

## Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

### INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE ANNUALITÀ 2019

#### 1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria

##### **1.1 Il quadro di contesto**

In Regione Campania, la Legge Regionale del 23 ottobre 2007 n. 11 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328" disciplina la programmazione e la realizzazione del sistema organico di interventi e servizi sociali, che si attua con il concorso delle istituzioni pubbliche e delle formazioni sociali, attraverso l'integrazione degli interventi e servizi sociali, sanitari, educativi, delle politiche attive del lavoro, dell'immigrazione, delle politiche abitative e di sicurezza dei cittadini, dell'apporto dei singoli e delle associazioni.

La Regione promuove interventi volti ad assicurare servizi destinati a persone con disabilità, assegnando particolare priorità alle persone con disabilità gravi.

La legge regionale 11/2017 riconosce, promuove e sostiene l'integrazione tra servizi, interventi e prestazioni sociali e sanitarie per la non autosufficienza, quale strategia in grado di promuovere risposte in rete a bisogni complessi dei cittadini che sono portatori sia di problemi di salute che di tutela sociale, garantendo l'uniformità su tutto il territorio regionale di livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale.

I servizi, le prestazioni e gli interventi sociali e sanitari integrati per le persone non autosufficienti sono programmati, prescritti e progettati in sede di Unità di Valutazione Integrata (UVI). Unitamente al progetto personalizzato, contenente la prescrizione analitica dei servizi, delle prestazioni e degli interventi e la loro articolazione, intensità e durata, l'UVI provvede ad assegnare all'utente un case manager scelto tra operatori in carico ai servizi sanitari o ai servizi sociali in base alla prevalenza del bisogno accertato. La prevalenza è definita in relazione al livello di intensità del bisogno accertato che varia nel tempo in rapporto agli esiti della cura. Pertanto a una maggiore intensità del bisogno sanitario corrisponde una titolarità sanitaria del coordinamento delle cure, e a una maggiore intensità del bisogno sociale corrisponde una titolarità del coordinamento sociale degli interventi assistenziali. Nei casi di lungo-assistenza per utenti non autosufficienti stabilizzati, bisognosi di una elevata intensità di assistenza tutelare e di una bassa intensità di assistenza sanitaria, la titolarità del coordinamento delle cure, dei servizi, degli interventi e delle prestazioni è sempre sociale e a totale titolarità dei comuni associati.

I servizi, le prestazioni e gli interventi a contenuto sanitario o i cui contenuti riabilitativi sono riconducibili all'area sanitaria sono a carico del fondo sanitario regionale, nei limiti dei livelli essenziali di assistenza sanitaria. I servizi, le prestazioni e gli interventi a contenuto sociale o i cui contenuti sono riconducibili all'area dell'inclusione sociale sono a carico del fondo sociale regionale, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sociale.

##### **1.2 disciplina sull'integrazione socio-sanitaria**

DG n. 41 del 14.02.2011: "APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO RECANTE LINEE DI INDIRIZZO, PROFILI E STANDARD IN MATERIA DI SERVIZI DOMICILIARI: "IL SISTEMA DEI SERVIZI DOMICILIARI IN CAMPANIA".

Il servizio di assistenza domiciliare integrata in Campania si realizza attraverso procedure

unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati dell'Ambito Territoriale, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico. Le funzioni integrate per l'accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:

- 1) La Richiesta presentata ad uno degli attori della P.U.A., con modulistica specifica e adottata con Regolamento congiunto da ASL e Ambito Territoriale
- 2) La proposta di ammissione all' ADI/CDI formulata sulla base di requisiti essenziali dei Servizi Sociali e/o dell'Unità Operativa Distrettuale, in raccordo con il MMG
- 3) La valutazione multidimensionale a cura delle UVI (Unità di Valutazione Integrata)
- 4) La redazione del Progetto Personalizzato e l'individuazione del Case Manager in sede UVI, con definizione del Piano Esecutivo attuato dall'Equipe Operativa
- 5) La dimissione

La Legge Regionale 11/07, art. 41, prevede che l'accesso unitario concertato tra A.S.L. e Comuni degli Ambiti Territoriali nell'ambito della programmazione socio-sanitaria congiunta, sia oggetto di uno specifico regolamento allegato al Piano di Zona, che disciplini le funzioni della PUA e delle UVI, prevedendo una organizzazione funzionale di raccordo tra Unità Operative Distrettuali e Servizi Sociali dell'Ambito territoriale.

