al D.lgs. 66/2017 emanato in ambito scolastico, che stabilisce che, in funzione della definizione del PEI, il profilo di funzionamento dell'alunno debba essere messo a punto da una equipe multidisciplinare, in base alla classificazione ICF, ma utilizzando strumenti di valutazione specifici. La filosofia alla base di questo modo di procedere dovrebbe essere quella che riconosce come sia necessaria una collaborazione tra i vari attori che operano nei vai ambiti, in modo da condividere l'intelaiatura, il *framework* delle informazioni da raccogliere (cfr. Intervista Dr.ssa Lucilla Frattura, 2017).

3.3 Strumenti di valutazione del contesto lavorativo

Nel 2005 attraverso l'iniziativa "Progetto ICF in Italia", il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali aveva promosso l'utilizzo della International Classification of Functioning dell'OMS, lanciando un intervento denominato "ICF e Politiche del Lavoro" e avviando azioni sperimentali con l'obiettivo di formare un ampio numero di persone che operano nel settore della disabilità ad una diversa cultura e filosofia della disabilità stessa. Questo progetto ha rappresentato la prima di

una serie di azioni sperimentali nel settore delle politiche del lavoro, con particolare riferimento al ruolo svolto dai servizi per l'impiego per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità.
Il progetto "ICF e Politiche del Lavoro", la cui fase realizzativa era stata affidata ad Italia Lavoro, si è concluso a marzo 2006 coinvolgendo 17 regioni, 78 province e oltre 1500 operatori del Collocamento mirato. La sperimentazione della *check list ICF dedicata al MdL* , strumento derivato dalla classificazione ICF per il collocamento mirato, ha coinvolto le Province di Cuneo, Torino, Taranto e Teramo; sono state coinvolte 176 persone disabili per 202 schede compilate complessivamente (26 somministrate alla stessa persona separatamente dalla Commissione Medica integrata e dal gruppo socio lavoristico). Lo strumento altamente innovativo era stato concepito per migliorare la fase di accertamento delle capacità residue lavorative al fine di delineare, con maggiore ricchezza e chiarezza da parte dei servizi preposti, il profilo funzionale della persona disabile nella sua ambizione e prospettiva lavorativa e di favorire perciò migliori condizioni di *matching* tra domanda e offerta. Sulla base di questa positiva esperienza, la Provincia di Torino ha voluto proseguire estendendo lo stesso modello di intervento, la formazione e la sperimentazione dell'ICF, a quegli operatori del territorio provinciale non coinvolti nel progetto precedente. Si è sviluppato così nel 2007 il progetto "ICF e Politiche del Lavoro Torino", finanziato dalla Provincia di Torino e affidato nella sua fase di attuazione ad Italia Lavoro. L'intervento ha coinvolto oltre 90 operatori individuati dall'Amministrazione Provinciale tra gli operatori dei Cpi e dei Servizi di supporto al Collocamento Mirato (Aziende Sanitarie Locali, Consorzi Socio-Assistenziali, Comunità Montane e Cooperative Sociali), nonché, per la prima volta, anche gli operatori provenienti dalle Agenzie Formative accreditate.
L'interesse specifico di questa edizione del progetto è stato quello di sperimentare lo strumento direttamente nella filiera operativa del collocamento mirato provinciale, in particolare cercando di rispondere ad alcune criticità nel funzionamento dei Gruppi di sostegno locali al Comitato tecnico istituiti a livello locale dall'amministrazione provinciale, per "snellire" la procedura indicata dalla L. 68/99 in un territorio con un numero molto elevato di iscritti alle liste del collocamento mirato e disponibili all'inserimento lavorativo. Con la sperimentazione della Formazione Professionale, a cui hanno partecipato 13 Agenzie Formative provinciali, si è attivata anche la sperimentazione della classificazione ICF nel contesto della transizione scuola - lavoro. La somministrazione della *check list dedicata* ha coinvolto 43 persone con disabilità, 31 provenienti dal bacino di persone iscritte al collocamento mirato provinciale e 7 dai corsi del sistema della Formazione Professionale.
Dal 2009, il programma finalizzato all'applicazione dell'ICF, e degli strumenti da esso derivati, alle politiche di inserimento lavorativo delle persone con disabilità è stato sviluppato nell'ambito di un progetto più allargato, "Messa a punto di protocolli di valutazione della disabilità basati sul modello bio-psico-sociale e della struttura descrittiva della Classificazione ICF", promosso dall'Agenzia Regionale della Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia e finanziato dal Centro Controllo Malattie del Ministero della Salute e dal Ministero della Solidarietà Sociale con l'obiettivo di pervenire alla definizione di modalità ICF e strumenti di accertamento e valutazione della salute e disabilità nei processi di presa in carico sociosanitaria integrata.
Nel perseguire questo obiettivo il Ministero aveva affidato ad Italia Lavoro il compito di definire una modalità di applicazione e degli strumenti specifici per le politiche attive di re-inserimento lavorativo delle persone con disabilità.
Il percorso sperimentale che ne è conseguito, partendo dall'esperienza accumulata in precedenza ha prodotto due linee di sviluppo molto significative: l'evoluzione della checklist lavoro verso una logica protocollare, integrata con altri ambiti e finalizzazioni; l'utilizzo delle potenzialità dell'ICF per la rilevazione delle condizioni proprie della destinazione lavorativa. I risultati sono stati due: il protocollo lavoratore (fascicolo personale) e il protocollo azienda, costruiti a partire dai nuclei informativi dei due versanti fondamentali del mercato del lavoro:

- il lato dell'offerta, ovvero le caratteristiche della persona con disabilità utili ad individuare le condizioni di autonomia e corrispondenza con la specifica mansione lavorativa;
- il lato della domanda, ovvero le caratteristiche della mansione da ricoprire e le condizioni del contesto organizzativo di inserimento lavorativo.

A partire dal 2009 e fino al 2011 è stato implementato un programma di sviluppo per portare a sistema l'utilizzo della metodologia ICF attraverso i due protocolli lavoratore e azienda, attraverso l'integrazione del Progetto ICF "Sviluppo dell'applicazione dell'ICF e di strumenti da esso derivati alle politiche attive di inserimento lavorativo delle persone con disabilità", nell'ambito del PON Convergenza, Azione "Servizi per l'inclusione socio-lavorativa dei soggetti svantaggiati con il concorso dei SPL", (ICF 4), definito d'intesa dalle due Direzioni Generali competenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali: DG per l'Inclusione e i Diritti Sociali e DG Mercato del Lavoro. Il programma in collaborazione con Italia Lavoro si è sviluppato in 11 Regioni (Piemonte, Liguria, Veneto, Friuli V.G., Abruzzo, Marche, Basilicata, Campania, Calabria, Puglia, Sicilia) con l'obiettivo di innalzare lo standard di qualità del collocamento mirato e obbligatorio (cfr. Ministero del Lavoro, Anni 2008-2009). Nell'ambito del Progetto, i servizi pubblici attivi nell'inserimento delle persone con disabilità iscritte al Collocamento mirato sono stati incentivati a sviluppare forme di collaborazione con le organizzazioni non profit che operano su questo segmento di utenza e a utilizzare la classificazione ICF, sia per valutare la disabilità, sia per definire le misure da adottare per inserire nelle imprese le persone coinvolte. Il progetto ICF 4, approvato con Decreto del 05/01/2009 del Ministero del Lavoro, ha avuto come scopo principale la costituzione o l'implementazione della filiera dei servizi pubblici e privati per il collocamento mirato e l'applicazione di strumenti e metodologie innovative. Le azioni hanno coinvolto 6 province (Genova, Asti, Padova, Ascoli Piceno, Teramo) e hanno riguardato in particolare la formazione di operatori all'utilizzo della Classificazione ICF nell'ambito dell'inserimento lavorativo. Nelle 6 province dove sono state condivise le modalità di sperimentazione, si è proceduto:

- ad una attività di sensibilizzazione delle persone con disabilità a cui somministrare il protocollo;
- al coinvolgimento delle associazioni delle persone con disabilità attive sul territorio;
- alla somministrazione del protocollo nell'ambito dei servizi pubblici e/o privati della rete che avevano in carico le persone con disabilità;
- al coinvolgimento delle Associazioni di categoria dei datori di lavoro;
- all'individuazione, con il supporto del servizio del collocamento mirato, delle aziende presso cui effettuare l'intervista e l'osservazione al fine della compilazione del protocollo azienda (cfr. Italia Lavoro, 2011).

In ultimo sono stati programmati e realizzati anche sei *focus group* sull'applicazione dei protocolli, con la partecipazione del Centro Collaboratore, per verificare l'esatto utilizzo della classificazione ICF ed approfondire con i gruppi multidisciplinari coinvolti nel Programma ICF4, le modalità utilizzate nella somministrazione dei protocolli.

Bibliografia

- Inapp, *Report* tecnico Ricognizione sulla progettazione personalizzata e il budget di salute. *(bozza),* Roma *2017*
- Inapp, *Report tecnico Monitoraggio e valutazione dei progetto per la vita indipendente (bozza),* Roma 2017
- Italia Lavoro, *Relazione del Consiglio di Amministrazione sulla gestione al 31.12.2011*
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Prima Relazione sullo stato di attuazione della legge 22 giugno 2016, n. 112 "disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare." - Anno 2016-2017
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Quinta Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 "norme per il diritto al lavoro dei disabili"* - Anni 2008-2009
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Italia lavoro, *ICF e Politiche del Lavoro*, 2005 Roma
- Brognolo G. et al., *ICF e Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità*, Erickson, 2009
- Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, *Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità*, DPR 4 ottobre 2013,
- http://www.osservatoriodisabilita.it/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=239&lang=it
- Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, *II Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità 2014-2016* http://www.osservatoriodisabilita.it/index.php?option=com_content&view=article&id=308:secondo-programma-di-azione-biennale&catid=37&lang=it&Itemid=921
- Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, *Schema di linee comuni per l'applicazione dell'art. 19 (Vita indipendente ed inclusione nella società) della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità*, giugno 2016
- L. Frattura, *Vita Indipendente ed Inclusione nella società delle persone con disabilità - Analisi dei processi e suggerimenti per inquadrare la progettazione personalizzata basata su un profilo di funzionamento nelle strategie di presa in carico integrata* – slide presentate al convegno finale "La sperimentazione umbra sulla Vita Indipendente", sui risultati raggiunti dalla sperimentazione umbra sulla "Vita Indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità", co-finanziata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dalla Regione Umbria e realizzata dal Centro per l'Autonomia Umbro. Terni, 6 giugno 2016.

Allegati

Allegato 1 - Riferimenti normativi nazionali e regionali

Riferimenti normativi nazionali

DPCM 12 gennaio 2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*

Legge 15 marzo 2017, n. 33 *Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali.*

Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 *Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà.* (17G00161) (GU n.240 del 13-10-2017)

Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66. *Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107*

Decreto Ministeriale 23 novembre 2016, *Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016.*

Decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151. *Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità', in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183*

DDG n. 41/77del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali *Linee guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, anno 2015*

Riferimenti normativi regionali

REGIONE ABRUZZO

- Legge Regionale del 10 marzo 2008, n. 5: "Un sistema di garanzie per la salute - Piano sanitario regionale 2008-2010"
- Decreto del Commissario ad Acta del 20 dicembre 2013, n. 107: "Attività e procedure di competenza del punto unico di accesso e della unità di valutazione multidimensionale - linee guida regionali"
- D.G.R. del 30 novembre, 2015, n. 974: "Integrazione scolastica degli studenti con disabilità (L. 104/92) e interventi in favore degli studenti con disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) e con bisogni educativi speciali (BES) - Approvazione schema di protocollo d'intesa tra in Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Ufficio scolastico regionale per l'Abruzzo e la Regione Abruzzo"
- Deliberazione Consiglio Regionale del 9 agosto 2016, n. 70/4: "Piano Sociale Regionale 2016-2018"
- D.G.R. del 11 agosto 2016, n. 528: " Piano Operativo FSE 2017/2019"
- Determinazione n. 43/DPF013 del 17 maggio 2017: POR FSE 2014-2020 - Progetto ABRUZZO INCLUDE

- D.G.R. del 7 Luglio 2017, n. 375: “Approvazione Programma attuativo del Decreto Interministeriale 23 novembre 2016 – Dopo di noi – Fondo per l’assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare 2016”
- D.G.R. del 13 aprile 2017, n. 191: “Linee di Indirizzo per l'Integrazione Socio-Sanitaria”
- Determinazione del 29 marzo 2017, DPG009/30: “ POR FSE 2014-20, Piano Operativo FSE 2016-18, Intervento 10 – Certificazione apprendimenti non formali ed informali. Approvazione avviso pubblico ed allegati. Prenotazione risorse”

REGIONE BASILICATA

- Legge Regionale del 14 febbraio 2007, n.4: “Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale”
- D.G.R. del 30 novembre 2010, n. 2042: “Avviso Pubblico del 2 novembre 2010 per la presentazione, da parte delle Regioni e delle Provincie Autonome, ai sensi dell’art. 3 comma 1 del Decreto Interministeriale del 4 ottobre 2010, di progetti riguardanti iniziative sperimentali in favore delle persone non autosufficienti. Approvazione del Progetto : “Il Mondo in ICF - Presa in carico e piena cittadinanza”
- D.G.R. del 18 ottobre 2011, n.1479: “Progetto “Il Mondo in ICF”
- D.G.R. del 28 dicembre 2012, n.1842 : “Adozione della scheda di valutazione multidimensionale S.Va.M.DI, quale strumento valutativo per le persone con disabilità”
- Legge Regionale del 12 dicembre 2014, n.38: “art. 3 Istituzione dell’Osservatorio Regionale sulla condizione delle persone con disabilità”
- Programma Operativo Regionale FSE 2014-2020, approvato dalla Commissione Europea in data 21/12/2014
- D.G.R. n. 1751/2015 : “Interventi integrativi per favorire l’inserimento nelle scuole di alunni disabili”
- D.G.R. del 13 ottobre 2016, n.1168 : “Approvazione Programma triennale straordinario di interventi, servizi e prestazioni volti a sostenere l'integrazione scolastica, sociale e lavorativa e l'autonomia personale dei disabili che include il Piano operativo annuale per l'anno 2016”
- D.G.R. del 8 novembre 2016, n.1289: “DGR n. 1168 del 13 ottobre 2016. Programma straordinario triennale per la disabilità e Piano operativo annuale 2016- art. 6 LR n.3/2016. - Ripartizione risorse Asse n.1 - Potenziamento del sostegno socio assistenziale scolastico”
- D.G.R. del 4 aprile 2017, n. 287: “Linee di indirizzo per il Servizio di assistenza educativa specialistica a favore degli alunni con disabilità frequentanti le scuole di ogni ordine e grado”
- Piano Regionale sociosanitario 2018-2020 – 07/2017 in attuazione di quanto disposto dall’art. 3 della Legge Regionale 12 gennaio 2017, n.2.

REGIONE CALABRIA

- Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 21 dicembre 2011, n. 134: “Individuazione strumenti standardizzati per la presa in carico sociosanitaria integrata dei soggetti disabili”

- Decreto del Commissario ad Acta n° 71 del 20 ottobre 2014: “P.O. 2013-2015 – Adozione della scheda S.va.m.di. quale strumento unico regionale per la valutazione delle persone disabili”
- D.G.R. del 29 giugno 2016 ,n.243: “Approvazione Piano regionale per le Politiche Attive del Lavoro”

- D.G.R. del 31 gennaio 2017, n. 25: “Piano di inclusione attiva - PROGRAMMA OPERATIVO REGIONALE 2014-2020 FONDO EUROPEO DI SVILUPPO REGIONALE FONDO SOCIALE EUROPEO PROGRAMMA DI AZIONE E COESIONE COMPLEMENTARE 2014-2020 PIANO DI INCLUSIONE ATTIVA”
- Obiettivo Specifico 9.2 Incremento dell’occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili
- PROGRAMMA OPERATIVO NELL'AMBITO DELL'OBIETTIVO "INVESTIMENTI IN FAVORE DELLA CRESCITA E DELL'OCCUPAZIONE 2014/2020”
- Proposta di Legge del Consiglio regionale della Calabria , n. 150 prot. n. 21085 del 19/05/2016: "Strategie d’intervento educativo ed inclusione scolastica degli alunni con bisogni educativi speciali"

REGIONE CAMPANIA

- Legge Regionale del 23 ottobre 2007, n.11: “Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328”
- D.G.R. del 10 dicembre 2012, n.685: “Adozione delle linee di indirizzo per il processo di individuazione e valutazione dell'alunno con disabilità ai fini della presa in carico per l'integrazione scolastica”
- D.G.R. del 13 dicembre 2013, n. 546 : “Modifiche delle linee di indirizzo per il processo di individuazione e valutazione dell’alunno con disabilità ai fini della presa in carico per l’integrazione scolastica”
- D.G.R. del 8 agosto 2014, n. 346 : “Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità”
- Programma Operativo regionale FSE 2014-2020, approvato dalla Commissione Europea in data 20/07/2015
- D.G.R. del 29 dicembre 2015, n.869 : “Piano Sociale Regionale 2016-18”
- D.G.R. del 14 giugno 2017, n. 345 : “Adozione di indirizzi programmatici per l'assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”
- D.G.R. del 3 ottobre 2017, n.610: “Adozione di indirizzi programmatici per l'assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”
- Legge Regionale del 7 agosto 2017, n. 25: “ Istituzione del Garante regionale dei diritti delle persone con disabilità”

REGIONE EMILIA ROMAGNA

- D.G.R. del 30 luglio 2007, n. 1206: "Fondo regionale per la non autosufficienza - indirizzi attuativi della delibera n. 509/2007"
- D.G.R. del 2008, n. 1230 “Fondo regionale per la non autosufficienza - Programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità “
- D.G.R. del 27 dicembre 2011, n. 2155: “Approvazione progetto “Budget di salute”

- D.G.R. del 22 aprile 2013 , n. 478: “Piano attuativo salute mentale e superamento ex oo.pp.. rimodulazione del fondo, riparto e assegnazione alle aziende sanitarie per l'anno 2013”
- D.G.R. del 9 giugno 2014 , n. 805: “Piano attuativo salute mentale e superamento ex oo.pp." (dgr n.217/2014). riparto e assegnazione del fondo alle aziende sanitarie per l'anno 2014”
- D.G.R del 20 ottobre 2015, n. 1554: “Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia budget di salute”
- Legge Regionale del 30 luglio 2015, n. 14: “Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari”
- Deliberazione dell’Assemblea legislativa del 12 luglio 2017, n. 120: “Piano sociale e sanitario 2017-2019 (Proposta della Giunta regionale in data 15 maggio 2017, n. 643)”
- D.G.R. del 21 dicembre 2016 , n. 2324 : “Approvazione dell'invito a presentare operazioni per l'inserimento al lavoro, l'inclusione sociale e l'autonomia, attraverso il lavoro delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità - L.R. 14/2015 - PO Fse 2014/2020 obiettivo tematico 9 - Priorità di investimento 9”
- D.G.R. del 1 agosto 2016 ,n. 1229: “Linee di programmazione integrata ai sensi dell'art 3 della l.r. 30 luglio 2015 n. 14"disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari"
- D.G.R. del 15 febbraio 2016, n. 191 : “Approvazione dell'indice di fragilità, strumento di valutazione della condizione di fragilità e vulnerabilità - art. 2, comma 2 della legge regionale 14 del 30 luglio 2015 e attuazione art. 3, comma 2 della legge regionale 12 del 17 luglio 2014”

REGIONE LOMBARDIA

- D.G.R. del 23 gennaio 2015, n. X/3069: “Presa d’atto dell’approvazione del Programma Operativo Regionale – FSE 2014/2020 da parte della Commissione Europea con Decisione di Esecuzione del 17 dicembre 2014 C(2014) 10098 finale”
- Legge Regionale del 11 agosto 2015 , n. 23: “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”
- D.D.G. del 25 novembre 2015, n.10227: “Avviso pubblico relativo ad interventi per lo sviluppo dell’autonomia finalizzata all’inclusione delle persone disabili”
- D.D.G. del 25 novembre 2015, n.10226: “Avviso pubblico per l’implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell’autonomia”
- DECRETO del 4 agosto 2016, n. 7836: “Avvisi per la fruizione dell’offerta formativa dei percorsi di qualifica triennali di istruzione e formazione professionale, per l’assolvimento del diritto dovere di istruzione e formazione professionale, dei percorsi di istruzione e formazione professionale – percorsi personalizzati per allievi disabili e dei percorsi di istruzione e formazione professionale (iefp) iv anno - anno formativo 2016/2017 – in attuazione della d.g.r. 4872/2016”

- D.G.R. del 11 ottobre 2016, n. X/5672: “Misura reddito di autonomia 2016: implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell’autonomia e sviluppo di autonomia finalizzata all’inclusione sociale delle persone disabili”
- D.G.R. del 5 dicembre 2016, n. X /5940: “Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2016 - (di concerto con l'Assessore Gallera)”
- D.G.R. del 7 giugno 2017 , n. X/6674: “Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -dopo di noi- L. n. 112/2016”

REGIONE TOSCANA

- Legge Regionale del 24 febbraio 2005, n. 41: “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”
- D.G.R. del 05 novembre 2007, n. 782 - DGRT n. 937/2006: ” Finanziamento progetti destinati alla formazione degli operatori sociosanitari delle Aziende UU.SS.LL. toscane sull'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento della disabilità e della salute)”
- D.G.R. del 16 giugno 2008, n. 467: “Adesione progetto "Messa a punto di protocolli di valutazione della disabilità basati sul modello biopsicosociale e la struttura descrittiva della classificazione interna zonale del funzionamento disabilità e salute (ICF)"
- Legge Regionale del 18 dicembre 2008, n. 66: “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”
- D.G.R. del 29 dicembre 2015, n.1329: “Approvazione nuovo "Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente". Revoca Delibere n. 146 del 27 febbraio 2012 e n. 68 del 4 febbraio 2013”
- Decreto del 23 dicembre 2015, n.6456: “ POR FSE 2014-2020 Asse B Attività PAD B.1.1.1.A). Approvazione dell’Avviso pubblico “Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili”
- Decreto dirigenziale del 16 novembre 2016, n. 12305 “Investimenti a favore della crescita e dell’occupazione ASSE B - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'. Attività PAD B.2.1.3.A) “Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia” Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale –buoni servizio per sostegno alla domiciliarità “
- D.G.R. del 12 luglio 2016, n. 679 ”Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio”
- Relazione annuale di attuazione al 31.12.2016 del programma operativo 2014 – 2020. Investimenti a favore della crescita, dell’occupazione e del futuro dei giovani
- CdS POR FSE FSE 2014 – 2020 Ob. ICO Regione Toscana – Informativa stato avanzamento del PO – buona pratica
- D.G.R. del 10 luglio 2017, n. 735 “Programma Dopo di noi “