La valutazione multidimensionale è attivata nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario-assistenziali-sociali. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), con competenze multi-disciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale.

L'istituzione delle UVI è oggetto del Regolamento di Accesso ex art.41 L.R. 11/07 . Va istituita almeno una UVI per ogni distretto sanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e nei PAT.

All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

- M.M.G./PLS e assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;
- Medico dell'UO distrettuale competente e referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

Le considerazioni sopra esposte vanno contemplate con l'art. 14 della L. 328/2000 che introduce il concetto di progetto individuale, inteso come progetto che comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti anche le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

La progettazione terrà debitamente conto di quanto previsto dalla legge 18/2009 e dall'art. 1 della L. 328/2000 promuovendo "interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità,

non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione". In particolare, va garantito ed identificato il ruolo dei familiari o di chi ne fa le veci nella definizione del progetto di vita della persona con disabilità che non può rappresentarsi da sola..

DGR n. 790 del 21/12/2012: "APPROVAZIONE DELLE LINEE OPERATIVE PER L'ACCESSO UNITARIO AI SERVIZI SOCIO SANITARI-P.U.A."

La P.U.A., che si configura come lo snodo funzionale di indirizzo del cittadino verso il servizio competente per la presa in carico, costituisce il momento di segnalazione di un bisogno che può richiedere una valutazione multidimensionale in specifica équipe.

L'accesso ai servizi/interventi dovrà avvenire attraverso l'attivazione del progetto personale (art.14 legge 328/00), e non solo attraverso la PUA."

La programmazione per la vita indipendente si integra con quella per le persone non autosufficienti finanziata con il F.N.A. . Con il D.D. 223 del 1 luglio 2019 è stato adottato il "Programma regionale di assegni di cura per disabili gravissimi e gravi ". Il Programma intende favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti , affette da gravissime patologie ( come ad es. la SLA) ed assicurare un sostegno economico alle loro famiglie che ne hanno assunto il carico di cura .

Gli assegni di cura concorrono alla realizzazione dei progetti socio sanitari di Cure Domiciliari definiti dalle U.V.I. sulla base di una valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale. Sostituiscono le ore di prestazioni di "assistenza tutelare ed aiuto infermieristico" garantite dall'O.S.S. (operatore socio sanitario) e costituiscono la quota di spesa sociale dei piani di assistenza P.A.I. di competenza dei Comuni, in attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Autonomie locali e organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità sono state coinvolte fin dal primo momento sia nella redazione degli indirizzi di programmazione sia nel processo di monitoraggio delle stesse. I progetti per la Vita indipendente che, in Campania, hanno coinvolto fino a 20 Ambiti territoriali per sei annualità, sono stati condotti in sintonia con i progetti per il "Dopo di noi" e per gli assegni di cura in modo da rispondere ai bisogni concreti delle persone con disabilità locali e diversificare l'offerta di servizi/interventi in ragione delle domande provenienti dai territori. Costanti feedback, provenienti sia dagli enti locali sia dalle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità, alimentano il processo quotidiano di conduzione e gestione dei progetti per il "Dopo di noi". Particolare attenzione è data alla somministrazione delle varie misure alle persone con disabilità in modo da evitare ridondanze e sprechi.

**1.2.1 Ambiti territoriali:** Con Delibera della Giunta Regionale n. 320 del 03/07/2012 "MODIFICA DEGLI AMBITI TERRITORIALI SOCIALI E DEI DISTRETTI SANITARI - PROVVEDIMENTI A SEGUITO DELLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N.40 DEL 14/02/2011" e ss.mm.ii. la Regione Campania ha provveduto a far sì che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari.

**1.2.2 Valutazione multidimensionale, 1.2.3 Progetto personalizzato e 1.2.4 Budget di progetto:** La DG n. 41 del 14.02.2011 prevede che alla valutazione multidimensionale

segua la elaborazione del Progetto Personalizzato. L'UVI elabora il Progetto Personalizzato tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, dell'autonomia, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari con l'obiettivo di garantire la migliore qualità di vita e l'inclusione sociale. L'UVI è responsabile del Progetto Personalizzato e ne verifica l'attuazione mediante il Case manager o Responsabile del caso, individuato nelle modalità di cui al paragrafo precedente.