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

- Legge Regionale del 25 settembre 1996 , n. 41 “Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 - Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate”
- Legge Regionale del 19 maggio 1998, n. 10 “Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali”
- D.G.R. del 29 novembre 2004, n. 3236: “Linee guida per la predisposizione del Programma delle Attività Territoriali (PAT)”
- Legge Regionale del 9 agosto 2005, n. 18 : “Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro”
- D.G.R. del 24 novembre 2006, n. 2843: “Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006-2008”
- D.G.R. del 10 febbraio 2006, n. 217 “Indirizzi in materia di definizione e modalità di attivazione delle tipologie dei percorsi personalizzati di integrazione lavorativa di cui all'articolo 37, comma 1, lettera c), della legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 (Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro)"
- D.G.R. del 14 settembre 2007, n. 2147: “L.R. n. 10/1998 , art 4 , comma 2 - adozione del sistema di valutazione multidimensionale val.graf. a valere su tutto il territorio regionale”
- D.G.R. del 11 marzo 2010, n.465: “PSSR 2010 – 2012 Piano sanitario e sociosanitario regionale”
- Legge Regionale del 16 ottobre 2014, n. 17: “Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria”
- Decreto del Presidente della Regione del 8 gennaio 2015, n. 07/Pres. “Regolamento di attuazione del Fondo per l’autonomia possibile e per l’assistenza a lungo termine di cui all’articolo 41 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)”
- D.G.R. del 10 luglio2015, n. 1363: “Allegato 1 - PROGRAMMA PREVENTIVO CONSOLIDATO 2015 DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE”
- D.G.R. del 6 marzo 2015, n. 394: “Allegato 1 “LINEE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ANNO 2015”
- D.G.R. del 17 luglio 2017, n. 1331: “L. 112/2016, Art. 3, comma 3, Indirizzi di programmazione per l’utilizzo del Fondo 2016 per l’assistenza delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”
- PIANO PROGRAMMA 2017-2018-2019 - CONSORZIO PER L’ASSISTENZA MEDICO PSICOPEDAGOGICA (30 comuni della provincia di Udine)

REGIONE LAZIO

- D.G.R. del 17 ottobre 2008, n. 731: “Recepimento del documento sancito dalla Conferenza unificata concernente: “Intesa tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane in merito alle modalità ed ai criteri per l’accoglienza scolastica e la presa in carico

dell'alunno con disabilità", del 20 marzo 2008. (Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131)"

- Decreto del Commissario ad Acta del 24 dicembre 2012, n. U00431 (delibera del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012): "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio"
- Circolare n. 212522/2014: "Modalità e criteri per l'accoglienza scolastica e la presa in carico dell'alunno con disabilità. Modifica alla circolare n.18157/D4/00 del 13.2.2009"
- Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta del 1 Ottobre 2014, n. 306: "Adozione della scheda S.Va.M.Di per la valutazione delle persone con disabilità fisica psichica e sensoriale per l'accesso alla residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità"
- Legge Regionale del 10 agosto 2016, n. 11: "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio"
- D.G.R. del 25 luglio 2017, n. 454: "Linee guida operative regionali per le finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale del 28/11/2016 di attuazione"
- D.G.R. del 28 febbraio 2017, n. 88: "Servizi e interventi sociali di assistenza alla persona nella Regione Lazio. Attuazione L.R. 11/2016. Modifiche alla deliberazione della Giunta regionale 03 maggio 2016, n. 223"
- Determinazione del 7 settembre 2017, n. G12184: "Manifestazione d'interesse per la costituzione di un elenco di soggetti proponenti tirocini extracurriculari per persone con disabilità in età lavorativa (allegato A)"

REGIONE LIGURIA

- D.G.R. del 6 agosto 2013, n. 18: "Piano Sociale Integrato Regionale 2013-2015"
- D.G.R. del 11 luglio 2014, n.868: "Sperimentazione regionale del sistema di valutazione VILMA-FABER –schema di collaborazione tra Regione Liguria e Regione Friuli Venezia Giulia"
- D.G.R. del 27 marzo 2015, n. 446: "Sistema integrato sociosanitario per la disabilità"
- Legge Regionale del 29 luglio 2016, n. 17: "Istituzione dell'azienda ligure sanitaria della regione Liguria (a.li.sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria"
- D.G.R. del 23 novembre 2016, n. 1033: "Indirizzi operativi per la messa a regime dei Progetti per la Vita Indipendente di persone disabili"
- D.G.R. del 5 agosto 2016, n. 779: "Avviso pubblico per la presentazione di operazioni relative ad azioni finalizzate all'inserimento lavorativo di giovani con disabilità nel mercato del lavoro (attività per l'integrazione socio-lavorativa, attività professionalizzante individualizzata modulare sull'asse 2 "inclusione sociale e lotta alla povertà" e sull'asse 3 "istruzione e formazione" del programma operativo fondo sociale europeo Liguria 2014-2020")"

- D.G.R. del 16 giugno2017, n. 465: “Adesione della Regione Liguria alla legge "Dopo di noi” approvata all’unanimità nella seduta del Consiglio Regionale 27/28/29 giugno 2017”

REGIONE MARCHE

- Legge Regionale del 4 giugno 1996, n. 18 : “Promozione delle politiche di intervento in favore delle persone handicappate"
- D.G.R. del 9 febbraio 2010, n. 227: “Integrazione scolastica degli alunni con disabilità: Approvazione schemi di accordo di Programma tra gli Enti competenti e relativa modulistica-Avvio corso di formazione su ICF”
- D.G.R. del 10 aprile 2012, n.496: “Piani personalizzati di Vita Indipendente in favore di persone con grave disabilità motoria – criteri di attuazione”
- D.G.R. del 17 luglio 2017, n. 833: “Programma Dopo di Noi”

REGIONE MOLISE

- Legge Regionale del 28 ottobre 2002, n.26: “Istituzione del Fondo per l'occupazione dei disabili, ai sensi dell'art. 14 della legge n. 68/1999”
- Legge Regionale del 6 novembre 2002 n. 30: “Tutela della salute mentale”
- D.G.R. del 6 marzo 2006, n. 203: “Direttiva in materia di autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture, con partecipazione degli utenti al costo dei servizi, rapporto tra enti pubblici ed enti gestori"
- Decreto del Commissario ad acta del 17 novembre 2010, n. 78 - Direzione Generale V - Politiche per la Tutela della Salute ed Assistenza Socio - Sanitaria - Commissario ad acta: “Valutazione multidimensionale delle persone con disabilità - adozione della scheda S.Va.M.Di. per l'accesso ai servizi sanitari e sociali”
- Legge Regionale del 19 novembre 2010, n. 18: “Interventi regionali per la vita indipendente”
- Decreto del Presidente della Regione del 7 dicembre 2011, n. 104: “ Piano di indirizzo per la riabilitazione”
- Legge Regionale del 6 maggio 2014, n. 13: “Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali”
- Regolamento Regionale del 27 febbraio 2015, n. 1: “Regolamento di attuazione della legge regionale n.13 del 6.05.2014 "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali"
- Determinazione del Direttore Generale per la Salute del 5 agosto 2015, n. 155: “Adempimenti lea. prontuario terapeutico ospedaliero regionale”
- D.G.R. del 16 giugno 2017, n. 215: “Legge n. 112/2016 "dopo di noi"- programma attuativo regionale 2016. approvazione schede”
- Determinazione del Direttore Generale del 27 luglio 2017, n. 329: “Avviso pubblico per la selezione di progetti personalizzati per il "dopo di noi" e per la sperimentazione di soluzioni innovative per la vita indipendente per persone con disabilità senza il necessario supporto familiare. Approvazione”
- PIANO SOCIALE REGIONALE 2015-2018

REGIONE PIEMONTE

- Deliberazione del Consiglio Regionale del 24 ottobre 2007, n. 137-40212: “Piano socio-sanitario regionale 2007-2010”
- D.G.R. del 29 marzo 2010, n. 26-13680: “ Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)”
- D.G.R. del 29 luglio 2013, n. 15-6181: “ Tutela del diritto allo studio degli alunni e studenti con disabilità: indicazioni per l'individuazione dell'alunno/studente come soggetto in situazione di handicap. Linee di indirizzo in merito all'accoglienza e presa in carico dell'alunno/studente con disabilità: modifiche e integrazioni alla D.G.R. 34-13176 del 1 febbraio 2010”
- D.G.R. del 19 settembre 2016, n. 29-3944 : “Revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30 -1517/2015 e s.m.i.”
- D.G.R. del 2 maggio 2017, n. 28-4949: “ Legge 22 giugno 2016, n. 112 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”.

REGIONE PUGLIA

- Legge Regionale del 25 febbraio 2010, n.2: “Istituzione del fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti e loro nuclei familiari”
- Legge Regionale del 25 febbraio 2010, n. 4: “Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali”
- D.G.R. del 12 dicembre 2011, n. 2814: “L.R. n. 2/2010. L.R. n. 4/2010. R.R. 6/2011. DGR n. 691/2011. Approvazione Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (S.Va.M.A.) e delle persone disabili (S.Va.M.Di.) e Modello di Piano di Assistenza Individuale”
- D.G.R. del 12 aprile 2011, n. 691: “Del. G.R. n. 1984 del 28 ottobre 2008 “Linee guida regionali per la non Autosufficienza” e L.R. n. 2/2010 - art. 4 comma 6. Approvazione Linee guida regionali per l’accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari”
- D.G.R. del 16 aprile 2013, n. 758: “ L.R. n. 19/2006 e Del. G.R. n. 2578 del 23/11/2010 di approvazione del progetto “Qualify-Care Puglia” - Percorsi integrati innovativi per la presa in carico domiciliare di persone gravemente non autosufficienti”. Approvazione criteri di accesso ai Progetti di Vita Indipendente e approvazione dello schema di Convenzione con la rete regionale dei Centri per la domotica sociale”
- Determinazione del Dirigente sezione inclusione sociale attiva e innovazione delle reti sociali del 2 dicembre 2016, n. 671: “Del. G.R. n. 1709/2016 “Piano di attività per il secondo periodo di attuazione del programma per i Progetti di Vita Indipendente (2016-2018). Approvazione indirizzi per il nuovo Avviso pubblico per la selezione dei beneficiari di PROVI sperimentali e ordinari”. Approvazione Avviso pubblico per i progetti personalizzati di vita indipendente (Pro.V.I.) in favore di persone con disabilità gravi per l’autonomia personale e l’inclusione socio-lavorativa”
- Del. G.R. n. 1709/2016: "Piano di attività per il secondo periodo di attuazione del programma per i Progetti di Vita Indipendente (2016-2018). Approvazione indirizzi per il nuovo Avviso pubblico per la selezione dei beneficiari di PRO.V.I. sperimentali e ordinari". Approvazione Avviso pubblico per i progetti personalizzati di vita indipendente (Pro.v.i.) in favore di persone con disabilità gravi per l'autonomia personale e l'inclusione socio-lavorativa”

- PIANO REGIONALE PER IL DOPO DI NOI - “Qualità della vita e autonomia per le persone con disabilità senza supporto familiare (20172019)” ai sensi dell’art. 3 del D.M. 23/11/2016 in attuazione della l.n. 112/2016

REGIONE SARDEGNA

- Legge Regionale del 23 dicembre 2005, n. 23: “Riordino del sistema integrato dei servizi alla persona”
- D.G.R. del 21 febbraio 2006, n. 7/5: “Istituzione del punto unico di accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale”
- D.G.R. del 30 giugno 2015, n. 33/12: “Fondo regionale per la non autosufficienza di cui all’art. 2 della L.R. n. 7/2014. Avvio della sperimentazione del nuovo sistema di valutazione, finanziamento e monitoraggio dei piani personalizzati (Legge n. 162/1998)” - Allegato 1 “Linee guida per la valutazione multidimensionale, il finanziamento e il monitoraggio dei piani personalizzati (legge n. 162/1998)”; Allegato 2 “Schede di valutazione multidimensionale”
- D.G.R. del 8 agosto 2017, n. 38/31: “ Potenziamento dei Punti unici di accesso e delle Unità di valutazione territoriali ai fini della valutazione multidimensionale dei bisogni e della gestione degli interventi per la non autosufficienza in ambito PLUS. L.R. n. 5/2017, art. 5, comma 24. Euro 2.000.000”
- Determinazione del 29 marzo 2017, Prot. n. 3580: Approvazione dell’informativa preliminare, relativa all’avviso pubblico “Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità- Includis”. Asse inclusione sociale PO FSE 2014-2020-OT9 – Priorità 1, volta a favorire l’inclusione socio lavorativa di persone con disabilità.

REGIONE SICILIA

- D.A. n.1247 del 2002 - Dipartimento Regionale Enti Locali: “Direttive per la presentazione di programmi e progetti individuali d'intervento a sostegno dei portatori di handicap grave”
- Decreto Presidenziale del 2 gennaio 2006 : “Piano triennale della Regione Siciliana a favore delle persone con disabilità”
- DECRETO del 12 novembre 2007: “Linee guida in materia di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti”
- Decreto del Presidente del 23 dicembre 2011 - Approvazione del Protocollo di intesa fra Assessorato salute e Assessorato famiglia, politiche sociali e lavoro per l’attuazione del Sistema regionale integrato socio-sanitario in Sicilia,
- DECRETO del 26 ottobre 2012: “Il Piano della riabilitazione”
- DECRETO del Presidenziale del 11 novembre 2013: “Line guida per l’attuazione delle politiche sociali e socio- sanitarie 2013-2015”
- D.G.R. del 23 giugno 2017, n.243: “Programma regionale Dopo di Noi”

REGIONE UMBRIA

- D.G.R. del 23 febbraio 2009, n. 230: “Atto di indirizzo di cui alla art. 6 co. 2 della L.r. 9/2008 “Criteri per la composizione delle UVM e criteri di classificazione dei casi sottoposti a valutazione di non autosufficienza”

- D.G.R. del 26 luglio 2010, n.1114: “Istituzione della rete regionale della riabilitazione”
- Legge Regionale del 9 aprile 2015, n. 11: “Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali (fa riferimento alla Legge regionale 4 giugno 2008, n. 9. Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni”
- Deliberazione dell’Assemblea Legislativa del 7 marzo 2017, n. 156: “Nuovo Piano sociale regionale”
- D.G.R. del 28 settembre 2017, n. 1079: “Approvazione della Linea guida in materia di Vita indipendente delle persone con disabilità”

REGIONE VENETO

- D.G.R. del 6 ottobre 2014, n. 1804: “Disposizioni in materia SVaMDi di cui alla DGR 2960/12. Approvazione del documento "Linee Guida per la codifica ICF e compilazione della Scheda di valutazione multidimensionale SVaMDi" e del programma operativo di implementazione ed estensione dello strumento”
- D.G.R. del 28 dicembre 2012, n. 2960: “Approvazione modifiche ed integrazioni alla scheda SVaMDi di cui alla DGR 2575 del 4 agosto 2009”
- D.G.R. del 28 dicembre 12, n. 2961 : “Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità. dgr 1059/2012. primo provvedimento: approvazione del set di strumenti per l'area delle persone anziane e altri non autosufficienti e modifiche alla scheda SVAMA di cui alla DGR 1133/2008. (BUR n. 13 del 1.2.13)”
- D.G.R. del 04 agosto 2009, n. 2575: “Individuazione e approvazione dei criteri per la messa a regime della nuova Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili (SVaMDi)”
- D.G.R. del 13 febbraio 2007, n. 331: “Valutazione multidimensionale delle persone con disabilità secondo ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute: approvazione e introduzione di S.Va.M.Di per l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari. (BUR n. 22 del 02/03/2007)”
- D.G.R. del 28 dicembre 2007, n. 4588: "Linee guida per l’applicazione dell’UVMD. Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) “
- D.G.R. del 29 dicembre 2004, n. 4316 “I.C.F. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute _ Progetto regionale di formazione all’ICF per gli operatori dei servizi socio sanitari.”

P.A. DI TRENTO

- Legge Provinciale del 10 settembre 2003, n. 8: “Disposizioni per l'attuazione delle politiche a favore delle persone in situazione di handicap”
- Legge Provinciale del 27 luglio 2007, n. 13: “ Politiche sociali nella provincia di Trento”
- Legge Provinciale del 23 luglio 2010, n.16: “Tutela della salute in provincia di Trento”
- Delibera del 15 dicembre 2014, n.2224: “Legge provinciale 16/2010 in materia di tutela della salute art. 16 c. 5 e art. 18. Nuovo modello d'intervento in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità”
- PROGRAMMA OPERATIVO NELL'AMBITO DELL'OBIETTIVO "INVESTIMENTI IN FAVORE DELLA CRESCITA E DELL'OCCUPAZIONE (2014-2020)

P.A. DI BOLZANO

- D.G.P. del 19 MARZO 20123, n. 412: “Approvazione “Piano di settore disabilità - Obiettivi e sfide delle politiche per le persone con disabilità in Alto Adige 2012-2015”
- D.G.P. del 15 luglio 2013, n. 1056 : “Accordo di programma ai sensi dell'art. 21/sexies della legge provinciale 30 giugno 1983, n. 20, e successive modifiche (Nuove provvidenze in favore dei soggetti portatori di handicap”
- Provincia autonoma di Bolzano - Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014-2020 - PROGRAMMA OPERATIVO NELL'AMBITO DELL'OBIETTIVO "INVESTIMENTI IN FAVORE DELLA CRESCITA E DELL'OCCUPAZIONE
- Avviso Pubblico per la presentazione di Proposte Progettuali a carattere formativo “Azioni volte al rafforzamento delle competenze ed all’accompagnamento al lavoro dei soggetti vulnerabili” – Annualità 2017/2018” - Fondo Sociale Europeo 2014-2020

Allegato 2 – Avvisi pubblici consultati

AVVISI PUBBLICI REGIONALI - POR FSE 2014/2020
Azione 9.2.1 – Interventi di presa in carico multiprofessionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF su scala territoriale.

Regione Abruzzo
Determinazione n. 43/DPF013 del 17 maggio 2017: POR FSE 2014-2020 - Progetto ABRUZZO INCLUDE
Regione Basilicata
Bando di selezione allievi Progetto formativo "SFIDA – Sviluppo della Formazione per l'Inserimento dei disabili in Agricoltura" P.O. FSE 2014-2020 - ASSE 2 - "Rafforzare ed innovare l'inclusione attiva nella società" Priorità di Investimento 9i - Obiettivo Specifico 9.2 AVVISO PUBBLICO "Interventi di sostegno alla qualificazione e all'occupabilità di cittadini diversamente abili in ambito agricolo" approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 921/2016. Progetto formativo "S.F.I.D.A. – Sviluppo della Formazione per l'Inserimento dei Disabili in Agricoltura"
Regione Calabria
Avviso pubblico Dote Lavoro e inclusione attiva Asse prioritario VIII – promozione dell'occupazione sostenibile e di qualità - asse x – inclusione sociale Obiettivo Specifico 9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili, in attuazione del Piano Inclusione attiva (DGR n. 25 del 31/01/2017). Inserimento e/o il reinserimento nel mercato del lavoro dei disoccupati, delle persone con disabilità e maggiormente vulnerabili attraverso un'offerta personalizzata di strumenti di politica attiva in linea con le previsioni di cui al D. Lgs. n.150 del 14 settembre 2015
Regione Emilia Romagna
DGR n° 2324/2016 : approvazione dell'invito a presentare operazioni per l'inserimento al lavoro, l'inclusione sociale e l'autonomia, attraverso il lavoro, delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità - L.R. 14/2015 – PO - FSE 2014/2020 obiettivo tematico 9 - priorità di investimento 9.1.
Regione Friuli Venezia Giulia
Avviso Supporto e sostegno alla partecipazione di utenza svantaggiata alle attività formative finanziate. Decreto 6086/LAVFORU/2015 del 02.11.2015 POR FSE 2014-2020, PI 9.i Azione: 9.2.2

Regione Lazio

a) Determinazione - n° G12184 del 07/09/2017 Manifestazione d'interesse per la costituzione di un elenco di soggetti proponenti tirocini extracurriculari per persone con disabilità in età lavorativa.
b) Asse II "Inclusione sociale e lotta alla povertà" - OT 9 Priorità di investimento 9 i Ob. Specifico 9.2 AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE PROPOSTE PROGETTUALI. Piano di interventi finalizzati all'integrazione e inclusione scolastica e formativa degli allievi con disabilità –Assistenza Specialistica anno scolastico 2017-18

Regione Liguria

a) DGR N. 779 del 05/08/2016 Avviso pubblico per la presentazione di operazioni relative ad azioni finalizzate all'inserimento lavorativo di giovani con disabilità nel mercato del lavoro (attività per l'integrazione socio-lavorativa, attività professionalizzante individualizzata modulare sull'asse 2 "inclusione sociale e lotta alla povertà" e sull'asse 3 "istruzione e formazione" del programma operativo fondo sociale europeo Liguria 2014-2020").

Regione Lombardia

a) Avviso pubblico per lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili (Asse prioritario II – Inclusione sociale e lotta alla povertà) - Favorire azioni propedeutiche all'inserimento lavorativo (es. Tirocini) finalizzate a consolidare l'autonomia della persona e promuoverne l'inclusione sociali.
b) Misura Reddito di Autonomia 2016 (DGR N° X/55672 del 11/10/2016) Azione 9.2.1 – Interventi di politica attiva rivolti specialmente alle persone con disabilità. Interventi ammissibili: Valutazione multidimensionale; Definizione condivisa del progetto personalizzato; Interventi e prestazioni previsti dal PI e afferenti al catalogo approvato con d.d.g. 3731/2016.
c) Avvisi in attuazione delle DGR n° 4872/2016 e DGR n° 6426/2017 per percorsi personalizzati per allievi disabili attraverso percorsi formativi volti a sviluppare e potenziare le capacità cognitive, le conoscenze e le competenze professionali.

Regione Puglia

a) Avviso Pubblico Sperimentale n. 5/2016 "Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) - Priorità d'Investimento 10.iv - Migliorare l'aderenza al mercato del lavoro dei sistemi d'insegnamento e di formazione.
b) Obiettivo specifico. P.O. Puglia 2014-2020 10.f Qualificazione dell'offerta di istruzione e formazione tecnica e professionale - Azione 10.3 Azioni volte a favorire la transizione fra istruzione e mercato del lavoro.
c) DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SEZIONE FORMAZIONE PROFESSIONALE 3 ottobre 2016, n. 783Avviso Pubblico Sperimentale n. 5/2016 "Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) protocollo d'intesa del 11 aprile 2016 e integrazione del 20/07/2016"

Regione Sardegna

Avviso pubblico Progetti di inclusione socio-lavorativa di persone con disabilità – INCLUDIS Asse Inclusione sociale PO FSE 2014-2020 OT 9 – Priorità I – Obiettivo specifico 9.2. Azione 9.2.1. Realizzazione di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone con disabilità, sviluppo di percorsi integrati e multidimensionali di inclusione attiva e di sostegno all'inserimento sociale e lavorativo di tali destinatari.

Regione Toscana

a) FONDO SOCIALE EUROPEO Programma Operativo Regionale 2014 – 2020 Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione ASSE B - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA' Attività PAD B.2.1.3.A) "Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia"
b) Avviso pubblico Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale –buoni servizio per sostegno alla domiciliarità - Gli interventi saranno finalizzati a favorire, accompagnare e sostenere il rientro presso il proprio domicilio della persona anziana, con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza o della persona disabile grave, a seguito di dimissioni, anche attraverso il potenziamento e consolidamento dei servizi territoriali di continuità assistenziale con la messa a disposizione di interventi integrativi a sostegno della domiciliarità.
c) Decreto n.6456 del 23-12-2015 POR FSE 2014-2020 Asse B Attività PAD B.1.1.1.A). Approvazione dell'Avviso pubblico "Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili".

d) Avviso pubblico ASSE B - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA' teso a promuovere la realizzazione su tutto il territorio regionale di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone con disabilità in carico ai servizi socio-assistenziali, sanitari e/o socio-sanitari e non occupate, e di persone certificate per bisogni relativi alla salute mentale.

Regione Veneto

DGR nr. 316 del 15 marzo 2016 - POR Fondo Sociale Europeo 2014-2020 Asse II inclusione sociale obiettivo tematico 9 promuovere l'inclusione sociale, combattere la povertà e ogni forma di discriminazione azioni integrate di coesione territoriale (aict) per l'inserimento e il reinserimento di soggetti svantaggiati - anno 2016.

Regione Piemonte

a) Bando finalizzato all'istituzione dell'elenco dei soggetti attuatori della misura buono servizi lavoro per persone con disabilità in attuazione dell'Atto di indirizzo Fondo Regionale Disabili annualità 2016-18 - D.G.R. n. 15-4165 del 07/11/2016 periodo 2017 – 2018.
b) Bandi per la realizzazione di progetti speciali (chiamata di progetto) rivolti ai disabili in condizione di particolare gravità (oggetto di approvazione con successive Determinazioni);
   Protocollo di intesa tra la Regione (Direzione Coesione Sociale) e l'Agenzia Piemonte Lavoro (APL), per l'attivazione presso i Centri per l'Impiego di misure da erogare alle persone con disabilità (oggetto di approvazione con successiva Determina

PA di Bolzano

a) Avviso Pubblico per la presentazione di Proposte Progettuali a carattere formativo "Azioni volte al rafforzamento delle competenze ed all'accompagnamento al lavoro dei soggetti vulnerabili" – Annualità 2017/2018" Programma Operativo nell'ambito dell'obiettivo"Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione" Asse II Inclusione sociale e lotta alla povertà Priorità di investimento 9i "L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità" Obiettivo specifico 9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili

Allegato 3 - Casi regionali

Regione EMILIA ROMAGNA

Parole chiave: composizione équipe multiprofessionali/inclusione lavorativa

Riferimenti normativi

L.R. 14/2015 Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari

DGR 1229/2016 Linee di programmazione integrata ai sensi dell'art 3 della L.R. 30 luglio 2015 n. 14 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari"

DGR 191/2016 Approvazione dell'indice di fragilità, strumento di valutazione della condizione di fragilità e vulnerabilità - art. 2, comma 2 della legge regionale 14 del 30 luglio 2015 e attuazione art. 3, comma 2 della legge regionale 12 del 17 luglio 2014

Presa in carico e programma personalizzato di interventi

La presa in carico unitaria è realizzata da parte di una équipe multi-professionale che opera considerando la persona in maniera globale e unitaria e utilizzando le competenze specialistiche differenziate degli operatori coinvolti. L'équipe multiprofessionale, una volta accertata la condizione di fragilità e vulnerabilità della persona e realizzata la presa in carico unitaria, predispone un programma personalizzato di interventi, ne rileva e verifica gli effetti, provvedendo, ove necessario, a ridefinire il programma stesso. Il programma personalizzato d'interventi individua l'insieme delle azioni finalizzate all'inserimento lavorativo e all'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità.

Il "profilo di fragilità" è lo strumento di valutazione previsto per verificare la sussistenza delle condizioni per la presa in carico integrata delle persone in accesso ai servizi sociali e/o sanitari e/o del lavoro da parte dell'équipe multi professionale. È uno strumento di lettura trasversale della "vulnerabilità" che attinge alle specifiche condizioni individuali e di contesto che caratterizzano il vissuto di ciascuna persona.

Composizione delle équipe

Nell'équipe multiprofessionale è sempre presente un operatore del Centro per l'Impiego; sono inoltre presenti un operatore dei servizi sociali nonché dei servizi sanitari, anche cumulativamente, in relazione alle problematiche concernenti la persona.

L'operatore del Centro per l'impiego, dovrà essere, nel caso in cui la persona presa in carico abbia una disabilità certificata, un operatore esperto del collocamento mirato

Funzioni delle équipe

- valutazione della condizione di fragilità e vulnerabilità delle persone;
- definizione del programma personalizzato di intervento;
- gestione del caso;
- monitoraggio delle azioni svolte e dei risultati progressivamente raggiunti.

Competenze degli operatori

- rilevazione delle caratteristiche dell'utente (bisogni e risorse), nonché valutazione delle diverse dimensioni di criticità, attraverso l'utilizzo degli strumenti appositamente predisposti;
- individuazione degli interventi da realizzare in funzione delle caratteristiche delle persone e delle risorse disponibili;
- definizione di un piano di lavoro e delle modalità di monitoraggio degli interventi;
- definizione dello specifico supporto in relazione agli interventi da realizzare e identificazione dei soggetti della rete locale da attivare.

Le competenze comprendono anche conoscenze relative a

- i servizi territoriali a supporto dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione di utenti fragili e vulnerabili e la gamma di servizi-prestazioni erogate;

- le principali norme nazionali/regionali di riferimento e i relativi provvedimenti attuativi;
- gli strumenti per l'analisi e la valutazione delle caratteristiche e delle condizioni delle persone prese in carico;
- le tecniche comunicative e relazionali nel rapporto con le persone in condizione di disagio;
- gli strumenti informativi per la registrazione e trasmissione di dati.

Regione EMILIA ROMAGNA

Parole chiave: équipe multiprofessionale/inclusione lavorativa/FSE

Riferimenti normativi

DGR 2324/2016 Approvazione dell'invito a presentare operazioni per l'inserimento al lavoro, l'inclusione sociale e l'autonomia, attraverso il lavoro delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità - L.R. 14/2015 - POR FSE 2014/2020 Obiettivo tematico 9 - Priorità di investimento 9. Risorse approvate Euro 20.000.000,00. N. operazioni approvate 38

Obiettivo

Le azioni e gli interventi finanziati a valere sul presente invito configurano l'offerta di interventi formativi e di politica attiva del lavoro attuativi di quanto previsto dalla Legge Regionale n. 14/2015. L'obiettivo specifico è pertanto garantire alle persone fragili e vulnerabili l'accesso agli interventi previsti dal programma personalizzato integrato, definito per la persona presa in carico, che costituiscono oggetto del Patto di Servizio (D.lgs.150/2015) sottoscritto dai componenti dell'équipe multi-professionale e dalla persona in condizioni di fragilità e vulnerabilità.

Destinatari

I destinatari sono le persone caratterizzate da condizione di vulnerabilità che associano alla mancanza di lavoro almeno un'ulteriore problematica di tipo sociale e/o sanitario e che beneficiano delle misure previste dal presente Invito a seguito della verifica di sussistenza delle condizioni per la presa in carico integrata da parte dell'équipe multiprofessionale ovvero le persone che accedono ai servizi sociali e/o sanitari e/o del lavoro in esito al "Profilo di fragilità" (DGR n. 191/2016).

L'individuazione dei destinatari delle misure sarà a cura delle équipe multi-professionali, referenti per ambito distrettuale e i nominativi saranno inoltrati al soggetto attuatore per l'attivazione delle misure previste dal programma personalizzato con riferimento agli interventi di politica attiva del lavoro (in particolare per le PcD sono previsti tirocini). I potenziali destinatari delle azioni candidate a valere sul presente invito sono le persone in condizione di vulnerabilità che associano alla mancanza di lavoro almeno un'ulteriore problematica di tipo sociale e/o sanitario e che beneficiano delle misure previste dal presente Invito a seguito della verifica di sussistenza delle condizioni per la presa in carico integrata da parte dell'équipe multiprofessionale ovvero le persone che accedono ai servizi sociali e/o sanitari e/o del lavoro in esito al "Profilo di fragilità" di cui alla DGR n. 191/2016. I soggetti attuatori dovranno garantire l'attuazione di quanto previsto dal programma personalizzato d'interventi ed in particolare delle misure di politica attiva previste dal Patto di Servizio, sottoscritto dai componenti dell'équipe multi professionale e dalla persona in condizioni di fragilità e vulnerabilità. Il soggetto attuatore dovrà accompagnare le persone inviate nominativamente dall'équipe multi-professionale nell'attuazione di quanto previsto dal programma personalizzato d'interventi con riferimento alle misure di politica attiva previste dal Patto di Servizio, sottoscritto dai componenti e dalla persona in condizioni di fragilità e vulnerabilità.

Operazioni finanziabili

Le operazioni relative a specifiche aree di intervento - orientamento, accompagnamento al lavoro, sostegno nei contesti lavorativi e formativi, tirocini, formazione e certificazione delle competenze - dovranno descrivere puntualmente le modalità organizzative e le risorse professionali per garantire un efficace e puntuale raccordo con i referenti dell'equipe multi professionale al fine di presidiare il necessario flusso di informazioni nella fase di attivazione, nella realizzazione e nella restituzione degli esiti con riferimento alle singole persone prese in carico. Le operazioni dovranno descrivere puntualmente:

- le modalità organizzative e le risorse professionali per garantire un efficace e puntuale raccordo con i referenti dell'équipe multi professionale al fine di presidiare il necessario flusso di informazioni nella fase di attivazione, nella realizzazione e nella restituzione degli esiti con riferimento alle singole persone prese in carico;
- le modalità organizzative e gli strumenti per il presidio e il monitoraggio in itinere delle diversi fasi di realizzazione, per la valutazione intermedia e finale e per la misurazione dei risultati conseguiti a breve e a medio termine.
Le misure dovranno essere erogate in funzione di quanto indicato dal Patto di servizio delle singole persone, il soggetto attuatore dovrà altresì garantire la collaborazione, nelle modalità successivamente concordate, con i referenti dell'équipe multi-professionale nonché con i referenti dell'Agenzia per il Lavoro e con i Centri per l'impiego territorialmente competenti, al fine di garantire la fruizione delle azioni di politica attiva del lavoro da parte delle persone.

Regione CALABRIA

Parole chiave: composizione équipe multiprofessionale /inclusione lavorativa

Riferimenti normativi

Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 134 del 21 dicembre 2011 Individuazione strumenti standardizzati per la presa in carico sociosanitaria integrata dei soggetti disabili.

D.G.R. n° 25 del 31/01/2017 Piano di inclusione attiva – Programma Operativo Regionale 2014-2020 FESR FSE – Programma di azione e coesione complementare 2014-2020 Piano di Inclusione attiva

Avviso Pubblico Dote Lavoro e inclusione attiva. Asse prioritario VIII – Promozione dell'occupazione sostenibile e di qualità - Asse X – Inclusione Sociale - Obiettivo Specifico 9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili

Piano d'Azione di inclusione attiva

Il Piano d'Azione di inclusione attiva rappresenta un atto di Indirizzo per la programmazione dei Servizi e delle Politiche Attive del Lavoro e Inclusione Attiva e per la formulazione dei relativi dispositivi attuativi regionali (avvisi pubblici) attraverso il quale si intende istituire una cornice di riferimento per l'implementazione delle politiche attive del lavoro sul territorio regionale. Il piano si pone i seguenti obiettivi generali:
- promuovere l'accesso al lavoro delle componenti giovanili e femminili della popolazione;
- prevenire le situazioni di disoccupazione di lunga durata e di crisi occupazionale aziendale o settoriale anche prevedendo interventi di ricollocazione, a salvaguardia dell'occupazione;
- favorire l'inclusione attiva delle persone svantaggiate all'interno di progetti personalizzati di presa in carico multidimensionale.

Sono previsti Progetti individuali di presa in carico multi professionale per le persone maggiormente vulnerabili finalizzati all'inserimento lavorativo (POR Asse 10).
Gli interventi programmati prevedono la definizione di Progetti Personalizzati di presa in carico a seguito di una preliminare valutazione multidimensionale del fabbisogno della persona e/o del nucleo familiare di riferimento, con il coinvolgimento di equipe multidisciplinari, caratterizzate principalmente dall'interdisciplinarietà e dall'integrazione tra le diverse figure professionali (operatori sociali, socio-sanitari, operatori delle amministrazioni territoriali in materia di istruzione, formazione e tutela della salute, operatori dei servizi per l'impiego). Nell'assumere come finalità l'attivazione lavorativa delle persone in situazione di svantaggio, il percorso di accompagnamento al lavoro autonomo o subordinato sarà strutturato sulla medesima

architettura del sistema dotale, con un'articolazione del flusso gestionale e una serie di misure e servizi espressamente dedicati ai target di riferimento.

Avviso pubblico Dote lavoro e inclusione attiva

L'Avviso pubblico Dote lavoro e inclusione attiva, finanziato con risorse FSE in attuazione del Piano Inclusione attiva (DGR n. 25 del 31/01/2017), mira a sostenere l'inserimento e/o il reinserimento nel mercato del lavoro dei disoccupati, delle persone con disabilità e maggiormente vulnerabili attraverso un'offerta personalizzata di strumenti di politica attiva in linea con le previsioni di cui al D. Lgs n.150 del 14 settembre 2015.

Regione FRIULI VENEZIA GIULIA

Parole chiave: valutazione multidimensionale/presa in carico /inclusione lavorativa

Riferimenti normativi

DGR n. 1331 del 17/07/2017 L. 112/2016, Art. 3, comma 3, Indirizzi di programmazione per l'utilizzo del Fondo 2016 per l'assistenza delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

DGR n. 217 del 10/02/2006 Indirizzi in materia di definizione e modalità di attivazione delle tipologie dei percorsi personalizzati di integrazione lavorativa di cui all'articolo 37, comma 1, lettera c), della legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 (Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro)

L.R. n. 18 del 9/08/ 2005 Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro

Valutazione multidimensionale e presa in carico

La presa in carico delle persone disabili attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, effettuata da equipe multidisciplinari (e multiprofessionali), è un patrimonio acquisito da tempo nelle realtà territoriali di questa Regione. Il concetto di équipe valutativa è stato declinato fin dal 1996, nella Legge regionale 25 settembre 1996, n. 41, attuativa della legge nazionale 104/1992. Molta attenzione veniva data già allora alla definizione dell'équipe, di cui venivano specificati composizione e compiti. L'équipe multidisciplinare della LR 41/1996 assolve, nel contempo, a un ruolo di progettazione e coordinamento e a un ruolo operativo. Nell'esercizio del primo, in particolare, si fa garante, nel rispetto del diritto di scelta, della presa in carico dei casi e dell'elaborazione del progetto di vita, con la condivisione e la partecipazione della persona disabile e della sua famiglia, della continuità degli interventi e delle funzioni di raccordo con l'intera rete dei servizi socio-sanitari operanti nell'area. Fin da allora si è fatto uso di sistemi di valutazione, inizialmente anche non codificati, aventi la connotazione della multidimensionalità, allo scopo di inserire coerentemente il progetto di vita nel contesto sociale e abitativo della persona disabile.
Successivamente, con l'introduzione delle misure di sostegno economico alla domiciliarità destinate alle persone non autosufficienti disabili e anziane, la presa in carico integrata e la valutazione multidimensionale effettuata da figure appartenenti alle diverse discipline e alle diverse professioni, nonché ai diversi settori (sanitario e sociale), sono state ulteriormente consolidate (Legge regionale 6/2006, art. 41 e relativi regolamenti attuativi, di cui l'ultimo, sostitutivo di tutti i precedenti, emanato con decreto del Presidente della Regione n. 7/2015). E' di prassi comune l'utilizzo di scale di valutazione che siano in grado, attraverso la somministrazione di numerosi item, non solo di indagare la gravità della condizione di disabilità

ma anche di valorizzare le competenze personali, nonché di effettuare la dovuta relazione tra la condizione individuale e il contesto di vita (Valgraf, sperimentazione estesa dell'ICF).

I Servizi di integrazione lavorativa

I Servizi di integrazione lavorativa (SIL) hanno il compito di promuovere e realizzare l'inclusione sociale delle persone disabili attraverso l'utilizzo di percorsi personalizzati finalizzati all'integrazione lavorativa. I Servizi di integrazione lavorativa garantiscono il raggiungimento di tali obiettivi assicurando il raccordo con le Province e i loro servizi per l'impiego e i servizi sociali e sanitari, nonché programmando e attuando specifici progetti.

Gli organismi di integrazione lavorativa

Si considerano organismi di snodo tecnico-funzionale della rete dei soggetti coinvolti nel processo di integrazione lavorativa:
- l'équipe multidisciplinare (art. 8 L.R. 41/1996) con funzioni di valutazione congiunta delle persone disabili e garante dell'elaborazione di un progetto di vita unitario;
- la Commissione di Accertamento della Disabilità (Legge 5 febbraio 1992, n. 104, art. 4, come integrato dall'art. 1 comma 4 L. 68/1999) afferente alle Aziende per i Servizi Sanitari, la cui innovativa funzione è di accertare il diritto ad usufruire dei benefici previsti dal collocamento mirato, ed individuare in positivo le capacità/potenzialità della persona disabile indicando le fattispecie possibili del collocamento mirato o dei percorsi alternativi;
- il Comitato Tecnico per il diritto al lavoro dei disabili (art. 38 L.R. 18/2005) il quale, oltre a concorrere alla progettazione delle linee di intervento provinciali per l'attuazione del diritto al lavoro dei disabili, esamina la situazione dei soggetti certificati dalla Commissione di Accertamento della Disabilità, attivando le risorse territoriali per gli interventi ritenuti necessari e interagendo con la stessa.

Le procedure di attivazione dei percorsi di integrazione lavorativa

L'attivazione dei percorsi di integrazione lavorativa avviene attraverso due canali preferenziali:
- il primo fa riferimento all'equipe multidisciplinare, ovvero all'U.V.D. (Unità di Valutazione Distrettuale), integrata da una rappresentanza del S.I.L., dove si attua la valutazione congiunta sulla opportunità di attivare percorsi di formazione e di inclusione sociale previsti dall'art. 14 bis della LR 41/1996;
- il secondo è riconducibile al Comitato Tecnico che, anche in base alle certificazione disposta dalla Commissione per l'accertamento della disabilità e dopo aver attuato la valutazione di competenza, qualora individui la necessità dell'intervento del Servizi territoriali specialistici per la mediazione, attiva i canali necessari all'invio della persona interessata al Servizio stesso.

Regione TOSCANA

Parole chiave: équipe multiprofessionale /presa in carico per inserimento lavorativo/ICF/FSE

Riferimenti normativi

Decreto n. 6456 del 23/12/2015 POR FSE 2014-2020 Avviso pubblico Asse B – Inclusione Sociale e lotta alla povertà - Attività PAD B.1.1.1.A. "Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili".

Obiettivi e destinatari

L'Avviso intende promuovere la realizzazione su tutto il territorio regionale di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone con disabilità in carico ai servizi socio-assistenziali, sanitari e/o socio-sanitari e non occupate, e di persone certificate per bisogni relativi alla salute mentale.

I progetti prenderanno a riferimento il processo di presa in carico e i modelli organizzativi richiamati negli atti di programmazione regionale (Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015, Approvato dal Consiglio Regionale con Deliberazione n. 91 del 5 novembre 2014) relativamente agli interventi diretti a favorire l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità e delle persone con problemi di salute mentale (o affette da patologie psichiatriche) nonché nell'Atto di Decisione di Giunta n. 11 del 7/4/2015 con cui si definiscono le Azioni di sistema e strategie per il miglioramento dei servizi sociosanitari nell'ambito delle politiche per la disabilità.

Con l'Avviso si è avviata la realizzazione, su tutto il territorio regionale, di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone disabili e soggetti vulnerabili in carico ai servizi socio-sanitari territoriali (in particolare a quelli della psichiatria). La ripartizione delle risorse su base zonale ha infatti lo scopo di assicurare in tutti i territori la possibilità di sviluppare azioni in grado di garantire parità di accesso. Elementi di innovazione riguardano l'approccio multidimensionale e attivante di risorse che sia l'individuo che la comunità può mettere in campo e il modello di valutazione della persona nelle sue diverse dimensioni, affinché vi sia poi una progettazione personalizzata dove le risorse offerte - insieme a quelle personali e di contesto - possono portare all'attivazione di percorsi inclusivi. Per sviluppare e realizzare tutto ciò si è scelto di introdurre lo strumento della coprogettazione per la formulazione della candidatura.

Operazioni finanziabili

L'Avviso prevede come attività facoltativa che potrà essere sviluppata nei progetti un'azione di sistema "Avvio della sperimentazione ICF". In particolare, i progetti potranno prevedere l'adozione della metodologia ICF nella fase dell'accoglienza e della valutazione delle persone destinatarie. A tal fine i progetti potranno prevedere al proprio interno la costituzione di team di specialisti supportati da esperti ICF. I costi del personale esperto ICF potranno essere riconosciuti quali costi ammissibili. Tramite l'avvio della classificazione ICF della disabilità nelle politiche del lavoro e in particolare nei processi di accompagnamento al lavoro, si intende "capovolgere" la valutazione della disabilità da misurazione dello svantaggio a individuazione dei fattori che possono migliorare l'integrazione sociale delle persone. L'adozione di tale metodologia mira a fornire uno standard di valutazione funzionale delle persone che ne permetta una maggiore e migliore possibilità di inclusione lavorativa e sociale. Tra le priorità specifiche, che danno accesso all'attribuzione di punteggi in fase di valutazione delle candidature sarà considerato l'avvio della sperimentazione della metodologia di valutazione ICF (assegnazione di 3 punti).