Il Progetto Personalizzato deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- in rapporto al bisogno accertato e agli obiettivi di miglior qualità di vita e inclusione sociale, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-basso) dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- titolarità, competenze e responsabilità di spesa;
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento;
- le competenze e funzioni del referente familiare e della stessa persona con disabilità;
- data di avvio e durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

All'interno del Progetto Personalizzato deve essere previsto il Piano Esecutivo condiviso con l'Equipe Operativa che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare dalla famiglia e dalla stessa persona con disabilità. Questa parte esecutiva del Progetto Personalizzato, che descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, riporta:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate (inclusendo anche un amministratore di sostegno dove necessario);
  - quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.);
  - fornitura di presidi e materiali vari;
  - strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi) coinvolgendo la famiglia e la stessa persona con disabilità.
- La Regione ha attivato, nell'ambito della programmazione per il "Dopo di noi", un programma di informazione per le persone con disabilità e le loro famiglie, ricordando la possibilità di fare domanda, qualora fossero interessati, per richiedere il progetto individuale ai sensi dell'art.14 legge 328/2000 ai fini dei sostegni previsti dalla legge 112/2016 ed attivare così la valutazione multidimensionale propedeutica a tale progetto a cura dell'unità dopo individuata; altresì chiarirà le procedure volte alla redazione del progetto individuale anche secondo la normativa amministrativa regionale.

Il progetto individuale contiene anche il budget di progetto, ossia la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, strumentali, professionali ed umane

atte a garantire la piena fruibilità dei sostegni indicati per qualità, quantità ed intensità nel progetto individuale, partendo dalla rilevazione anche di quanto già in essere ed individuando gli opportuni interventi anche ai fini delle misure di cui alla Legge n. 112/2016. In tale direzione tutti gli strumenti di sostegno finanziario devono essere indirizzati alle persone con disabilità beneficiarie dei progetti personalizzati finalizzati al dopo di noi, come per esempio i budget di salute

Le risorse per il “Dopo di noi” sono da considerarsi aggiuntive rispetto a quelle di provenienza FNPS, FRPS, sanitarie e per la vita indipendente che già impegnano le politiche sociali per la disabilità della Regione Campania, attualmente incentrate sulla diffusione della domiciliarità e della deistituzionalizzazione e sul soddisfacimento dei bisogni/autonomia delle persone disabili campane. Obiettivo strategico della Regione Campania è la gestione a domicilio delle condizioni di non autosufficienza, attraverso il rafforzamento, il consolidamento e l'ampliamento degli interventi di assistenza domiciliare che tendono a mantenere e salvaguardare ogni abilità residua, garantire i livelli più alti possibili di autonomia, indipendenza e qualità della vita. I bisogni delle persone con disabilità sono, dunque, al centro delle progettualità tese a realizzare le politiche sociali per persone con disabilità in Regione Campania.

## **2. Le modalità di individuazione dei beneficiari**

In base al D. D. della regione Campania n. 2 del 01 gennaio 2018:

“I beneficiari sono persone in condizione di disabilità grave certificata ai sensi della L 104/1992 art. 3, comma 3, prive del sostegno familiare, come definito col Decreto ministeriale 23 novembre 2016, (art. 1, comma 1, lett. b), ossia, persone con disabilità grave, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l’adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare.

Possono proporre istanza di finanziamento le persone con disabilità, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, in possesso dei seguenti requisiti minimi di accesso:

- certificazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge 104/92 o di invalidità con il beneficio dell’indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18;

- di un’età compresa tra 18 e 64 anni (è possibile sostenere la continuità degli interventi, anche in deroga al limite massimo di età, tenuto conto che i beneficiari sono persone con disabilità grave non dovuta al naturale invecchiamento o a patologie connesse all’età);

-anche se beneficiari delle misure previste dalla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e inclusione delle persone con disabilità realizzata dagli Ambiti Territoriali con fondi trasferiti alla Regione dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, e delle azioni previste dai Programmi regionali FNA.

In coerenza con quanto previsto dal D.M. 23/11/2016 si individuano i seguenti target ovvero le seguenti priorità di accesso ai servizi, indicate in ordine decrescente:

a. persone con disabilità grave, mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;

b. persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all’età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel

futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;

c. persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare

I progetti devono, a pena di inammissibilità, prevedere per tutti gli aspiranti beneficiari, la valutazione/rivalutazione multidimensionale da parte della UVI per la valutazione della disabilità, che consideri almeno i seguenti ambiti:

a. limitazioni dell'autonomia del soggetto

b. sostegni e supporti familiari

c. condizione abitativa ed ambientale.