Monitoraggio della fase attuativa

Dal monitoraggio realizzato dalla Regione sulla fase della coprogettazione, tra le opportunità che i diversi soggetti hanno evidenziato emergono:

Opportunità per la rete: riformulazione in senso innovativo dei rapporti esistenti sul territorio attraverso la creazione di uno spazio nel quale nuove idee, nuovi punti di vista e nuovi modi di agire possono essere delineati; creazione di sinergie e capitalizzazione del know-how dei diversi attori presenti al tavolo, portatori di conoscenza e di legami con il mondo delle

imprese, del volontariato, delle associazioni di volontariato; maggiore conoscenza delle opportunità e delle risorse territoriali.

Opportunità per i servizi: definizione di "linee guida" per i servizi di accompagnamento al lavoro; Realizzazione di un nuovo strumento di valutazione su base ICF elaborato in contemporanea tra più zone appartenenti a diverse SdS; Sperimentazione di un team multidisciplinare per la progettazione individualizzata degli inserimenti lavorativi.

Opportunità per i soggetti convolti: diretta interlocuzione tra i principali stakeholder del territorio; formalizzazione di tavoli e di gruppi di lavoro con i soggetti terzi che si occupano delle materie oggetto del bando; partecipazione ai tavoli di coprogettazione sia dei grandi Consorzi che delle piccole realtà associative (in particolare le associazioni dei familiari), che spesso fanno fatica ad emergere ma che ha portato come risultato un lavoro aperto e partecipato sia sugli obiettivi

Tra i progressi compiuti nell'attuazione delle misure in materia di innovazione sociale, si segnala la messa in campo dell'infrastrutturazione dei servizi di accompagnamento al lavoro per l'inclusione socio-lavorativa di soggetti vulnerabili, che integrandosi con le azioni previste dal PON SIA, si articola sull'adozione di un approccio metodologico ed operativo che di fatto introduce, anche nell'ambito dell'inclusione sociale e lavorativa, la valutazione multidimensionale del bisogno, la costruzione di un progetto personalizzato e la "presa in carico integrata"; l'adozione di una strumentazione operativa in grado di favorire: la multidimensionalità degli approcci professionali; la valutazione e la profilazione delle persone e delle aziende per il *matching*. In particolare con l'avviso è stata prevista, sull'intero gruppo target, la sperimentazione di strumenti valutativi su base ICF.

Regione MARCHE

Parole chiave: composizione équipe multidisciplinari/ inclusione scolastica/ICF

Riferimenti normativi

L.R. n. 18 del 4/06/1996 Promozione delle politiche di intervento in favore delle persone handicappate

D.G.R. n. 227 del 09/02/2010 Integrazione scolastica degli alunni con disabilità. Approvazione schemi di accordo di Programma tra gli Enti competenti e relativa modulistica- Avvio corso di formazione su ICF.

Unità multidisciplinari

Con la Legge Regionale n. 18 del 1996 presso ciascuna USL sono costituite le Unità multidisciplinari per la presa in carico delle persone con disabilità in età evolutiva e in età adulta.

Le Unità multidisciplinari dell'età evolutiva (UMEE) svolgono i propri interventi in favore di persone con disabilità di età non superiore ai diciotto anni, ovvero, nel caso che i soggetti stessi proseguano gli studi oltre tale età anche di età superiore e fino al compimento dei corsi di studio, con esclusione di quelli universitari. Le UMEE in collaborazione con le unità multidisciplinari dell'età adulta elaborano un programma di uscita dalla scuola dell'obbligo finalizzato all'individuazione di un percorso certo di integrazione, tenendo conto delle reali possibilità e potenzialità delle persone.

L'Unità multidisciplinare dell'età adulta (UMEA) è composta da un neurologo, un fisiatra, uno psicologo, un sociologo, un assistente sociale, uno o più tecnici della riabilitazione come fisioterapisti, logopedisti, psicomotricisti, musicoterapisti, uno o più specialisti e operatori competenti per singole situazioni o progetti. All'interno dell'Unità multidisciplinare è individuato un coordinatore.

Ciascuna AUSL su proposta delle Unità multidisciplinari programma corsi di aggiornamento permanente per gli operatori usufruendo sia di risorse interne alle unità multidisciplinari che di operatori esterni formati.

Composizioni e funzioni dell'UMEE

L'Unità multidisciplinare dell'età evolutiva è composta da un neuro-psichiatra infantile, uno psicologo, un pedagogista, un assistente sociale, uno o più tecnici della riabilitazione come logopedisti, fisioterapisti, psicomotricisti, musicoterapisti, uno o più consulenti nella patologia segnalata. All'interno dell'Unità multidisciplinare è individuato un coordinatore.

L'UMEE svolge le seguenti funzioni:

a) informazione, educazione sanitaria e attività di prevenzione;

b) consulenza e sostegno, anche psicologico, della famiglia;

c) collaborazione con enti ed istituzioni;

d) interventi per la cura e la riabilitazione precoce della persona in situazione di handicap;

e) individuazione dell'handicap e compilazione della diagnosi funzionale;

f) collaborazione con gli operatori della scuola e i genitori per l'elaborazione del profilo dinamico funzionale nonché del piano educativo individualizzato;

g) verifica del progetto educativo ai fini dell'inserimento sociale, scolastico e nelle strutture che favoriscono l'integrazione della persona in situazione di handicap;

h) controlli periodici per una valutazione globale in itinere sull'andamento del soggetto nelle fasi evolutive dal punto di vista clinico, relazionale, delle capacità residue e delle potenzialità di apprendimento.

Con la DGR n. 227 del 09/02/2010 la Regione ha stabilito di utilizzare l'ICF come modello di Classificazione Funzionale e l'ICD 10 come strumento per la Diagnosi Clinica ed ha approvato schemi di accordo di programma tra Enti competenti per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità e relativa modulistica.

Le UMEE provvedono alla presa in carico del soggetto e di tutta la famiglia. Valutato il quadro globale, in base alla documentazione sanitaria esibita, quando presente, e a seguito della valutazione clinico funzionale di carattere multidisciplinare redigono la certificazione formale contenente la diagnosi ICD 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) e predispongono la diagnosi funzionale seguendo i criteri del modello bio-psico-sociale alla base dell'ICF dell' organizzazione Mondiale della Sanità. Le UMEE, responsabili della realizzazione del progetto individualizzato, all'approssimarsi dell'età scolare, accompagnano la famiglia nei suoi contatti con la scuola.

La certificazione per l'individuazione dell'alunno disabile e la Diagnosi Funzionale - redatti secondo i criteri bio-spico sociali alla base dell'ICF - sono necessarie per avviare il percorso dell'integrazione scolastica e vengono rilasciate alla famiglia che provvede e consegnarle alla Scuola affinché le inoltri al competente ufficio Scolastico Provinciale per gli adempimenti di competenza. I docenti di sostegno vengono assegnati alla Scuola esclusivamente dopo l'invio, da parte della stessa, all'Ufficio Scolastico Provinciale della documentazione completa.

Per gli alunni con grave disabilità - qualora l'UMEE ravvisi la necessità di assistenza per l'autonomia e la comunicazione - il Comune di residenza assicura l'assistenza specialistica tramite personale educativo-assistenziale appositamente formato, ad integrazione dell'intervento del personale docente e non docente dell'istituto scolastico, secondo quanto previsto all'art. 13, comma 3 della L. n. 104/92.

Regione VENETO

Parole chiave: composizione équipe multiprofessionali/inclusione scolastica

Riferimenti normativi

DGR n. 2248 del 17/07/2007 Modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica (DPCM 23 febbraio 2006 n. 185).

Accertamento e di riconoscimento dell'alunno con disabilità

La Regione del Veneto promuove e sostiene un procedimento di accertamento e di riconoscimento dell'alunno con disabilità secondo una visione caratterizzata dalla multidimensionalità, nella quale la valutazione dello stato di salute del minore è finalizzata alla quantificazione e qualificazione dei bisogni e delle abilità. A tale fine l'individuazione dell'alunno con disabilità viene effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuale (UVMD) di cui alla DGR n. 3242/01.

Il "progetto di vita" presuppone l'integrazione ed il coordinamento fra tutti i settori e servizi che intervengono sui bisogni della persona nei diversi periodi di vita, ma soprattutto un atteggiamento culturale e competenze professionali capaci di non perdere di vista la globalità, la complessità e l'evoluzione, nel tempo, delle necessità della persona e della sua famiglia.

Composizione UVMD

L'Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuale ai fini dell'integrazione scolastica dell'alunno con disabilità è composta da:

- direttore del distretto socio-sanitario o suo delegato;

- assistente sociale dei servizi socio-sanitari territoriali dell'Azienda ULSS o in assenza, del comune di residenza della persona;

- pediatra di libera scelta o medico di medicina generale;

- uno specialista in neuropsichiatria infantile o psicologo dell'età evolutiva;

- il responsabile del Servizio di integrazione scolastica o suo delegato;

- un medico specialista di fiducia o medico in rappresentanza di associazioni di categoria.

L'UVMD è presieduta dal Responsabile del distretto o dal suo delegato e i suoi componenti esercitano le funzioni nell'ambito delle proprie attività di istituto.

Regione UMBRIA

Parole chiave: équipe multiprofessionale/progetto vita indipendente/partecipazione PcD

Riferimenti normativi

DGR n. 1079 del 28/09/2017 Approvazione della Linea guida in materia di Vita indipendente delle persone con disabilità.

Progetto per la Vita Indipendente

Il progetto per la Vita Indipendente è finalizzato a garantire l'autodeterminazione, la promozione della massima autonomia possibile nelle persone con disabilità utilizzando soluzioni personalizzate definite dal richiedente o da chi lo rappresenta. Nel rispetto della libertà di scelta e richiamando il principio di autodeterminazione, il progetto per la Vita Indipendente dovrà essere predisposto sulla base degli obiettivi definiti dalla persona con disabilità - con l'eventuale supporto dei consulenti alla pari e/o di altri esperti in materia di vita indipendente, liberamente scelti - condiviso e validato con i soggetti istituzionalmente preposti, al fine di organizzare i servizi e le prestazioni da attivare in modalità complementare a quelli già attivati.

Valutazione delle proposte progettuali

L'assistente sociale, nell'esercizio del proprio ruolo di case manager, attiva l'equipe multidisciplinare territorialmente competente e, laddove ritenuto necessario, i servizi afferenti alla Aziende USL, ivi inclusa l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), che potrà avvalersi del supporto delle figure professionali previste al suo interno e/o integrate da esperti, di volta in volta individuati sulla base delle peculiarità del caso. Nelle more della revisione delle procedure di valutazione multidisciplinare della persona con disabilità, in coerenza con il sistema di classificazione ICF e della definizione di strumenti di valutazione nazionali, la valutazione multidimensionale viene svolta dalle équipe sopracitate, le quali, sulla base delle diverse dimensioni del "funzionamento" della persona con disabilità, valutano l'appropriatezza della proposta presentata e, dopo eventuali integrazioni e modifiche, attivano servizi e prestazioni atti a garantire il rispetto degli obiettivi di vita fissati nel progetto della persona, nella prospettiva della sua piena inclusione sociale e di una migliore qualità di vita.
Nell'esaminare il progetto per la Vita Indipendente i Servizi territorialmente competenti devono tenere conto di tutte le peculiarità espresse e rilevate, delineando, di concerto con il richiedente, le possibili soluzioni. I progetti per la Vita Indipendente sono eleggibili al finanziamento del POR FSE 2014/2020, Asse 2 Priorità di investimento 9.1. Il Patto per la Vita Indipendente, contenente il progetto personalizzato, con l'indicazione della entità del contributo economico concesso, è sottoscritto per accettazione dal destinatario finale o da chi lo rappresenta dal case manager e dal referente delegato dal Direttore del Distretto competente qualora presente e può includere la conversione dei servizi ed interventi già in atto con recupero delle risorse in essi impiegate.
A tal fine andrà effettuato, da parte di un case manager, un costante monitoraggio della effettiva coerenza realizzativa del progetto, il quale dovrà riferire periodicamente all'équipe multidisciplinare e, quando necessario, alla UVM. L'eventuale rimodulazione in itinere del "Patto per la Vita Indipendente" è compito dell'équipe multidisciplinare, o dell'UVM quando necessario, e si conclude con l'adozione di un provvedimento che ridefinisce nei contenuti sostanziali e finanziari l'intervento, inoltre l'eventuale sospensione/revoca del beneficio compete alla Struttura competente per materia del Comune capofila.

Regione EMILIA ROMAGNA

Parole chiave: équipe multiprofessionale/Budget di salute/partecipazione PcD

Riferimenti normativi
DGR n. 1554/2015 Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia budget di salute
DGR n. 805 del 9/06/2014 Piano attuativo Salute Mentale e Superamento ex OO.PP. (DGR n. 217/2014). Riparto e assegnazione del fondo alle Aziende Sanitarie per l'anno 2014
DGR n. 478 del 22/04/2013 Piano attuativo Salute Mentale e Superamento ex OO.PP. Rimodulazione del Fondo, riparto e assegnazione alle Aziende Sanitarie per l'anno 2013.

Budget di salute e UVM
Il Budget di Salute (BdS) si configura come strumento innovativo in grado di potenziare ed implementare modalità organizzative e pratiche di integrazione socio-sanitaria basate sui seguenti principi: centralità della persona, personalizzazione e tempestività delle risposte,

integrazione con tutti i soggetti della rete dei servizi; valorizzazione delle risorse comunitarie, domiciliarità delle cure.
La composizione del budget di salute individuale è formalizzata nella sottoscrizione del Progetto terapeutico – riabilitativo personalizzato (PTRI). Il processo riabilitativo personalizzato con Budget di Salute si sviluppa sui tre assi principali che costituiscono le basi del funzionamento sociale degli individui: l'abitare, la socialità e il lavoro come determinanti di salute. La valutazione iniziale viene effettuata dall'Equipe del Centro di Salute Mentale. Se si ritiene necessario attivare un progetto con Budget di Salute si coinvolge l'assistente sociale del Servizio Sociale competente per territorio che effettua le valutazioni di sua competenza. L'UVM, composta dal Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dirigente del Servizio Sociale, ha una componente variabile ed eventuale, definita caso per caso. Può prevedere infatti le seguenti risorse professionali e umane: psichiatra ed assistente sociale di riferimento, infermiere di riferimento ed altri operatori, medico di medicina generale e pediatra di libera scelta, il paziente, i familiari, l'Amministratore di sostegno. L'UVM ha il compito di valutare le proposte di progetto Budget di Salute, di verificarne l'appropriatezza in termini di coinvolgimento e condivisione di tutti i partner interessati, di costruire sinergie e/o complementarità tra proposte relative a persone diverse. A partire dal confronto con il paziente ed i familiari, il momento valutativo svolto dalla UVM prende in considerazione:

- criteri diagnostico-clinici: disturbi mentali severi, storia ed evoluzione dei precedenti trattamenti, valutazioni prognostico-evolutive, ecc. , mediante appositi strumenti (es. HoNos, CAN, ecc.);

- funzionamento psico-sociale e disabilità (es. ICF, ecc.);

- risorse individuali, familiari e sociali;

- risorse dei sistemi di cura;

- risorse dei sistemi di comunità.

L'UVM può avvalersi di strumenti di valutazione appropriati alla definizione delle risorse potenzialmente attivabili. L'UVM formula quindi un giudizio di fattibilità sulla proposta di progetto ed individua una "equipe di progetto" che ha il compito di definire il PTRI, centrato sulla domanda della persona e sulla valutazione dei suoi bisogni, abilità e competenze, anziché sull'offerta di servizi, elaborato e sottoscritto dal paziente, condiviso con i suoi familiari e, quando è appropriato, con altri soggetti significativi del territorio coinvolti nella realizzazione del progetto. L'utente deve essere informato della possibilità di farsi accompagnare/assistere da parte di familiare esperto, o di un rappresentante di una Associazione, nel percorso di progettazione del proprio Budget di Salute.

Progetto Terapeutico Riabilitativo personalizzato (PTRI)

Il PTRI contiene i seguenti elementi: valutazione sintetica del bisogno; risultati attesi; gli interventi necessari al soddisfacimento dei bisogni sociali - riabilitativi -formativi – lavorativi; eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal paziente e dalla sua famiglia; eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal volontariato; le risorse messe a disposizione dall'Azienda Usl e dall'Ente Locale; individuazione del responsabile del caso; le fasi temporali e le scadenze delle verifiche; l'impegno sottoscritto dell'assistito e degli altri soggetti coinvolti a realizzare il progetto, con le relative modalità.

Il PTRI viene formalizzato utilizzando l'apposita modulistica che prevede: la descrizione dettagliata del progetto con la tipologia e gli ambiti di intervento (abitare, lavoro, socialità), gli obiettivi, il livello d'intensità, la previsione dei tempi e delle modalità di verifica, la definizione della ripartizione del budget (parte sanitaria, parte sociale, parte relativa all'assistito e/o familiari, altre risorse della comunità). L'équipe di progetto sottoscrive un contratto che formalizza i diversi impegni delle parti, la durata, le verifiche, le condizioni di proroga o recesso. L'équipe di progetto mantiene la titolarità in tutte le fasi esecutive, di monitoraggio, di verifica periodica, di valutazione d'esito del PRTI. Il passaggio di un progetto da una tipologia di maggiore intensità ad una di minore Intensità (Progetti ad alta valenza terapeutico-riabilitativa, Progetti di

mantenimento, a prevalente valenza educativa) connota il raggiungimento di obiettivi emancipativi e di autonomizzazione ed è previsto anche in corso di attuazione dello stesso.
L'Ausl promuove azioni di formazione e aggiornamento congiunte del proprio personale e del personale degli Enti Locali, attraverso progetti formativi condivisi con il Terzo settore, al fine di promuovere un appropriato utilizzo del Budget di salute, con particolare rilievo alla fase di valutazione condivisa, al lavoro con la famiglia e alla definizione del progetto, realizzazione e valutazione degli esiti.

Regione CAMPANIA

Parole chiave: équipe multiprofessionale/Budget di salute/partecipazione PcD

Riferimenti normativi

DGR 483 del 21/09/2012 Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con budget di salute. Adozione linee guida ai sensi dell'art. 46 della legge regionale n. 1/2012.
Allegato A Linee guida regionali per gli interventi sociosanitari integrati finalizzati al welfare comunitario attraverso la metodologia dei "Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sostenuti da Budget di Salute.

Budget di Salute e UVM

Il budget di salute rappresenta l'unità di misura delle risorse economiche, professionali e umane, necessarie per innescare un processo di capacitazione volto a ridare ad una persona un funzionamento sociale accettabile, alla cui produzione partecipano la persona stessa, la sua famiglia e la sua comunità. Attraverso il budget di salute s'intendono promuovere effettivi percorsi abilitativi individuali nelle aree: apprendimento/socialità/affettività, formazione/lavoro, casa/habitat sociale. Destinatari di tali interventi sono i cittadini in condizioni di fragilità e/o non autosufficienza concomitante o conseguente a patologie psichiche o fisiche a decorso protratto e potenzialmente ingravescente o a stati di grave rischio e vulnerabilità. Il budget di salute è promosso, valutato, gestito e monitorato in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato, insieme agli utenti ed ai familiari, mediante le Unità di Valutazione Integrate, ovvero attraverso l'integrazione tra iniziativa pubblica e risorse comunitarie, finalizzate a costruire un approccio integrato e personalizzato ai bisogni di salute della persona. È basato sul diritto di scelta delle persone per quanto concerne i metodi e le opportunità di cura e riabilitazione. Il progetto individuale è redatto sulla base della valutazione dall'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) distrettuale. L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni socio-sanitari complessi e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto terapeutico-riabilitativo individuale.

Composizione dell'UVM

All'U.V.I. partecipano i Sevizi Sociali dei Comuni, gli operatori sanitari direttamente coinvolti nella gestione del progetto terapeutico riabilitativo individuale, gli utenti, i familiari, i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta ed eventuali altri soggetti ritenuti necessari ad un'appropriata conoscenza e valutazione dei bisogni.
Quando la valutazione riguarda minori, l'equipe dovrà essere integrata dalla presenza di operatori del mondo della scuola, come gli insegnati di sostegno o personale che negli istituti scolastici hanno il compito di assistere i ragazzi con particolari difficoltà.

Compiti dell'UVM

L'U.V.I., ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata, ha il compito di:
- effettuare una valutazione del bisogno socio-sanitario complesso, a partire dalla domanda espressa dall'utente e dalla sua famiglia, dal medico/pediatra o dall'assistente sociale del Comune di residenza;
- utilizzare le competenze di ciascuno dei componenti per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;
- individuare, se necessario, nell'ambito dei soggetti cogestori (di concerto con l'utente o il civilmente obbligato), il soggetto più idoneo a soddisfare i bisogni rilevati nelle aree apprendimento-espressività, casa-habitat sociale, formazione-lavoro, socialità-affettività,
- modulare sul singolo caso la presa in carico a seconda dell'evoluzione del bisogno.

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è effettuata secondo criteri qualitativi e quantitativi, partendo dalla conoscenza della storia individuale e di contesto e dalle aspettative della persona. La valutazione verrà effettuate con le schede di valutazione multidimensionali in uso in Regione Campania sia all'avvio del progetto individuale che ai follow-up periodici.
Sulla base di tali valutazioni, le Unità di Valutazione Integrata moduleranno a cadenze regolari le risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione del progetto terapeutico riabilitativo individuale. Almeno una volta al mese i referenti dell'unità operativa competente dell'ASL e del Servizio Sociale Territoriale di residenza predisporranno delle visite in loco, e convocheranno un incontro con gli operatori del cogestore coinvolti nel PTRI-budget di salute per la verifica del progetto, per la discussione sulle problematiche emergenti e per concordare linee comuni di intervento. Il monitoraggio in itinere del bisogno e del percorso riabilitativo verrà effettuato a cura dell'U.V.I., costituita dal referente del progetto individuale del Servizio sanitario competente, da un tecnico del servizio sociale del comune di residenza della persona-utente, coinvolgendo l'utente, i familiari, il medici di medicina generale o il pediatra di libera scelta, il referente del cogestore ed eventuali altri operatori coinvolti.
Ogni sei mesi verrà svolta una verifica degli esiti del processo riabilitativo da parte dell'UVI territorialmente competente che comprenderà, indicatori di processo, rilevazione di eventi sentinella, valutazione della qualità di vita e di soddisfazione dell'utente e dei familiari ed indicatori di sviluppo economico sociale locale.

Regione LOMBARDIA

Parole chiave: équipe e valutazione multidimesionale/ Dopo di noi/ICF

Riferimenti normativi
Deliberazione n° X/6674 del 07/06/2017 Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare - Dopo di noi - Legge n. 112/2016.
Équipe e valutazione multidimensionale
Le équipe multiprofessionali presenti in Lombardia sono quelle già istituite a livello di Aziende Sanitarie Locali, ora afferenti alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) ai sensi della L.R. n. 23/2015 di riforma del sistema socio sanitario. La valutazione è multidimensionale è effettuata in maniera integrata tra équipe pluriprofessionali delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali e operatori sociali dei Comuni sulla base di appositi protocolli operativi definiti in Cabina di regia, costituita presso l'Agenzia di Tutela della Salute territorialmente competente; analizza, con le scale validate ADL e IADL, le diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità nelle seguenti aree: cura della propria persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici; mobilità; comunicazione ed altre attività cognitive; attività strumentali e relazionali della vita quotidiana; condizione familiare, abitativa e ambientale.

In aderenza al modello di classificazione ICF, le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) collaborano con gli operatori degli Ambiti per le attività di valutazione multidimensionale, per la predisposizione del Progetto individuale ed il suo monitoraggio per le parti di competenza, per l'erogazione degli interventi di natura sanitaria e/o sociosanitaria necessari.

Progetto personale per il Dopo di Noi
Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), coerentemente con le loro funzioni, promuovono azioni per il raccordo tra il sistema sanitario, sociosanitario nel suo complesso ed il sistema sociale. Il progetto personalizzato (progetto individuale ex art 14 della Legge n. 328/2000) è costruito sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale e tiene in considerazione le abilità e capacità della persona, nonché le sue aspettative/motivazioni, in tutte le dimensione del vivere quotidiano. Il progetto deve tendere a garantire alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare una vita il più possibile autonoma nel proprio contesto sociale di vita attraverso forme di convivenza assistita ovvero di vita indipendente.
Il progetto individuale ha come obiettivo il consolidamento per la persona con disabilità di una vita in un contesto diverso da quello della famiglia d'origine e pertanto deve tener conto del "continuum" temporale tra le diverse fasi che caratterizzano lo specifico ed individuale percorso verso l'autonomia e l'indipendenza e non può quindi ridursi ad una mera declinazione di obiettivi ed interventi relativi ad una sola delle diverse fasi. Il Progetto individuale per ogni fase, e per ogni dimensione della vita della persona prevede la seguente articolazione:

- parte dall'analisi multidimensionale delle dinamiche affettive e dei vissuti del contesto familiare del contesto socio-relazionale della persona con disabilità delle motivazioni personali e delle attese sia personali che del contesto familiare;

- definisce obiettivi e percorsi volti: alla acquisizione/implementazione delle abilità individuali, allo sviluppo di un "attivo" inserimento in contesti sociali e di vita diversi dal contesto familiare;

- dà concreta realizzazione di una vita autonoma all'interno di formule residenziali, quali quelle previste dal Decreto ministeriale 23 novembre 2016 , o indipendente, rispetto al contesto familiare d'origine.
Il progetto individuale deve inoltre dare evidenza delle risorse necessarie alla realizzazione delle fasi sopra descritte, per le dimensioni di vita della persona, per consentire il raggiungimento degli obiettivi declinati per ogni singola fase (budget di progetto).

Regione FRIULI VENEZIA GIULIA

Parola chiave: ICF/VilmaFABER

Riferimenti normativi

LR 16/10/2014 n. 17 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria"

DGR n. 394 del 6 marzo 2015 – Allegato 1 "Linee guida per la gestione del Servizio Sanitario Regionale anno 2015"

Portale Italiano delle Classificazioni Sanitarie

Il Sistema VilmaFABER

Il Sistema VilmaFABER è un sistema di valutazione integrata e longitudinale centrato sulla persona e sul modello biopsicosociale. L'applicativo web che supporta la valutazione sfrutta lo standard ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, OMS 2001), e altre terminologie e nomenclatori sanitari e sociali in modo originale. Il sistema, sviluppato da un team integrato di esperti del Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle Classificazioni internazionali (Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia) e di Insiel (società inhouse della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, è finalizzato alla gestione della presa in carico integrata di un assistito e alla valutazione dei suoi risultati.
Vilma è un acronimo. Significa "Valutazione integrata longitudinale multiassiale". In quanto tale, il sistema organizza la raccolta di specifiche informazioni sulla singola persona e sul relativo progetto di intervento in atto, permettendone il confronto nel tempo.

FABER è un acronimo. Significa "Fascicolo Biopsicosociale Elettronico Regionale". In quanto "fascicolo", FABER è stato pensato per produrre e raccogliere le valutazioni integrate longitudinali multiassiali di ciascuna persona in carico al sistema integrato. Tali valutazioni sono rilasciate in formati standard adatti ad alimentare, a loro volta, il Fascicolo Sanitario Elettronico. Le informazioni sulla persona presa in carico e sui risultati raggiunti nella presa in carico sono pensate come "centri di costo" di un sistema rinnovato di presa in carico centrato sulla persona e sulle sue necessità.

Il sistema permette:
•l'analisi dello stato di salute da un punto di vista biopsicosociale, operazionalizzando i concetti di funzionamento e di disabilità forniti da ICF e fornendo evidenze sulla individuazione della popolazione target delle politiche di contrasto alla disabilità;
•la ricostruzione del progetto personalizzato di intervento e del suo valore nel profilo di funzionamento, ponendo le basi per un ripensamento delle componenti di costo in quanto investimenti in salute
•la valutazione dei risultati del progetto personalizzato di intervento in chiave biopsicosociale, mettendo in evidenza gli aspetti positivi e gli aspetti negativi dell'interazione tra assistito e fattori ambientali e ponendo le basi per una lettura dell'efficacia della presa in carico e della tenuta delle reti allargate di sostegno
•la definizione degli obiettivi di miglioramento in chiave biopsicosociale, focalizzando l'attenzione operativa e pianificatoria sulla tipologia, numerosità, dosaggio, intensità e ruolo dei fattori ambientali
•la costruzione di una base dati di nuova generazione, utile per analizzare il funzionamento e la disabilità in modo organico e ripensare alle statistiche e all'epidemiologia sulla disabilità, intesa come "risultati problematici" di una persona con i suoi fattori ambientali
•la valutazione dei risultati della presa in carico nei processi di continuità assistenziale, nella transizione da un servizio ad un altro, da un'età ad un'altra, dalla filiera socio-sanitaria a quello dell'inclusione scolastica e a quella del collocamento mirato al lavoro
•la costruzione, aggiornabile nel tempo, del registro biopsicosociale dei progetti di presa in carico.

Particolarità ed originalità del sistema

Il sistema permette di raccogliere una serie di informazioni in linguaggio naturale e di registrarle in maniera codificata; permette l'apertura del fascicolo biopsicosociale elettronico anche ad operatori non formati all'uso di ICF.
Il sistema produce il profilo di funzionamento, inteso come descrittore dei risultati raggiunti, per ogni assistito valutato e dal punto di vista dell'assistito e permette di descrivere il profilo di funzionamento utile ai fini dell'inclusione scolastica, partendo dalle indicazioni del legislatore in materia di diagnosi funzionale.
VilmaFABER propone una originalissima estensione di significato dei termini ICF, nella componente dei Fattori Ambientali, relativamente ai Livelli Essenziali di Assistenza, agli interventi e ai servizi sociali, delle tecnologie assistive, dei farmaci, dei professionisti, delle persone collegate all'assistito
Codifica automaticamente in ICF gli ausili descritti con ISO9999, permettendo di produrre informazioni routinarie utili all'analisi e agli studi di uso degli ausili; codifica automaticamente in ICF i farmaci, a loro volta codificati secondo il sistema ATC, permettendo di produrre informazioni utili a studi di utilizzo di farmaci.
VilmaFABER utilizza i formati ClaML di ICF e ICD-10 predisposti dagli esperti del Centro Collaboratore Italiano dell'OMS per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali. Produce documenti codificati in ICF nello standard CDA2-HL7, permettendo di arricchire la gamma di documenti socio-sanitari descritti nel formato standard CDA2-HL7.

Regione LIGURIA

Parole chiave: ICF/formazione operatori

Riferimenti normativi

DGR 446/2015 Delibera quadro "Sistema integrato sociosanitario per la disabilità" e allegati

DCR n. 18 del 6/8/2013 Piano Sociale Integrato Regionale 2013-2015

DGR 868/2014 Sperimentazione regionale del sistema di valutazione VILMA-FABER – schema di collaborazione tra Regione Liguria e Regione Friuli Venezia Giulia"

Presa in carico e Valutazione multidimensionale

La presa in carico delle persone con disabilità si fonda sulla valutazione condotta secondo l'approccio bio-psico-sociale. La Regione Liguria individua la necessità strategica di uniformare le modalità di valutazione e progettazione personalizzata utilizzando metodi e strumenti basati sulla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF).

La Regione ha già avviato, con DGR 868/2014, una prima sperimentazione denominata "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF", supportata da un applicativo web denominato FABER (fascicolo elettronico bio-psico-sociale regionale) sviluppato per la raccolta dei dati sulla base di specifico Protocollo di valutazione integrata longitudinale multiassiale denominato VILMA basata su ICF.

L'equipe Distrettuale Integrata per la redazione del Progetto Individuale di Assistenza (PIA) e dei relativi interventi, nelle more della messa a regime del sistema VILMA-FABER, deve considerare gli elementi valutativi del sistema, con particolare riguardo alle sezioni Attività e Partecipazione e ai Fattori Ambientali. La sperimentazione, avviata con DGR 868/2014, ha consentito di:

- reimpostare il concetto di disabilità alla luce di ICF;

- introdurre il Protocollo di Valutazione integrata longitudinale multiassiale VILMA;

- introdurre il fascicolo bio-psico-sociale elettronico regionale FABER;

- avviare la creazione del fascicolo bio-psico-sociale con l'obiettivo di rendere i percorsi di presa in carico integrata (sociale, sanitario, inserimento lavorativo e scolastico), documentabili, monitorabili e confrontabili in modo stabile e continuativo. La Regione Liguria ritiene opportuno estendere la sperimentazione anche degli enti accreditati e convenzionati nella successiva fase di sviluppo e sperimentazione del sistema Vilma Faber fondato su ICF.

La Regione Liguria partecipa al Progetto di ricerca collaborativa "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF per la descrizione dei risultati raggiunti nella presa in carico integrata: il sistema VILMAFABER", coordinato dal Centro collaboratore italiano dell'OMS. Ha aderito tale progetto nell'ambito dell'attuazione del Piano sociale integrato regionale 2013-2015.

Il sistema ICFWeb

Il sistema ICFWeb, applicazione web realizzata dal Consorzio SI4Life, supporta le attività cliniche di diagnosi funzionale basate sulla classificazione standard ICF dell'OMS in contesti assistenziali, riabilitativi e socio assistenziali. È strutturato per il lavoro interdisciplinare e permette ai diversi specialisti di lavorare in parallelo da qualsiasi postazione web. Il sistema integra la lettura delle abilità funzionali con l'analisi delle attività e della partecipazione del soggetto, rilevando e progettando il suo stato di inclusione.

ICFWeb è lo strumento gestionale per l'applicazione clinica dell'International Classification of Functioning, Disability and Health ed il monitoraggio degli interventi riabilitativi.

Per ogni persona preso in carico il sistema consente l'archiviazione delle informazioni anagrafiche, la compilazione della diagnosi funzionale con ICF e l'integrazione con la codifica ICD10, supportata da apposito browser. Il browser ICF permette la consultazione del sistema di classificazione ICF attraverso una navigazione gerarchica ad albero, con visualizzazione di tutti i descrittivi dei codici, in italiano ed in inglese, per adulti e per bambini. È integrato con una funzione di ricerca per parole chiave dei codici e dispone di un archivio protocolli di valutazione

già diffusi e standardizzati. Core set e Checklist possono essere modificati dall'utente, personalizzando quelli esistenti, o definiti ex novo.
Il sistema confronta gli esiti, il monitoraggio e l'analisi dei dati e permette diverse elaborazioni statistiche. Fornisce reports e confronti sui profili utenti e per gruppi di popolazione, per centro di attività e per aree di utilizzo, per periodi di valutazione.
ICFWeb permette di misurare gli esiti dei propri interventi. Tutte le valutazioni effettuate nel corso della presa in carico potranno essere visualizzate per poter seguire agevolmente il progresso e gli effetti dei trattamenti. I grafici di sintesi permettono di confrontare le valutazioni per domini, per codici e categorie. Le Tavole di Intervento, per ogni paziente, permettono il confronto tra momenti diversi di valutazione, tra gli obiettivi e i risultati ottenuti.

Formazione su ICF

La Regione Liguria ha individuato, quali obiettivi prioritari della propria programmazione con lo PSIR 2013- 2015 la realizzazione di percorsi di integrazione socio-sanitaria nell'ambito della disabilità e la necessità di dotare gli operatori di strumenti di valutazione e definizione dei Piani Individualizzati condivisi. Nel corso del 2014 è stato organizzato il seguente seminario: Adozione sperimentale del sistema di valutazione basato su ICF "VilmaFABER" per la valutazione dei risultati raggiunti nella presa in carico integrata. L'evento formativo si proponeva di presentare agli operatori coinvolti nel Progetto di sperimentazione regionale Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basata su ICF, gli strumenti necessari per operare durante il 2014-15. Si prevedeva la formazione di 60 valutatori tutor attraverso un percorso ad hoc, accreditato ECM, con sessioni di lavoro residenziali e in aula informatica per acquisire le competenze necessarie ad utilizzare gli strumenti di valutazione e un help-desk attivo mantenuto dal Centro collaboratore italiano per supportare i valutatori.

Regione VENETO

Parola chiave: ICF/SVaMDi

Riferimenti normativi

DGR n. 1804 del 06/10/2014 Disposizioni in materia SVaMDi di cui alla DGR 2960/12. Approvazione del documento "Linee Guida per la codifica ICF e compilazione della Scheda di valutazione multidimensionale SVaMDi" e del programma operativo di implementazione ed estensione dello strumento

DGR n. 2960 del 28/12/2012 Approvazione modifiche ed integrazioni alla scheda SVaMDi di cui alla DGR 2575 del 4 agosto 2009

DGR n. 2575 del 4/08/2009 Individuazione e approvazione dei criteri per la messa a regime della nuova Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili (SVaMDi).

DGR. n. 331 del 13/02/2007 Valutazione multidimensionale delle persone con disabilità secondo ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute: approvazione e introduzione di S.Va.M.Di per l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari. (BUR n. 22 del 02/03/2007)

DGR n. 4316 del 29/12/2004 I.C.F. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Progetto regionale di formazione all'ICF per gli operatori dei servizi socio sanitari.

La S.Va.M.Di. (Scheda di Valutazione Multidimensionale della Disabilità)

Con la DGR 2960 del 28 dicembre 2012, avente ad oggetto "Approvazione modifiche ed integrazioni alla scheda S.Va.M.Di. di cui alla DGR 2575 del 4 agosto 2009", la Regione del Veneto ha confermato l'adesione al sistema di classificazione approvato dall'OMS nel 2001 denominato ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) quale ordinatore

concettuale e strumento scientificamente e metodologicamente valido per la descrizione, classificazione e valutazione della condizione di disabilità. S.Va.M.Di. si pone, come prima fase di un processo di costruzione del sistema di governo dei servizi per le persone con disabilità che, a partire dalle singole valutazioni – e sulla base del Progetto personalizzato, come richiamato dall'art 14 della Legge 328/2000 – possa rendere più esplicite le condizioni di accesso alla rete locale dei servizi e delle prestazioni, anche attraverso la costruzione di graduatorie aumentando il tasso di trasparenza, relativo ai criteri di valutazione e di acceso ai servizi anche nei confronti dei cittadini a garanzia di equità ed omogeneità di trattamento sul territorio regionale. La disponibilità di dati permetterà di incrementare le informazioni relative sia ad aspetti gestionali, organizzativi ed economici sia ad aspetti relativi all'assistenza erogata alle persone con disabilità da parte dei servizi del sistema sociosanitario ed assistenziale. Il processo di valutazione disposto dalla DGR 2960/2012 attraverso S.Va.M.D.i, ha esteso il range degli utilizzatori (operatori e professionisti) sia in termini numerici che in relazione alle diverse professioni
coinvolte. Ciò ha fatto emergere importanti criticità legate ai diversi modelli teorici di riferimento tecnico scientifici, ai nodi non condivisi del linguaggio e dell'approccio ICF, nonché ai difformi processi applicativi riscontrate sia nei territori che tra gli utilizzatori. Nodo focale del percorso è rappresentato dal monitoraggio e dal sostegno formativo e informativo offerto agli operatori in accompagnamento allo sviluppo e all'applicazione della DGR 2960/2012. Tale lavoro si concretizza attraverso:
- un iniziale step di implementazione formativa con i referenti informatici ed i referenti dell'area della disabilità delle Aziende ULSS venete;
- un'azione costante di consulenza e supporto alla comunità degli utilizzatori, tramite telefono, email o supporto all'interno della procedura informatica; l'insediamento di un comitato scientifico a cui sono stati affidati i compiti di analizzare le criticità, rielaborare e validare la definizione dell'algoritmo per la costruzione dei profili di gravità e funzionamento, definire un supporto univoco per l'utilizzo delle scheda anche attraverso uno specifico compendio;
- la redazione di un manuale di riferimento.

Allegato 4 - Griglia per la classificazione delle informazioni raccolte

Settori		

Scuola/IEFP	Progetto educativo individualizzato (PEI)	❒
	Sostegno socio-educativo scolastico	❒

Salute	Assistenza domiciliare	❒
	Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità (LEA 2017)	❒
	Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (LEA 2017)	❒
	Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali	❒

Politiche sociali	Progetto individualizzato (art. 14 L. 104/92	❒
	Dopo di noi	❒
	Programma Vita indipendente	❒
	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	❒
	Attività ricreative, sociali, culturali	❒
	Servizi di supporto (mense, trasporto ecc.)	❒

Lavoro	Collocamento mirato (Legge 68/99)	❒
	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei disabili	❒

Presa in carico multiprofessionale

Riferimenti Legislativi (Leggi R., Delibere, circolari, etc)

Articolazione (personale coinvolto)

Psicologi clinici e psicoterapeuti	❒
Psicologi dello sviluppo e dell'educazione	❒
Psicologi del lavoro e delle organizzazioni	❒
Medici	❒ (specificare quali)
Professori di scuola secondaria, post-secondaria e professioni assimilate	❒
Professori di scuola primaria	❒
Specialisti nell'educazione e nella formazione di persone con disabilità	❒
Docenti della formazione e dell'aggiornamento professionale	❒
Esperti della progettazione formativa e curricolare	❒
Consiglieri dell'orientamento	❒
Insegnanti nella formazione professionale	❒
Professioni sanitarie infermieristiche	❒ (specificare quali)
Fisioterapisti	❒
Logopedisti	❒

Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	❒
Tecnici della riabilitazione psichiatrica	❒
Educatori professionali	❒
Terapisti occupazionali	❒
Assistenti sociali	❒
Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale	❒ (specificare quali)
Tecnici dei servizi per l'impiego	❒ (specificare quali)
Amministrativi	❒ (specificare quali)
Altre figure	❒ (specificare quali)

Rapporto multiprofessionalità/multidisciplinarietà (interazione fra sistemi di competenze dei vari esperti)

Modelli organizzativi (Compiti, funzioni, processi)

Integrazione nel sistema dei servizi sociosanitari e territoriali (conferenze dei servizi, protocolli, accordi di rete formali/informali ecc.)

Strumenti e metodi

Ambiti di intervento (orientamento, accompagnamento, tutoraggio, autoimprenditorialità, etc)

Modalità di predisposizione del progetto personale (attenzione al ruolo della famiglia e della persona con disabilità)

Modalità di monitoraggio e valutazione degli interventi

Utilizzo dell'ICF

Valutazione diagnostica multidisciplinare

Supporto alla predisposizione delle prestazioni (domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative ecc.)

Utilizzo per il management delle informazioni (come vengono organizzate a archiviate le informazioni ICF e se e come contribuiscono alla definizione di una cartella individuale)

Utilizzo a supporto del management e dell'allocazione delle risorse (anche con un eventuale approccio di budget di salute)

Utilizzo per la misurazione dell'efficacia dei percorsi assistenziali e dei trattamenti riabilitativi (ad esempio nella definizione di indicatori)

Utilizzo per la valutazione degli *outcome* degli interventi

Utilizzo per il controllo di qualità e dell'adeguatezza degli interventi e servizi socio-sanitari indirizzati a persone con disabilità

Utilizzo nella realizzazione di ricerche e studi (ricerche sui determinanti della salute, studi epidemiologici, fattori ambientali, valutazione dei bisogni delle persone con disabilità, studi per il miglioramento delle politiche volte alla loro inclusione sociale ecc.)

Percorsi formativi e adozione dell'ICF

Percorsi formativi sviluppati per facilitare l'adozione e l'utilizzo dell'ICF

Eventuali difficoltà organizzative per l'utilizzo dell'ICF (carenza di multidisciplinarietà, esigua eterogeneità di professioni coinvolte negli specifici servizi ecc.)

Allegato 5 – Azioni indirizzate a persone con disabilità (informazioni tratte dal documento "Griglia di lettura POR FSE OT 9 realizzata nell'ambito del progetto: "Supporto alle attività di monitoraggio, valutazione e governance del PON Inclusione", INAPP, 2016)

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
ABRUZZO				
	OS 9.2. Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili = **RA 9.2**	Persone particolarmente svantaggiate[45] e "persone con dipendenze" (droga alcol e gioco d'azzardo patologico)	Gli interventi prevedono che, a partire dalla presa in carico multidisciplinare attuata con la collaborazione tra Enti d'Ambito Sociale e Servizi pubblici e privati per il lavoro, i destinatari possano fruire di misure di politica attiva personalizzate (orientamento, formazione, tutoraggio, tirocini, accompagnamento al lavoro, supporto alla creazione d'impresa) e di servizi di carattere socio-assistenziale e comunitario finalizzati all'inclusione attiva. Si prevede inoltre di finanziare anche misure di sostegno alle imprese per favorire le assunzioni e l'ammodernamento delle strutture al fine di migliorare l'accoglienza dei soggetti svantaggiati.	9.2.1 (disabili) POR 9.2.2 (persone vulnerabili) PON/POR 9.2.4 (sostegno imprese) POR
CALABRIA				
PdI 9i – L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	OS 9.1. Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale = **RA 9.1**	Persone, in particolare minori, a rischio povertà o in situazione di grave deprivazione materiale	- Rafforzamento di servizi di prevenzione dell'istituzionalizzazione di minori attraverso servizi di educativa familiare domiciliare e qualificazione degli operatori socio-assistenziali. - Sviluppo di servizi di assistenza domiciliare innovativi, anche condivisi (badanti di condominio, nidi familiari) per minori, anziani e disabili; servizi di animazione orientati a sviluppare reti di supporto e di vicinato alle famiglie in difficoltà e/o alle persone maggiormente vulnerabili e a rischio di esclusione sociale e, finalizzati all'inclusione attiva.	9.1.2 (servizi sociali innovativi) PON/POR
	OS 9.2. Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili = **RA 9.2**	Persone disabili	- Inclusione attiva delle persone con disabilità attraverso la presa in carico multiprofessionale (orientamento, counselling, profiling, recupero delle competenze di base); - assunzione di persone con disabilità nelle imprese (inclusi incentivi, strumenti e forme organizzative specifiche per l'accesso e la permanenza nel mondo del lavoro delle persone con disabilità; - iniziative di microcredito, finalizzate all'occupazione.	9.2.1 (disabili) POR
		Persone maggiormente vulnerabili e a rischio	- Progetti di presa in carico multiprofessionale (orientamento, counselling, profiling, recupero delle competenze di base) per l'inclusione attiva; - misure di politica attiva per l'assunzione (inclusi incentivi, strumenti e forme	9.2.2 (persone vulnerabili) PON/POR

[45] Per persone maggiormente vulnerabili si intendono: persone con disabilità, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, della legge 68/1999, persone svantaggiate, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge n. 381/1991, vittime di violenza o grave sfruttamento e a rischio di discriminazione, minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età, beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria ed umanitaria, altri soggetti presi in carico dai servizi sociali.

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
		di discriminazione	organizzative specifiche per la gestione delle differenze di genere, orientamento sessuale, razza, origine etnica, religione e convinzioni personali); - iniziative di microcredito, finalizzate all'occupazione; - progetti per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa.	
		Persone con limitata autonomia	- Buoni servizio/voucher per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi socio-assistenziali e a ciclo diurno, come accreditati secondo la normativa vigente, finalizzati all'attivazione ed all'inserimento socio-lavorativo; - progetti per promuovere e favorire forme di flessibilità degli orari di apertura dei servizi rispondenti alle diverse esigenze dell'utenza e alla qualità di erogazione del servizio.	9.3.6 (limitata autonomia) POR
	OS 9.4. Riduzione del numero di famiglie con particolari fragilità sociali ed economiche in condizione di disagio abitativo = **RA 9.4**	Anziani, persone con limitazioni dell'autonomia, migranti	- Forme di abitare assistito per particolari categorie quali ad esempio: anziani e persone con limitazioni dell'autonomia, migranti e titolari di protezione internazionale la prima residenzialità di soggetti in uscita dai servizi sociali, donne vittime di violenza); - progetti innovativi di contrasto al disagio abitativo (Housing first, co-housing, housing-led).	9.4.2 (fragilità socio economica) PON Metro/POR
EMILIA ROMAGNA				
PdI 9i – L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	OS 6. Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili = **RA 9.2**	Persone in condizione di svantaggio	Interventi integrati e multiprofessionali per l'accompagnamento al lavoro: • Servizi di presa in carico delle persone delle persone a rischio di esclusione, marginalità e discriminazione, con approccio multidisciplinare per la definizione dei percorsi personalizzati: acquisizione di informazioni, colloqui orientativi singoli e di gruppo, consulenza orientativa, seminari laboratori per la ricerca attiva del lavoro, percorsi per la ricollocazione professionale, azioni per l'attivazione di misure formative e tirocini, servizi di accesso all'intermediazione, servizi di incrocio domanda offerta; • Azioni integrate di orientamento, formazione e servizi di accompagnamento all'inserimento nel mercato del lavoro anche accompagnate da indennità per la partecipazione rivolte alle persone a rischio di esclusione, marginalità e discriminazione; • Interventi integrati per le comunità, quali i ROM, e le persone senza fissa dimora, i richiedenti asilo e i beneficiari di protezione internazionale, maggiormente emarginate e a rischio di discriminazione per l'accompagnamento al lavoro comprensivi di interventi di presa in carico globale, interventi di mediazione sociale e educativa e di misure volte a favorire l'accessibilità e la fruizione dei servizi; • Misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali con particolare attenzione alle opportunità di avvio e rafforzamento delle cooperative sociali affiancate da strumenti e servizi quali accesso al credito, fondi di garanzia, microcredito d'impresa, forme di tutoraggio, anche alla pari; • Misure di presa in carico e accompagnamento al lavoro realizzate in integrazione e nella valorizzazione	9.2.1 (disabili) POR 9.2.2 (persone vulnerabili) PON/POR

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
			delle potenzialità offerte delle imprese e cooperative sociali e dalle organizzazioni del terzo settore; • Tirocini sulla base di quanto disposto dalla legge regionale 7/2013 quale modalità formativa finalizzata a sostenere le scelte professionali, favorire l'acquisizione di competenze mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro e a supportare l'inserimento lavorativo delle persone, accompagnati da indennità per la partecipazione; • Incentivi all'assunzione sulla base di quanto disposto dalla legge regionale 17/2005 al fine di favorire l'inserimento nel mercato del lavoro; • Incentivi economici a sostegno del diritto dovere all'istruzione e formazione professionale per promuovere pari opportunità nell'accesso dei giovani.	
FRIULI V. G.				
PdI 9i – L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili (5-15% delle risorse della PdI)	Persone che vivono in condizione di povertà o a rischio di povertà ed esclusione sociale. Famiglie delle persone a carico. Personale Servizi Sociali, CPI, Servizi Sanitari delle imprese profit e no profit, datori di lavoro. Associazionismo e la Caritas; le imprese del terzo settore (profit e non profit), gli addetti di tali imprese	Interventi di presa in carico multi professionale finalizzate all'inclusione lavorativa e/o abilitazione sociale: percorsi attivati da Servizi Sociali dei Comuni (SSC), CPI, strutture regionali di orientamento, Centri di formazione e Servizi sanitari anche con il coinvolgimento delle imprese sociali, secondo un modello attento a valorizzare e ampliare la messa in rete di soggetti e competenze diverse del pubblico e del privato sociale (attivazione di percorsi integrati di inclusione socio – lavorativa, tirocini, percorsi di empowerment funzionali all'inserimento lavorativo, completamento di percorsi di formazione professionale interrotti o di riqualificazione).	9.2.2 (persone vulnerabili) PON/POR
MARCHE				
PdI 9i – L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	OS 9.2. Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili = **RA 9.2**	Disoccupati con disabilità o in condizione di particolare svantaggio, vittime di violenza e a rischio di discriminazione, altri soggetti presi in carico dai servizi sociali, persone a rischio di esclusione sociale	Attività di orientamento, counselling, profiling, ecc.; Azioni formative rivolte al recupero delle competenze; Azioni integrate per l'erogazione di aiuti all'assunzione, alla stabilizzazione o altri incentivi alle imprese per l'occupazione; Interventi di presa in carico multiprofessionale finalizzati all'inclusione lavorativa e all'orientamento delle persone con disagio grave a rischio di esclusione sociale; Borse lavoro, borse di ricerca e tirocini; Borse di studio per ragazzi in diritto dovere appartenenti a famiglie con bassi redditi Isee e a rischio dispersione; Interventi a supporto dell'incremento della presenza di mediatori culturali nelle strutture pubbliche; Progetti integrati di inclusione attiva rivolti alle vittime di violenza e grave sfruttamento e alle persone a rischio di discriminazione; Sostegno alle imprese per progetti integrati per l'assunzione, l'adattamento degli ambienti di lavoro, la	9.2.1 (disabili) 9.2.2 9.2.3 9.2.4

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
			valorizzazione delle diversità nei luoghi di lavoro; Interventi a sostegno di progetti di agricoltura sociale.	
PdI 9iv – il miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie di interesse generale	OS 9.3. Aumento/ consolidamento/ qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivollti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali = **RA 9.3**		Voucher per l'acquisizione di servizi socio educativi per minori a carico (anche per le scuole paritarie); Contributi al potenziamento dell'offerta di servizi socio educativi erogata dagli Ambiti Territoriali Sociali; Voucher per l'acquisizione di servizi di cura per minori, anziani o persone diversamente abili a carico; Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF su scala territoriale; Formazione degli operatori/educatori; Interventi di sostegno ai progetti di "Vita Indipendente" per soggetti con disabilità grave; Formazione personale da inserire o già inserito nel Terzo settore, anche attraverso le organizzazioni dello stesso; Sviluppo del sistema informativo delle politiche sociali e potenziamento delle attività di monitoraggio degli interventi e di analisi delle situazioni di svantaggio; Potenziamento della rete di servizi sociali territoriali anche attraverso lo sviluppo del segretariato sociale.	9.3.2 (infanzia) 9.3.3 (infanzia) 9.3.6 (anziani) 9.3.7 (formazione) 9.3.9 (sistemi informativi) 9.3.8 (reti)
PUGLIA				
PdI 9i – L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	9a) Promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà favorendo la costruzione di un contesto sociale ed economico capace di accogliere e farsi carico di situazioni di estrema fragilità sociale e di svantaggio rispetto al mercato del lavoro con un approccio integrato e attivo. Obiettivo generale è quello di integrare strumenti e azioni diverse sui medesimi target di destinatari, attivare le risorse individuali al fine un maggiore pronostico di occupabilità rispetto al contesto locale = **RA 9.1**	Persone a rischio di povertà e di esclusione; con disabilità, psichica, motoria o sensoriale; pazienti psichiatrici stabilizzati; donne e minori vittime di abuso, maltrattamento e violenza; detenuti ed ex-detenuti; giovani in contesti urbani degradati.	Interventi per l'innovazione sociale - attivare cantieri di innovazione sociale per sperimentare forme giuridiche (es: coop. di comunità, fondazioni di partecipazione, SCE-società coop. europee, …), capaci di attivare welfare community e partenariati pubblico-privato-privato sociale per un protagonismo socialmente responsabile; - programmare, sviluppare e rimodulare il rapporto tra servizi domiciliari e ricoveri di sollievo in strutture residenziali, anche con l'impiego delle nuove tecnologie; - favorire esperienze di mutuo-aiuto e di crowdfunding di lavoro sociale per rendere accessibili ai cittadini più svantaggiati servizi sociosanitaria costi sostenibili, e favorire esperienze di contatto con il mondo del lavoro per giovani professionisti inoccupati; - promuovere l'animazione di spazi pubblici per i cittadini per favorire la coesione sociale (cd. spazi di socialità, orti sociali per la solidarietà tra le generazioni); - sviluppare piattaforme digitali per reti di imprese sociali e per l'accessibilità dei servizi offerti al territorio.	9.1.4
	9b) Favorire l'incremento dell'occupabilità e la partecipazione al mercato del lavoro promuovendo la costruzione di un contesto sociale ed economico capace di accogliere e farsi carico di	Persone con disabilità motoria, sensoriale e psichica non grave	Interventi per persone con disabilità - modello ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health], anche personalizzato, al fine di valutare le autonomie e le capacità funzionali per costruire progetti individualizzati socio-educativi e socio-lavorativi; - strumenti di ingegneria finanziaria quali fondi di garanzia per l'accesso al credito, microcredito sociale, per l'inserimento socio-lavorativo e l'autoimpresa	9.2.1

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
	situazioni di estrema fragilità sociale e di svantaggio rispetto al mercato del lavoro con un approccio integrato e attivo = **RA 9.2**		di persone con disabilità; - percorsi di addestramento professionale e inserimento lavorativo ad integrazione dei progetti di presa in carico in strutture pubbliche o convenzionate con Enti pubblici a ciclo diurno o residenziale di disabili gravi, per la costruzione di possibili percorsi di autonomia ("dopo di noi").	
PdI 9iv – il miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie di interesse generale	9d) Aumento, consolidamento e qualificazione dei servizi di cura e socio-educativi al fine di supportare i percorsi di inclusione attiva promuovendo l'accesso ai servizi di qualità rivolti ai bambini e alle persone adulte e anziane con limitata autonomia e che richiedano elevati carichi di cura, fabbisogno di conciliazione, qualità dei contesti di vita e piena accessibilità dei servizi = **RA 9.3**		Interventi volti all'aumento e alla qualificazione dei servizi socio-sanitari ed educativi (potenziamento del sistema informativo sociale regionale): - azioni di empowerment per le professionalità coinvolte nella implementazione di nuovi flussi informativi per l'analisi della domanda e dell'offerta di servizi sociali e sociosanitari per le per persone e le famiglie; - azioni di supporto per la piena fruibilità dei dati, ad esempio mediante la georeferenziazione di tutti i dati disponibili, per una accessibilità friendly delle informazioni da parte dei cittadini e un pieno governo del mercato amministrato dei servizi da parte degli Enti locali committenti; - sviluppo di azioni specifiche di ricerca e monitoraggio con l'obiettivo della valutazione delle politiche in termini di efficacia (domanda-offerta) e di efficienza (costi di produzione e condizioni economiche di accesso).	9.3.3 9.3.4 9.3.6 9.3.9
		Figura dell'assistente familiare	Interventi di formazione degli operatori dei servizi di cura: formazione degli assistenti familiari e la creazione di albi su scala territoriale di persone e soggetti giuridici fornitori di servizi di cura: tale figura (prevista dal Repertorio Regionale delle Figure Professionali DRG 327 del 07/03/2014), risulta necessaria per supportare quelle situazioni di fragilità (sia nella prima infanzia che per persone con disabilità) che richiedono la permanenza a domicilio anche non continuativa. Potenziali interessati ai percorsi formativi: persone con basso livello di istruzione, perdurante disoccupazione, elevate barriere all'ingresso nel mdl (linguistiche e culturali per le persone immigrate)	9.3.7
				9.4.2
SARDEGNA				
PdI 9i – L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	9.1 - Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale = **RA 9.1**	Soggetti svantaggiati tra cui: immigrati, cittadini di paesi terzi come i richiedenti asilo e i beneficiari di protezione internazionale, detenuti ed ex-detenuti, soggetti vittime di violenza o grave sfruttamento, giovani in contesti	Interventi di sostegno a famiglie particolarmente vulnerabili, privilegiando l'aspetto dell'inserimento lavorativo oltre a quello socio-assistenziale. Interventi di presa in carico da parte di equipe multidisciplinari e servizi di consulenza educativa per famiglie problematiche con minori. Attraverso lo strumento dell'ITI e in raccordo con il FESR, progetti di innovazione sociale tesi a ridurre l'esclusione sociale e la povertà e a promuovere strumenti finalizzati all'inclusione socio-lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione caratterizzati da un forte degrado sociale (in aree metropolitane e aree interne).	9.1.2 (servizi sociali innov.) 9.1.4 (progetti innov. sociale)
	9.2 - Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del		Gli interventi, che saranno attuati anche attraverso la collaborazione degli attori locali che operano nel settore sociale e sanitario, saranno progetti integrati finalizzati all'avviamento, inserimento e accompagnamento al lavoro,	9.2.1 (p. con disabilità) 9.2.2 (vulnerab)

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
	lavoro delle persone maggiormente vulnerabili = **RA 9.2**	urbani degradati, pazienti psichiatrici stabilizzati, disoccupati di lunga durata, inoccupati, lavoratori in CIGS, persone con disabilità, Aspi e mobilità, soggetti appartenenti a minoranze, famiglie in condizione di povertà.	anche attraverso forme di sostegno (microcredito) per la creazione di impresa. Progetti di innovazione e buone prassi che perseguono l'obiettivo dell'accesso ai diritti, dell'attivazione di percorsi abilitativi ed emancipativi. Interventi di inclusione attiva nel campo della green economy volti a favorire l'inclusione sociale di soggetti emarginati, da realizzarsi con il coinvolgimento delle imprese sociali. Interventi rivolti a migliorare le condizioni dei soggetti svantaggiati sul luogo di lavoro. Azioni integrate (azioni formative, servizi di sostegno e piccoli sussidi), finalizzate al sostegno per l'ingresso o il reinserimento nel mercato del lavoro e l'imprenditorialità di persone appartenenti a particolari categorie di svantaggio economico e sociale. Progetti volti a migliorare e omogeneizzare i servizi per il lavoro dedicati alle persone in condizioni di particolare disagio.	9.2.3 (progetti integrati) 9.2.4 (sostegno alle imprese)
PdI 9iv – il miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie di interesse generale	9.3 - Aumento/ consolidamento/qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali = **RA 9.3**	Soggetti svantaggiati tra cui: immigrati, cittadini di paesi terzi come i richiedenti asilo e i beneficiari di protezione internazionale, detenuti ed ex-detenuti, soggetti vittime di violenza o grave sfruttamento, giovani in contesti urbani degradati, pazienti psichiatrici stabilizzati, disoccupati di lunga durata, inoccupati, lavoratori in CIGS, persone con disabilità, Aspi e mobilità, soggetti appartenenti a minoranze, famiglie problematiche (ad es. povere, numerose, con minori, anziani e persone con limitazione dell'autonomia).	Iniziative intese ad assicurare una maggiore diffusione e diversificazione dei servizi socio-educativi per la prima infanzia e dei servizi di cura, anche nell'ottica di un incremento dell'occupabilità della popolazione femminile. In sinergia con le azioni messe in campo con il FESR, saranno previste azioni di implementazione di buoni servizio destinati a facilitare l'accesso ai servizi sociosanitari domiciliari e a ciclo diurno da parte di famiglie o persone in condizioni di particolare svantaggio e in contesti caratterizzati da un forte degrado sociale (in aree metropolitane e aree interne).	9.3.3 9.3.6
	9.4 - Riduzione del numero di famiglie con particolari fragilità sociali ed economiche in condizioni di disagio abitativo = **RA 9.4**		In via sperimentale, e in stretto coordinamento con il FESR, attuazione di un modello di intervento integrato di promozione e accompagnamento all'abitare sociale rivolto ad un campione di soggetti, caratterizzati da particolari aspetti reddituali e di contesto familiare e residenti in quartieri caratterizzati da fenomeni di degrado urbano e sociale. Obiettivo è il miglioramento della qualità della vita delle famiglie interessate e del quartiere più in generale, e sviluppare il senso civico nell'uso del bene comune. Azioni di promozione e accompagnamento (animazione e sensibilizzazione) per il disagio abitativo (sportello casa, portierato sociale) anche al fine di garantire il successo dell'applicazione del modello. Infatti, in caso di esito positivo, la Regione intende replicare il modello in altri contesti regionali.	9.4.2

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
PIEMONTE[46]				
PdI 9i – L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	OS 9.1. 6 - Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale **RA 9.1**	Soggetti a maggiore rischio di esclusione sociale, con ciò riferendosi non soltanto alle categorie svantaggiate ai sensi della normativa comunitaria e nazionale di riferimento, ivi compresi i richiedenti asilo e beneficiari di protezione internazionale, le quali costituiscono in ogni caso il target prioritario delle misure, quanto anche, più in generale, a persone in difficoltà in termini di accesso/permanenza sul MdL e il cui coinvolgimento, soprattutto ove di natura preventiva, favorisce opportune sinergie con le iniziative afferenti al primo Asse del Programma e, nel medio termine, opera sui principi di sostenibilità che	Per l'obiettivo specifico 6 : Ridurre la povertà e a promuovere l'innovazione sociale le azioni sono: - Sostegno a persone in condizione di temporanea difficoltà economica anche attraverso il ricorso a strumenti di ingegneria finanziaria, tra i quali il microcredito, e strumenti rimborsabili eventualmente anche attraverso ore di lavoro da dedicare alla collettività (9.1.3) Per l'obiettivo specifico 7 (azioni tese a promuovere l'occupabilità e l'inserimento sul MdL dei soggetti svantaggiati le azioni comprendono: 1. Interventi di presa in carico multiprofessionale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono prese in carico dai servizi sociali: percorsi di empowerment (ad es. interventi di recupero delle competenze di base rivolti a tossicodipendenti, detenuti etc.), misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa (es. accesso al credito, fondi di garanzia, microcredito d'impresa, forme di tutoraggio, anche alla pari) (9.2.2) 2. Progetti integrati di inclusione attiva rivolti alle vittime di violenza, di tratta e grave sfruttamento, ai minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età, ai beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria e umanitaria e alle persone a rischio di discriminazione (9.2.3)	9.1.2 PON/POR

[46] Nel POR si legge *Per tali tipologie di intervento non sembra esserci rischio di sovrapposizione, considerato infatti che a livello regionale il Programma Operativo intende invece finanziare, anche nell'ambito delle sperimentazioni relative all'innovazione sociale, interventi che abbiano ricadute dirette sulle esigenze della persona, operando in via largamente attraverso misure di politica attiva che sappiano ampliare l'occupabilità degli individui e rafforzarne i percorsi di autonomia e inclusione sociale. Si precisa che tra le azioni previste dal PON rivestono interesse per la Regione quelle finalizzate alla realizzazione di progetti pilota dedicati alle diverse categorie di svantaggio, nonché quelle riguardanti l'implementazione del sistema informativo dei servizi e delle prestazioni sociali.*

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
		costituito uno tra gli elementi cardine di questo ambito di operatività del POR.		
	OS 9.2. Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente Vulnerabili (RA 9.2)	Rientrano in questo novero tutti i soggetti che la normativa comunitaria e nazionale qualifica come svantaggiati/ particolarmente svantaggiati, il cui numero, in analogia a quanto segnalato in riferimento alle famiglie/individui che vivono già o rischiano di vivere al di sotto della soglia di povertà, è venuto costantemente aumentando nel corso dell'ultimo lustro. Si segnala inoltre come la crisi abbia concorso all'acuirsi delle relazioni all'interno dei nuclei familiari ed all'aumento significativo di episodi di violenza contro le donne. Destinatari ultimi delle azioni con le quali saranno perseguiti gli obiettivi specifici 6 e 7 sono i soggetti a maggiore rischio di esclusione sociale, con ciò riferendosi non soltanto alle categorie svantaggiate ai sensi	I progetti integrati di inclusione attiva rivolti alle vittime di violenza, di tratta e grave sfruttamento e alle persone a rischio di discriminazione verranno sviluppati in sostanziale continuità con le positive esperienze che la Regione Piemonte ha maturato nel corso della programmazione FSE 2007-2013, attingendo anche a risorse finanziarie di natura diversa e prevedendo, in tutti i casi, il fattivo coinvolgimento dei servizi sociali e, in specie, degli operatori impegnati nel quotidiano con le categorie di riferimento di questa azione.	(9.2.1)

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
		della normativa comunitaria e nazionale di riferimento, ivi compresi i richiedenti asilo e beneficiari di protezione internazionale, le quali costituiscono in ogni caso il target prioritario delle misure, quanto anche, più in generale, a persone in difficoltà in termini di accesso/permanenza sul MdL e il cui coinvolgimento, soprattutto ove di natura preventiva, favorisce opportune sinergie con le iniziative afferenti al primo Asse del Programma e, nel medio termine, opera sui principi di sostenibilità che costituito uno tra gli elementi cardine di questo ambito di operatività del POR.		
PdI 9.IV Il miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie	Aumento /consolidamento /qualificazione dei servizi di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari	Bambini tra zero e fino al compimento dei 3 anni che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia e anziani trattati in assistenza domiciliare socio-assistenziale.	1. Sostegno a forme di erogazione e fruizione flessibile dei servizi per la prima infanzia, tra i quali nidi familiari, spazi gioco, centri per bambini e genitori, micronidi estivi, anche in riferimento ad orari e periodi di apertura [nel rispetto degli standard fissati per tali servizi] 2. Implementazione di buoni servizio [per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi sociosanitari domiciliari e a ciclo diurno, e per favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera], promozione dell'occupazione regolare nel settore	Obiettivo specifico 9 (9.3.4) (9.3.6) (9.3.7).

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
d'interesse generale	territoriali (RA 9.3)		3. Formazione degli assistenti familiari e creazione di registri di accreditamento e di albi di fornitori di servizi di cura rivolti alle persone anziane e/o non autosufficienti	
9v - La promozione dell'imprenditoria sociale e dell'inserimento professionale nelle imprese sociali e dell'economia sociale e solidale per facilitare l'accesso al lavoro	Rafforzamento dell'economia sociale RA 9.7		1. Sperimentazione di alcuni progetti di innovazione sociale nel settore dell'economia sociale 2. Rafforzamento delle imprese sociali e delle organizzazioni del terzo settore in termini di efficienza ed efficacia della loro azione (ad es. attività di certificazione di qualità delle istituzioni private e di terzo settore che erogano servizi di welfare, di promozione di network, di promozione degli strumenti di rendicontazione sociale e formazione di specifiche figure relative, di innovazione delle forme giuridiche e organizzative, di sensibilizzazione e formazione per lo sviluppo di imprenditoria sociale)	(9.7.6) (9.7.3)
LOMBARDIA				
PdI 9. L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	9.2 - Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili	Persone con disabilità a forte rischio di esclusione sociale	Azione 9.2.1 Interventi di presa in carico multi professionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health] su scala territoriale. Interventi di politica attiva specificamente rivolti alle persone con disabilità.	(9.2.1)
		Popolazione fragile (persone con patologie croniche, con disabilità, non autosufficienti ecc.)	Azione - 9.3.6 - Implementazione di buoni servizi per servizi a persone con limitazioni nell'autonomia (per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi sociosanitari domiciliari e a ciclo diurno e per favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera e per la promozione dell'occupazione regolare nel settore).	(9.3.6)
LAZIO				
PdI 9i – L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	9.1 Riduzione della povertà e dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale	Persone che vivono in condizioni di povertà e di nuova povertà, detenuti e ex detenuti, disabili, immigrati, migranti (inclusi i richiedenti asilo e i beneficiari di protezione internazionale) sia di altri stati membri	9.2.1. Interventi di presa in carico multi professionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health] su scala territoriale. Interventi di politica attiva specificamente rivolti alle persone con disabilità	
	9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, delle persone maggiormente vulnerabili			(9.2.1)
			9.2.2. Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono presi in carico dai servizi sociali: percorsi di empowerment [ad es. interventi di recupero delle competenze di base rivolti a tossicodipendenti, detenuti etc.+, misure per	(9.2.2)

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
		dell'UE che di Paesi terzi all'Unione, Rom, Sinti e Camminati, persone appartenenti a minoranze etniche, persone affette da dipendenze da alcol e/o droghe, ex alcolisti e/o tossicodipendenti, donne oggetto di abusi e violenze, persone senza fissa dimora o in condizioni di povertà estrema, prostitute e transessuali. Destinatari delle attività sono anche il personale dei servizi di cura delle imprese e cooperative sociali; datori di lavoro e colleghi di soggetti in condizioni di disagio, famiglie di persone svantaggiate	l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa (es. accesso al credito, fondi di garanzia, microcredito d'impresa, forme di tutoraggio, anche alla pari).	
PdI 9iv – Miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale	9.3 - Aumento/consolidamento /qualificazione dei servizi di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali	Destinatari della priorità sono le persone inattive, i disoccupati, il personale delle imprese del terzo settore profit e non profit, il personale degli enti pubblici locali, il personale dei servizi per l'impiego, persone inattive/senza impiego, gli utenti dei servizi.	9.3.6. Implementazione di buoni servizio *per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi sociosanitari domiciliari e a ciclo diurno, e per favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera], promozione dell'occupazione regolare; 9.3.7. Formazione degli assistenti familiari e creazione di registri di accreditamento e di albi di fornitori di servizi di cura rivolti alle persone anziane e/o non autosufficienti	(9.3.6) (9.3.7)

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
CAMPANIA				
PdI 9i – L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	(Obiettivo specifico 7) Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, delle persone maggiormente vulnerabili (RA 9.2)	Persone con disabilità	*(nel POR si fa riferimento ad azioni a titolo esemplificativo).* Interventi di presa in carico multi professionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health] su scala territoriale. Interventi di politica attiva specificamente rivolti alle persone con disabilità.	
		Fragilità sociale	Sostegno alle imprese per progetti integrati per l'assunzione, l'adattamento degli ambienti di lavoro, la valorizzazione delle diversità nei luoghi di lavoro [informazione e sensibilizzazione alle diversità, adozione di carte per le pari opportunità, codici di condotta, introduzione della figura del diversity manager, gestione del percorso lavorativo dei lavoratori con disabilità, etc.]. Sviluppo e diffusione delle tecnologie assistive finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità	
PdI 9.IV - Il miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale	(obiettivo specifico 10) Riduzione del numero di famiglie con particolari fragilità sociali ed economiche in condizioni di disagio abitativo (RA 9.4)	Persone e famiglie in condizione di svantaggio, anziani non autosufficienti, persone disabili, donne con carichi di cura, operatori di sistemi (in possesso di diploma di istruzione terziaria, coinvolti in percorsi formativi).	Servizi di promozione e accompagnamento all'abitare assistito nell'ambito della sperimentazione di modelli innovativi sociali e abitativi, finalizzati a soddisfare i bisogni di specifici soggetti-target caratterizzati da specifica fragilità socio-economica [ad esempio residenzialità delle persone anziane con limitazioni dell'autonomia, l'inclusione per gli immigrati, la prima residenzialità di soggetti in uscita dai servizi sociali, donne vittime di violenza]	
	(obiettivo specifico 9) Aumento/ consolidamento/ qualificazione dei servizi di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali (RA 9.3)		Implementazione di buoni servizio per servizi a persone con limitazione nell'autonomia (per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi sociosanitari domiciliari e a ciclo diurno, e per favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera e per la promozione dell'occupazione regolare nel settore)	
			Formazione degli assistenti familiari e creazione di registri di accreditamento e di albi di fornitori di servizi di cura rivolti alle persone anziane e/o non autosufficienti	
			Implementazione del Sistema informativo dei servizi e delle prestazioni sociali	
			Percorso di definizione della denominazione dei contenuti delle professioni sociali e del loro riconoscimento uniforme sul territorio nazionale [questa azione riguarda l'intero sistema sociale]	
9vi - Le strategie di sviluppo locale di tipo partecipativo	(Obiettivo specifico 12) Aumento della legalità nelle aree ad alta esclusione sociale e miglioramento del tessuto urbano nelle aree a basso tasso di legalità (RA 9.6)	Cittadini, studenti, famiglie, operatori pubblici e privati, imprese.	• azioni di informazione e sensibilizzazione rivolte all'intera società civile, con particolare riferimento alle scuole e alle famiglie; • azioni di costruzione e sviluppo di reti di "comunità" capaci di contrastare le organizzazioni criminali; • azioni a supporto delle imprese sociali per il riutilizzo dei beni confiscati per finalità sociali; • azioni formative rivolte ad operatori pubblici e privati coinvolti nel	

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
			processo di riutilizzo dei beni confiscati.	
TOSCANA[47]				
PdI 9i – Inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili *Obiettivo Specifico B.1.1. Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, attraverso percorsi integrati e multidimensionali di inclusione attiva delle persone maggiormente vulnerabili (persone con disabilità, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, della legge n. 381/1991, vittime di violenza o grave sfruttamento e a rischio di discriminazione, altri soggetti presi in carico dai servizi sociali)*	Disabili, soggetti vulnerabili, Rom, Sinti e Camminanti, senza dimora	Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, attraverso percorsi integrati e multidimensionali di inclusione attiva delle persone maggiormente vulnerabili (persone con disabilità, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, della legge n. 381/1991, vittime di violenza o grave sfruttamento e a rischio di discriminazione, altri soggetti presi in carico dai servizi sociali) - Interventi di presa in carico multi professionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health] su scala territoriale. Interventi di politica attiva specificamente rivolti alle persone con disabilità; - Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono presi in carico dai servizi sociali - Sostegno alle imprese per progetti integrati per l'assunzione, l'adattamento degli ambienti di lavoro, la valorizzazione delle diversità nei luoghi di lavoro [informazione e sensibilizzazione alle diversità, adozione di carte per le pari opportunità, codici di condotta, introduzione della figura del diversity manager, gestione del percorso lavorativo dei lavoratori con disabilità, etc.]. ù - Sviluppo e diffusione delle tecnologie assistite finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità.	
PdI 9.iv - Miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi	*Obiettivo specifico B.2.1 - Aumento/consolidamento/qualificazione dei servizi di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni*	Donne e uomini, che esprimono esigenze specifiche di tra impegni professionali e familiari, disoccupati	Aumento consolidamento/qualificazione dei servizi di cura socioeducativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia: - Implementazione di buoni servizio - Sostegno a forme di erogazione e fruizione flessibile dei servizi per la prima infanzia - Implementazione di buoni servizio (per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi sociosanitari domiciliari)	

[47] A pag.10 del POR si legge che Il "PON Inclusione finanzierà prioritariamente la Sperimentazione del Sostegno per l'inclusione attiva; nell'AdP con riferimento a tale misura si specifica che "al fine di favorire l'omogeneità territoriale dell'intervento, la programmazione attuativa avverrà [...] sulla base di indirizzi nazionali definiti in collaborazione con le Amministrazioni regionali". Il Programma nazionale intende inoltre dedicare una parte di risorse a progetti di innovazione sociale, progetti pilota e azioni di sistema. Per tali tipologie di intervento non sembra esserci rischio di sovrapposizione, considerato infatti che a livello regionale il Programma Operativo intende invece finanziare principalmente interventi che rispondano direttamente alle esigenze della persona, come descritto più avanti nella descrizione dell'Asse di riferimento.

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale	*dell'autonomia*		- Formazione degli assistenti familiari e creazione di registri di accreditamento	
UMBRIA[48]				
PdI 9i – L'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare l'occupabilità	(Obiettivo specifico 1) 9.1. Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale *A.1) Rafforzamento delle condizioni di accesso ai servizi socio-assistenziali e socioeducativi*	" famiglia multiproblematica con minori"	Implementazione di buoni servizio per servizi socio educativi prima infanzia (anche in ottica di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi socio educativi e a ciclo diurno e per favorire l' incremento di qualità dei servizi: • prestazioni erogate ed estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera); • Implementazione di buoni servizio per servizi a persone con limitazione dell'autonomia (per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi sociosanitari domiciliari e a ciclo diurno, e per favorire l' incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera e per la promozione dell'occupazione regionale nel settore).	
	A.2) Rafforzamento ed innovazione delle caratteristiche dei servizi socio-educativi e di cura e dei relativi dispositivi di programmazione e produzione.		Formazione degli assistenti familiari e creazione di registri di accreditamento e di albi di fornitori di servizi di cura rivolti alle persone anziane e/o non autosufficienti. Implementazione del Sistema informativo dei servizi e delle prestazioni sociali.	
	9.2 - Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili	Fra i target di intervento, che includono anche categorie di cittadini di paesi terzi, quali i richiedenti asilo e i beneficiari di protezione internazionale, assumono specifica rilevanza, anche al fine della concentrazione delle risorse: i) gli	- Interventi di presa in carico multi professionale, finalizzati all' inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF (International classification of functioning, disability and health) su scala territoriale. Interventi di politica attiva specificatamente rivolti alle persone con disabilità. - Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all' inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono presi in carico dai servizi sociali: percorsi di empowerment (ad es. interventi di recupero delle competenze di base rivolti a tossicodipendenti, detenuti, ecc), misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali ,anche in forma	

[48] Per ciascun obiettivo operativo la Regioni Umbria individua possibili azioni congiunte tra POR e PON identificando bene come poter avviare la sinergia tra i due programmi

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
		adulti vulnerabili seguiti dai servizi socioassistenziali territoriali, inclusi gli immigrati; ii) gli adulti disabili non ricompresi nelle azioni di cui all'OT 8; iii) i detenuti in esecuzione penale esterna, sulla base dei protocolli interistituzionali esistenti.	cooperativa (es. accesso al credito, fondi di garanzia, microcredito d' impresa, forme di tutoraggio anche alla pari).	
PdI 9iv – il miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie di interesse generale	9.3 - Aumento/consolidamento/qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali = *RA 9.3*		A.1) Rafforzamento delle condizioni di accesso ai servizi socio-assistenziali e socioeducativi. Ad esempio: - Implementazione di buoni servizio per servizi socio educativi prima infanzia (anche in ottica di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro); - Implementazione di buoni servizio per servizi a persone con limitazione dell'autonomia (per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi sociosanitari domiciliari e a ciclo diurno, e per favorire l' incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera e per la promozione dell'occupazione regionale nel settore).	
			A.2) Rafforzamento ed innovazione delle caratteristiche dei servizi socio-educativi e di cura e dei relativi dispositivi di programmazione e produzione. Ad esempio - Formazione degli assistenti familiari e creazione di registri di accreditamento e di albi di fornitori di servizi di cura rivolti alle persone anziane e/o non autosufficienti. - Implementazione del Sistema informativo dei servizi e delle prestazioni sociali.	
SICILIA				
9.i l'inclusione attiva, anche per promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva, e migliorare	9.1 Riduzione della povertà e dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale		-	

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
l'occupabilità				
	9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili	disabili, detenuti ed ex detenuti, tossicodipendenti, immigrate, persone molto svantaggiate e altre categorie i persine così come indicate all'articolo 2 punti 19 e 20 del Regolamento (CE) n. 800/2008 e successivo Regolamento in materia; minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età beneficiari di protezione internazionale sussidiaria e umanitaria; donne oggetto di abusi e violenze; il personale dei servizi di cura ed assistenza dei servizi regionali degli enti locali così come anche del centro antiviolenza, del servizio di prima accoglienza per donne maltrattate. Destinatari possono anche essere: le forze dell'ordine; le imprese; le associazioni del volontariato; le cooperative sociali; i datori di lavoro e colleghi di soggetti molto svantaggiati e	- 9.2.1 Interventi di presa in carico multi professionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health] su scala territoriale. Interventi di politica attiva specificamente rivolti alle persone con disabilità; - 9.2.2 Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono presi in carico dai servizi sociali: percorsi di empowerment [ad es. interventi di recupero delle competenze di base rivolti a tossicodipendenti, detenuti etc.], misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa (es. accesso al credito, fondi di garanzia, microcredito d'impresa, forme di tutoraggio, anche alla pari); - 9.2.3 Progetti integrati di inclusione attiva rivolti alle vittime di violenza, di tratta e grave sfruttamento , ai minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età, ai beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria ed umanitaria e alle persone a rischio di discriminazione.	

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
		disabili; le famiglie di persone molto svantaggiate e disabili		
9.iv Migliore accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi i servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale	9.3 Aumento/ consolidamento/qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali	Persone con disabilità; anziani con limitata autonomia; soggetti non autosufficienti; persone svantaggiate, operatori sociosanitari; assistenti familiari, badanti; tate familiari; famiglie - anche mono parentali - con soggetti a carico (figli minorenni, anziani, portatori di disabilità)	- 9.3.4 Sostegno a forme di erogazione e fruizione flessibile dei servizi per la prima infanzia, tra i quali nidi familiari, spazi gioco, centri per bambini e genitori, micronidi estivi, anche in riferimento ad orari e periodi di apertura [nel rispetto degli standard fissati per tali servizi]. - 9.3.6 Implementazione di buoni servizio [per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi sociosanitari domiciliari e a ciclo diurno, e per favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera], promozione - dell'occupazione regolare. - 9.3.7 Formazione degli assistenti familiari e creazione di registri di accreditamento e di albi di fornitori di servizi di cura rivolti alle persone anziane e/o non autosufficienti. - 9.3.9 Implementazione del Sistema informativo dei servizi e delle prestazioni sociali (questa azione riguarda l'intero sistema sociale).	
VALLE D'AOSTA				
	9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, delle persone maggiormente vulnerabili	persone molto svantaggiate e disabili (art. 2 punti 19 e 20 del Regolamento (CE) n. 800/2008 e successivo Regolamento in materia) famiglie di persone molto svantaggiate e disabili datori di lavoro e colleghi di soggetti molto svantaggiati e disabili imprese sociali, in particolare della cooperazione	• interventi per il lavoro (orientamento, formazione, tutoraggio nei posti di lavoro, collocamento lavorativo) • azioni di natura "socio inclusiva" (laboratori occupazionali) • sperimentazione di strumenti occupazionali innovativi, attraverso l'erogazione di incentivi e promuovendo iniziative di economia sociale, come le fattorie sociali • interventi di sostegno alla frequenza scolastica formativa degli studenti disabili e di quelli che hanno necessità di bisogni educativi speciali (BES) e/o che sono affetti da disturbi specifici di apprendimento (DSA).	9.2.1 9.2.2 9.2.3 9.2.4

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
		donne oggetto di abusi e violenze personale del servizio di prima accoglienza per donne maltrattate e del centro antiviolenza	• iniziative di prevenzione e contrasto alla violenza di genere • sostegno e assistenza alle donne vittime di violenza	
		detenuti, ex detenuti	• rafforzamento delle competenze; • tirocini finalizzati all'inserimento/reinserimento lavorativo • supporto al consolidamento di attività imprenditoriali	
		organismi e associazioni del terzo settore (profit e non profit) personale dei servizi regionali e degli enti locali di cura ed assistenza, dei servizi per l'impiego; forze dell'ordine;		
	9.3 Aumento/ consolidamento/ qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali	Persone con disabilità; anziani con limitata autonomia; soggetti non autosufficienti; persone svantaggiate, operatori sociosanitari; assistenti familiari, badanti; tate familiari; assistant d'hameau; famiglie, anche mono parentali, con soggetti a carico (figli minorenni, anziani, portatori di disabilità).	• incentivi a mezzo voucher per l'acquisizione di servizi anche di tipo specialistico • formazione iniziale e continua degli operatori dei servizi • l'introduzione di quei necessari processi d'innovazione in campo sociale anche basati sull'applicazione delle nuove tecnologie, sia da applicare in forma sperimentale sia come diffusione di buone pratiche già presenti sul territorio o di altre realtà nazionali e dell'Unione europea.	9.3.3 9.3.7.

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
LIGURIA				
	9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, delle persone maggiormente vulnerabili	persone disabili soggetti particolarmente svantaggiati aziende cooperative e terzo settore	Interventi di inserimento e reinserimento lavorativo interventi, comprensivi di servizi reali e contributi finanziari, organizzati in sostanziale analogia con le azioni a sostegno della creazione d'impresa e del lavoro autonomo r perseguiti obiettivi di efficienza, di maggiore strutturazione delle compagini societarie e, più ingenerale, di qualificazione delle professionalità impiegate nella prospettiva di un ulteriore innalzamento delle prestazioni erogate in favore anche delle pubbliche amministrazioni locali. Andranno da questo punto di vista previste linee di intervento, che, avvalendosi se del caso delle sperimentazioni nel frattempo avviate sull'altro obiettivo della priorità di investimento, operino a sostegno del conseguimento delle sopra citate finalità	(9.2.2)
	9.3 Aumento/ consolidamento/ qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali	famiglie soggetti non autosufficienti	corresponsione di titoli di credito impiegabili per l'accesso a servizi in favore dell'infanzia da parte di partecipanti ad azioni di politica attiva quanto nella realizzazione di progetti che consentano di sperimentare in determinate aree territoriali modalità innovative di fruizione dei medesimi servizi, anche in questo caso definiti in cooperazione con i soggetti competenti alla loro erogazione e prevedendone, ove se ne rilevi l'opportunità, l'attivazione anche nell'ambito di programmi di più ampia portata operanti a livello territoriale buoni servizio fruibili da soggetti impegnati in percorsi di politica attiva del lavoro, ovvero nell'organizzazione - ex novo e su piccola scala – di servizi di tipo innovativo, eventualmente parte di programmi o progetti più ampi operanti a livello territoriale. Misure per la qualificazione del personale impiegato (o impiegabile) nei servizi per l'infanzia e la non autosufficienza, come anche, più in generale, nell'intero comparto socioassistenziale.	(9.3.3), (9.3.6)
VENETO				
	9.1 Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale	Soggetti svantaggiati ai sensi dell'articolo 4 comma 1 della legge 381/1991	· azioni per la promozione o rafforzamento di servizi innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone particolarmente svantaggiate; · progetti di diffusione e scambio di best practices relativi ai servizi per la famiglia · progetti integrati per l'inserimento al lavoro di persone maggiormente	9.1.2 (9.1.3).

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
		Soggetti a rischio di esclusione sociale e povertà, altri soggetti particolarmente vulnerabili Soggetti con disabilità Soggetti appartenenti a famiglie senza reddito, monoparentali o monoreddito con figli a carico	vulnerabili e a rischio di discriminazione · azioni per lo sviluppo e diffusione delle tecnologie "assistive" finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate; · sostegno alle imprese per progetti integrati per l'assunzione, l'adattamento degli ambienti di lavoro, la valorizzazione delle diversità nei luoghi di lavoro · reti di sostegno a soggetti svantaggiati · rafforzamento delle imprese sociali e delle organizzazioni del terzo settore in termini di efficienza ed efficacia della loro azione di integrazione sociale anche nell'accompagnamento delle persone vulnerabili verso l'autonomia · sperimentazione di progetti di innovazione sociale sottoposti a valutazione di impatto nel settore dell'economia sociale e di welfare familiare e generativo ispirati al modello della sussidiarietà circolare · azioni a sostegno dello sviluppo di programmi territoriali integrati, a carattere sussidiario, per l'innovazione sociale a favore dell'occupazione · azioni di tipo socio-culturale, economico, formativo, ambientale rivolte ai giovani in aree che presentano una particolare complessità sociale, promuovendo il lavoro congiunto dei settori pubblico, privato e del terzo settore e coinvolgendo i giovani stessi in modo che diventino membri attivi delle proprie comunità e della società in generale; · azioni di sostegno di percorsi di autosufficienza a livello di singoli e di comunità per lo sviluppo di microimprese familiari o comunitarie che coinvolgono le fasce più vulnerabili della popolazione (giovani disoccupati, ragazze madri e adolescenti, ragazzi di strada, vedove e anziani, detenuti o ex detenuti, persone diversamente abili); · azioni per la prevenzione, promozione, riduzione del danno ossia attività volte a promuovere nei soggetti l'attivazione delle proprie risorse e riconducibili ad un progetto di uscita da una condizione di esclusione sociale (sportelli informativi, educazione di strada, formazione professionale); · azioni per lo sviluppo di luoghi e momenti in cui le persone svantaggiate ricevono supporto, consigli e sostegno da cittadini che hanno a loro volta già vissuto condizioni di svantaggio ed esclusione sociale.	
	9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, delle persone maggiormente vulnerabili	Disoccupati di lunga durata ed altri soggetti svantaggiati ai sensi del Reg CE n.800/2008 di cui al Decreto del Ministero del lavoro del 20 marzo 2013	percorsi integrati e multidimensionali di inclusione attiva delle persone maggiormente vulnerabili anche attraverso la definizione di progetti personalizzati; · progetti di lavoro di pubblica utilità e di cittadinanza attiva (per lavoratori privi di tutele), da realizzarsi in raccordo con il territorio e gli enti locali; · iniziative che prevedono contratti di solidarietà espansivi e difensivi per consentire il mantenimento di posti di lavoro e la creazione di nuovi inserimenti attraverso la redistribuzione degli orari; · percorsi di empowerment e interventi di presa in carico multi professionale associati a politiche attive, finalizzati all'inclusione lavorativa dei disoccupati di lunga durata;	(9.2.2)

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
			· azioni di inserimento lavorativo e sociale di persone svantaggiate attraverso l'integrazione dei servizi sociali e di inserimento lavorativo assistito; · azioni di inserimento sociale e lavorativo di persone con difficoltà di accesso al mercato del lavoro, indagando le possibilità offerte da nuove fonti di occupazione nel settore ambientale, tramite l'avviamento di unità produttive con l'obiettivo di rafforzare lo sviluppo locale unendo la dimensione economica, sociale e ambientale; · misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa; · azioni integrate di supporto personalizzato per incrementare e migliorare la visibilità dei cercatori di impiego all'interno del mercato globale sia attraverso azioni di auto-promozione che attraverso l'utilizzo efficace di strumenti digitali e social media; · azioni di supporto rivolte a quadri e dirigenti espulsi dal mercato del lavoro e finalizzati a sviluppare competenze maggiormente spendibili sul mercato del lavoro sia attraverso percorsi di formazione individualizzata e laboratori formativi che creando reti di scambio e confronto con altri lavoratori al fine di creare una comunità di mutuo scambio; · Sperimentazione di nuove modalità di partecipazione dei lavoratori attraverso l'accesso al capitale sociale e/o il coinvolgimento nella gestione dell'impresa; · azioni di tutorship e mentorship, anche attraverso il ricorso ad un network di soggetti, organizzazioni pubbliche e private e stakeholders territoriali, in grado di fornire supporto e assistenza individualizzata ai cercatori di impiego sulla base dei loro specifici bisogni, attraverso consulenza professionale per la ricerca di una occupazione, ma anche per adattarsi ad un nuovo contesto di lavoro e alle richieste dell'ambiente circostante. · azioni di rafforzamento delle attività delle imprese sociali e delle organizzazioni del terzo settore in termini di efficienza ed efficacia della loro azione di promozione di servizi per il welfare, l'occupazione e l'imprenditoria sociale, con particolare riferimento ai settori emergenti che possono offrire maggiori opportunità di impiego anche per i soggetti più fragili e maggiormente a rischio di esclusione sociale; · azioni per la creazione e sperimentazione di servizi innovativi per le persone maggiormente vulnerabili; · azioni per la implementazione di dispositivi di analisi, individuazione, validazione e certificazione di competenze non formali e informali di soggetti svantaggiati al fine di migliorarne l'occupabilità e l'integrazione nel tessuto produttivo locale; · azioni a sostegno della governance territoriale per la programmazione e l'attuazione di azioni rivolte all'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate.	

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
BASILICATA				
	9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, delle persone maggiormente vulnerabili[49]	Cittadini in condizione di svantaggio sociale ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge n. 381/1991, nonché in condizione di disabilità, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, della legge 68/1999, vittime di violenza o grave sfruttamento e a rischio di discriminazione, detenuti, tossicodipendenti altri soggetti presi in carico dai servizi sociali.	la prima, riguardante la parte minore della platea dei possibili beneficiari, ossia quelli non coinvolgibili, per gravi ed oggettive ragioni, in programmi di inserimento obbligatorio al lavoro, per la quale è previsto il mantenimento di uno strumento di sostegno al reddito, a valere su risorse regionali sulla base di specifici criteri di accesso e misura del sostegno. Questa azione non è a finanziamento FSE;(EX copes) azioni di inclusione ed inserimento lavorativo ai fini del raggiungimento dell'autonomia della persona. I programmi di inclusione riguarderanno i soggetti svantaggiati di cui alla l.381/91 (art. 4), nonché le persone individuati sulla base di specifiche linee guida adottate dalla Giunta regionale	9.2.1 (9.2.2)
	9.7 Rafforzamento dell'economia sociale[50]	imprese sociali ed organizzazioni del terzo settore	azioni integrate fra politiche ambientali, sociale e culturali • azioni di empowerment della rete di servizi (dalla grande distribuzione di generi alimentari al piccolo artigiano) finalizzate all'attivazione concreta di azioni di Responsabilità Sociale di Impresa; • sviluppo di servizi zonali di assistenza domiciliare agli anziani e ai disabili, preparazione di pasti e i lavori domestici, custodia dei bambini che non hanno ancora raggiunto l'età scolare e, fuori dell'orario scolastico, degli scolari, compresi gli spostamenti tra casa e scuola; assistenza ai giovani attraverso l'attivazione di servizi territoriali ed offerta di attività ricreative;	9.7.1 9.7.3 9.7.4

[49] La programmazione generale degli interventi è esercitata dalla Regione, sulla base del Piano Regionale integrato della Salute e dei servizi alla persona ed alla comunità nell'ambito della rete regionale dei Servizi sociali, con riferimento ai contenuti del PON "Inclusione". A tale livello sono definite le relazioni di integrazione e complementarità con il FESR ed il FEASR, per lo specifico dell'intervento nelle aree rurali.
La programmazione esecutiva, inclusa l'identificazione dei destinatari e l'erogazione degli interventi, è svolta su base territoriale, dalla governance territoriale intermedia, con riferimento ai nuovi Ambiti Socio – territoriali ed agli Uffici del Piano Sociale e Socio-Sanitario per l'attuazione, la gestione e la valutazione del PISS (Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari) e la realizzazione della "Rete Regionale Integrata dei Servizi di Cittadinanza Sociale" come definita dalla legge regionale 14 febbraio 2007, n. 4. A tale livello saranno definiti gli ambiti produttivi specifici di inserimento lavorativo e le esigenze formative ad essi correlate, nonché sarà esercitata e che avrà anche compiti di vigilanza, monitoraggio e rendicontazione sociale. Le risorse di sostegno ai programmi e quelle destinate alla formazione verranno erogate direttamente dalla Regione alle imprese

[50] La Regione pone particolare attenzione ai rapporti sviluppabili fra il FSE, il programma EaSI di cui al Regolamento (UE) n. 1296/2013 ed il programma Orizzonte 2020 di cui al Regolamento(UE) N. 1291/2013, per le possibili interazioni fra innovazione tecnologica (OT 2) ed innovazione delle modalità di azione nei contesti sociali a rete

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
			• azioni sperimentali a supporto delle politiche dell'abitare, con particolare riferimento ai target più vulnerabili (povertà estreme, migranti) ed in modo integrato con le complessive misure di inclusione; • azioni di sistema rivolte alla alfabetizzazione, alla acculturazione ed all'inclusione digitale, da realizzarsi mediante il ricorso al volontariato opportunamente qualificato, anche attraverso il coinvolgimento, in qualità di "docenti", di studenti universitari e giovani impegnati nel servizio civile.	
MOLISE				
	9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, delle persone maggiormente vulnerabili	Soggetti svantaggiati ai sensi della L. 381/91 (ad es. detenuti e ex detenuti, disabili, immigrati, nomadi, persone appartenenti a minoranze etniche, persone affette da dipendenze da alcol e/o droghe, ex alcolisti e/o tossicodipendenti, donne oggetto di abusi e violenze, persone senza fissa dimora o in condizioni di povertà estrema)	misure di supporto quali l'erogazione di finanziamenti per Progetti di inserimento lavorativo diretti a soggetti in situazione di particolare svantaggio sociale ed occupazionale (sovvenzioni a favore direttamente degli individui e di soggetti privati o di imprese.)	(9.2.2)

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
PA TRENTO	9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro, delle persone maggiormente vulnerabili	minori allontanati o in affidamento, vittime di violenza e maltrattati, persone/famiglie in situazione di disagio sociale, persone disabili e/o persone che necessitano di sostegno attori del terzo settore, associazioni (riconosciute e non), organismi di volontariato, fondazioni, cooperative sociali	percorsi individualizzati destinati a soggetti disabili volti a favorirne l'inserimento professionale Interventi formativi a favore di persone in situazione di disagio sociale (segnalate ai servizi sociali competenti) per attivare processi di socializzazione e di risocializzazione lavorativa creazione e/o rafforzamento delle imprese sociali impegnate nei settori della cosiddetta economia verde	(9.2.2))
	9.7 Rafforzamento dell'economia sociale	soggetti disabili e svantaggiati ai sensi delle normative nazionali e comunitarie in materia; soggetti che si trovano in condizione di temporanea difficoltà economica e che possono beneficiare di servizi sociali innovativi; persone e famiglie di difficoltà (separazioni conflittuali, minori allontanati o in affidamento, vittime di violenza e maltrattati)	1.incentivi per la creazione di partenariati pubblico-privati tra imprese sociali, servizi per il lavoro e servizi sociali per l'erogazione di servizi; 2. incentivi per la creazione di partenariati pubblico-privati che coinvolgano diversi stakeholder (comuni, università, organizzazione del terzo settore, imprese sociali, università, cittadini) per lo sviluppo di servizi innovativi; 3. promozione e sviluppo di una rete di servizi ed interventi in settori innovativi e della green economy o in territori periferici; 4. formazione di figure professionali specializzate; 5. promozione dell'impresa sociale (es: integrazione di moduli dedicati allo sviluppo di imprese sociali all'interno di percorsi di istruzione e formazione professionale, promozione verso la cittadinanza) 6. iniziative di sensibilizzazione informazione per lo sviluppo di imprese sociali; 7. servizi di consulenza organizzativa e accesso al credito per l'avvio di attività di impresa in ambito sociale e per miglioramenti di prodotto/servizio, ampliamento della gamma dei servizi; 8. interventi formativi per il miglioramento delle competenze manageriali degli imprenditori sociali e degli operatori; 9. sviluppo e promozione di strumenti di finanza etica; 10. incentivi alle imprese sociali per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati; 11. incentivi alle imprese sociali per l'erogazione di servizi di integrazione socio - lavorativa di gruppi svantaggiati.	9.7.3
	9.3Aumento/consolidamento/qualificazione dei servizi di cura	Famiglie, anche monoparentali, con	buoni di servizio consentiranno ai titolari di acquisire, a fronte di un contributo finanziario personale pari ad almeno il	Azione 9.3.3:

	Obiettivo Specifico (RA)	Target	Azione	Azione AdP
	socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali	soggetti a carico (figli minorenni, anziani, portatori di disabilità).	15% o 20% (in funzione dell'età del minore) del valore nominale del buono, servizi di educazione e cura di minori con età fino a 14 anni (18 anni nel caso di minori riconosciuti in stato di handicap o difficoltà di apprendimento o situazioni di particolare disagio attestate da personale di competenza) in forma complementare ai servizi pubblici erogati allo stesso titolo sul territorio provinciale.	
PA BOLZANO	9.1 Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale	Persone in condizione di svantaggio	Attività di accompagnamento e supporto alla permanenza al lavoro di persone con disabilità una volta inserite al lavoro; · Rafforzamento dei servizi di supporto alle aziende che assumono persone svantaggiate (servizi di accompagnamento all'inserimento lavorativo, attività di consulenza etc.); · Erogazione di incentivi per la stipula di appositi contratti di lavoro per persone disabili; · Misure mirate a supportare un'integrazione lavorativa efficace e personalizzata delle persone svantaggiate (p.es. affiancamento sul posto di lavoro tramite tutor esterni, sostegno psicologico, bilancio delle competenze, pianificazione personale, sostegno della capacità di autodeterminazione e codeterminazione); · Promozione dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate tramite il sostegno alle organizzazioni del Terzo settore operanti in materia, quali ad esempio le cooperative sociali del tipo B; · Azioni formative per accrescere e valorizzare capacità ed abilità individuali rivolte a specifici target quali disabili e adulti affetti da malattia psichica, soggetti affetti da dipendenze, detenuti ed ex detenuti in collaborazione con l'ufficio del lavoro e/o i servizi sociali.	9.1.2 (9.1.3).

Allegato 6 – Slides introduttive al seminario tecnico del 29 novembre 2011

INAPP
PUBLIC POLICY INNOVATION

Progetto: Supporto alle attività di coordinamento interistituzionale e tra Programmi Operativi sui temi della Disabilità (PON Inclusione Asse 4- Capacità amministrativa)

Seminario tecnico a distanza – 29 novembre 2017

Introduzione

Contenuti

- ✓ Finalità del progetto
- ✓ Le équipes multiprofessionali
- ✓ Progettazione personale autodeterminazione delle persone con disabilità
- ✓ Il ruolo del case manager
- ✓ L'utilizzo dell'ICF

Finalità del progetto

- ✓ Supportare l'Autorità di Gestione del PON Inclusione per le attività di coordinamento tra i diversi livelli di governo e nel confronto con gli stakeholder, in riferimento alle misure rivolte alle persone con disabilità.

- ✓ Riferimento particolare alle azioni finanziate dal Fondo sociale europeo e in particolare all'azione 9.2.1 – "Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF su scala territoriale. Interventi di politica attiva specificamente rivolti alle persone con disabilità".

Finalità del progetto

L'azione di supporto è diretta principalmente

- ✓ all'individuazione di modelli gestionali e organizzativi per aumentare l'efficacia delle misure nell'ambito degli interventi sociali e di politica attiva del lavoro rivolti alle persone con disabilità;
- ✓ al rafforzamento delle competenze nella gestione dei servizi, delle istituzioni, degli operatori e degli stakeholder, sia a livello territoriale che a livello centrale.

Le équipes multiprofessionali - 1

- ✓ Le Unità di Valutazione rappresentano il luogo dell'incontro tra professionisti diversi, dove convergono dati, riflessioni, analisi sulla condizione delle persone con disabilità, si condividono obiettivi e si delineano progetti e interventi.

- ✓ Il funzionamento delle UV è legato al quadro dei servizi di cui il territorio dispone. Molto spesso esse appaiono spostate prevalentemente sul versante socio-sanitario.

- ✓ Esse sono generalmente composte da figure professionali afferenti ai servizi sociali e sanitari del Comune e Distretto/ASL territorialmente competenti.

Le équipes multiprofessionali - 2

- ✓ Alcune Regioni e P.A. prevedono il coinvolgimento nelle équipe di risorse professionali appartenenti ad altri sistemi come quelli del lavoro, dell'istruzione e formazione.

- ✓ Si rilevano anche casi in cui sono direttamente coinvolte le persone con disabilità, le loro famiglie e rappresentanti legali, o associazioni di volontariato.

- ✓ In quest'ottica, l'efficacia degli interventi di inclusione per le persone con disabilità viene favorita considerando nel loro insieme i cosiddetti determinanti della salute : casa e/o abitare sociale, formazione/lavoro, apprendimento ed espressività, socialità/affettività, sulla base delle specifiche scelte della persona.

Le équipes multiprofessionali – questioni aperte

a. Quali sono le prassi operative consolidate all'interno delle vostre équipe? Quali sono le principali criticità del lavoro di rete?

b. Qual è l'equilibrio raggiunto fra il contesto socio-sanitario (maggior peso dei criteri sanitari nella valutazione della condizione delle persone con disabilità) e l'approccio bio-psico-sociale?

c. Quali sono le modalità per l'integrazione e la gestione condivisa delle informazioni tra i servizi coinvolti?

Progettazione personale autodeterminazione delle persone con disabilità

- ✓ Il principio dell'autodeterminazione della persona con disabilità presuppone il superamento della logica prestazionale e la necessità di mettere al centro la persona, a partire dai suoi bisogni e obiettivi di vita, per favorire l'esercizio pieno dei diritti di cittadinanza.

- ✓ La previsione di tale partecipazione può essere rilevata, ad esempio, nei dispositivi normativi delle Amministrazioni che hanno disciplinato con legge regionale il diritto alla Vita Indipendente.

- ✓ Insieme alla centralità della persona con disabilità, della sua famiglia o suo rappresentante, in alcune disposizioni regionali emerge l'importanza dell'integrazione con i soggetti della rete dei servizi e della valorizzazione delle risorse comunitarie e delle associazioni di rappresentanza e tutela.

a. Qual è nella vostra esperienza il ruolo che la dimensione dell'autodeterminazione della persona con disabilità gioca nella articolazione dei diritti sanciti dalla legislazione regionale?

b. Con quali modalità è coinvolta la persona con disabilità e in che modo prende forma il progetto personalizzato, con particolare riguardo alla dimensione lavoro?

Il ruolo del case manager - 1

- ✓ Spesso la figura del Case Manager viene individuata in diverse Regioni quale operatore di riferimento per la persona con disabilità e la sua famiglia.
- ✓ E' una figura di fondamentale importanza nelle diverse fasi di predisposizione e attuazione del progetto personale.
- ✓ E' deputata a realizzare il raccordo tra le componenti del sistema dei servizi e a contribuire al monitoraggio degli interventi.

Il ruolo del case manager - 2

- ✓ Alcune Regioni gli conferiscono la funzione di supportare l'utente nella gestione degli aspetti organizzativi associati alla sua permanenza nei diversi nodi della rete dei servizi e, in particolare, nei trasferimenti da un servizio all'altro.

- ✓ In situazioni specifiche può essere inteso come tutor del cittadino che non è in grado direttamente, o attraverso un familiare, di interfacciarsi con la rete complessiva dell'offerta di servizi e prestazioni.

Il ruolo del case manager – questioni aperte

a. In quale ambito è maggiormente coinvolta la figura del Case Manager?

b. Quali sono i criteri individuati per la scelta della figura professionale cui affidare tale ruolo?

c. Quali sono le sue funzioni in relazione alla dimensione dell'inclusione lavorativa?

L'utilizzo dell'ICF - 1

- ✓ L'utilizzo dell'ICF consente di «capovolgere» la valutazione della disabilità, da misurazione dello svantaggio a individuazione dei fattori che possono migliorare l'integrazione sociale delle persone.

- ✓ Aiuta a predisporre uno standard di valutazione funzionale che permetta una maggiore e migliore possibilità di inclusione sociale e lavorativa.

- ✓ Aiuta una equipe multidisciplinare nella progettazione individualizzata degli inserimenti lavorativi.

L'utilizzo dell'ICF

L'ICF rappresenta un utile riferimento teorico per gli operatori che in seno alle équipe multi-professionali sono chiamati a svolgere la valutazione delle diverse dimensioni personali e degli aspetti ambientali che caratterizzano la vita delle persone con disabilità.

La diffusione di tale modello in ambito lavorativo è stata promossa dal progetto nazionale *ICF e Politiche del Lavoro,* avviato nel 2005, che ha coinvolto in percorsi formativi gli operatori del collocamento mirato di 17 Regioni e ha sperimentato l'utilizzo dell'ICF presso i Servizi per l'impiego di 4 Province.

L'utilizzo dell'ICF

Nuovo impulso all'utilizzo dell'ICF in ambito lavorativo si ritrova nel D.lgs. 151/2015 che promuove attraverso la definizione di *Linee guida per il collocamento mirato:*

- ✓ la diffusione di modalità di valutazione bio-psico-sociale della disabilità;
- ✓ la definizione di criteri di predisposizione dei progetti di inserimento lavorativo che tengano conto delle barriere e dei facilitatori ambientali rilevati;
- ✓ la definizione di indirizzi per gli uffici competenti funzionali alla valutazione e progettazione dell'inserimento lavorativo in ottica bio-psico-sociale.

L'utilizzo dell'ICF – questioni aperte

La necessità di dotarsi di un sistema per la descrizione, classificazione e valutazione delle condizioni delle persone con disabilità basato sul modello bio-psico-sociale ha portato le Regioni a sperimentare e sviluppare sistemi e strumenti per la valutazione della disabilità basati sulla Classificazione ICF.

Esperienze interessanti riguardano lo sviluppo di applicativi web strutturati per il lavoro interdisciplinare che supportano la valutazione sfruttando gli standard ICF. Rappresentano strumenti gestionali per la raccolta delle informazioni, la predisposizione delle prestazioni e la valutazione degli esiti.

L'utilizzo dell'ICF – questioni aperte

a. L'esperienza del Centro Collaboratore

b. I risultati raggiunti nelle esperienze regionali attraverso l'utilizzo del modello ICF come strumento di valutazione dei risultati e di adeguatezza degli interventi ai fini di una presa in carico globale della persona con disabilità

c. Buone pratiche relative all'applicazione dell'ICF ai fini della valutazione delle persone con disabilità, nel contesto di percorsi di inclusione lavorativa

Grazie per l'attenzione!

Pietro Checcucci – p.checcucci@inapp.org

INAPP

PUBLIC POLICY INNOVATION

INAPP - Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche
Corso d'Italia, 33 - 00198 Roma - tel. +39.06.85447.1 - www.inapp.org

L'INAPP (Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche), nato il 1° dicembre 2016 a seguito della trasformazione dell'ISFOL, ha un ruolo strategico di orientamento e supporto al sistema di *governance* delle politiche sociali e del lavoro.

Ente pubblico di ricerca vigilato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, si occupa di analisi, monitoraggio e valutazione delle politiche del lavoro, delle politiche dell'istruzione e della formazione, delle politiche sociali e, in generale, di tutte le politiche economiche che hanno effetti sul mercato del lavoro.

L'INAPP fa parte del Sistema statistico nazionale e collabora con le istituzioni europee. Svolge il ruolo di assistenza metodologica e scientifica per le azioni di sistema del Fondo sociale europeo ed è Agenzia nazionale del programma comunitario Erasmus+ per l'ambito istruzione e formazione professionale.

INAPP