### 3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

L'articolo 5 del DM 23 novembre 2016 prevede che" *A valere sulle risorse del Fondo possono essere finanziati:*

- a. percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, di cui all'articolo 3, commi 2 e 3;*
- b. interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4;*
- c. programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile, di cui all'articolo 3, comma 5, ed, in tale contesto, tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, di cui all'articolo 3, comma 6;*
- d. interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4, mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità;*
- e. in via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare, di cui all'articolo 3, comma 7."*

#### **Interventi finanziabili**

a. Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, di cui all'articolo 3, commi 2 e 3. Le azioni di cui al presente punto e alla successiva lettera b) devono riprodurre e ricercare soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie dell'ambiente familiare

#### **Descrizione degli interventi**

Relativamente al punto a), la Regione Campania intende proporre:

Percorsi di Autonomia Abitativa allo scopo di promuovere una vita quanto più possibile autonoma dell'individuo partendo dalla sperimentazione di esperienze di vita in gruppo e di miglioramento della qualità della vita della persona presso il suo nucleo familiare, sostenendo la famiglia nei momenti di separazione, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare. In questo contesto, sono strutturabili servizi di ospitalità periodica che consentano alle persone con disabilità grave di sperimentare occasioni di autonomia, vivendo in un luogo diverso dalla propria casa, insieme ad un piccolo gruppo, per periodi definiti e programmati, mantenendo le proprie principali attività abituali.

Operativamente, i percorsi prevedono:

- 1) Ascolto e analisi delle problematiche (dei familiari, della persona con disabilità, del contesto)
- 2) Individuazione della rete di strutture ospitanti per l'esecuzione del percorso di autonomia abitativa, delle azioni opportune e delle professionalità necessarie
- 3) Valutazione delle strategie più idonee
- 4) Condivisione delle iniziative con i familiari.
- 5) Valutazioni di possibili sinergie o partnership con altri enti
- 6) Avvio degli interventi programmati.

Centrale nella definizione di questi percorsi è il coinvolgimento di soggetti del terzo settore e della cittadinanza attiva, oltre che delle stesse persone con disabilità.

b. Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4;

#### **Descrizione degli interventi**

Relativamente al punto b), la Regione Campania intende consentire:

- 1) Soluzioni alloggiative per persone con disabilità grave prive di sostegno familiare che presentino caratteristiche di abitazioni o gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.
- 2) Sperimentazione di soluzioni di co-housing che offrano a un piccolo gruppo di persone con disabilità di avvicinarsi alla residenzialità condivisa, effettuando esperienze di vita quotidiana senza il supporto familiare, al fine di potenziare la propria autonomia nell'ambiente domestico. L'obiettivo è quello di consentire alle persone con disabilità, in numero ridotto, di trascorrere soggiorni brevi, medi o lunghi al di fuori del proprio contesto familiare, per sperimentare esperienze di residenza in un contesto di vita "tra pari". Mira, inoltre, a consentire l'acquisizione delle competenze necessarie alla gestione della vita domestica con il massimo grado di autonomia possibile, potenziare capacità, abilità e competenze di socializzazione e condivisione di spazi, tempi e attività comuni e potenziare l'autostima attraverso un percorso di autonomia. In questa voce, rientrano anche gli assistenti personali di fiducia della famiglia e del/la beneficiario/a, i sostegni all'inclusione in comunità (trasporti, partecipazione ad attività ricreative e culturali, partecipazione a gite e visite, vacanze ecc.).

c. programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile programmi di accrescimento della consapevolezza abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia (art. 3, comma 5), anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale (art. 3, comma 6)

#### **Descrizione degli interventi**

la Regione non intende promuovere l'azione c con le risorse del dopo di noi preferendo altre forme di intervento.

d. Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4, mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità

#### **Descrizione degli interventi**

Relativamente al punto d), la Regione Campania intende consentire:

- 1) l'acquisto di nuove tecnologie per migliorare l'autonomia delle persone con disabilità grave, in particolare tecnologie domotiche, di connettività sociale, assistive e di ambient assisted living;
- 2) il sostegno dei costi della gestione di appartamenti di proprietà in cui vive la persona beneficiaria

(utenze, pulizie, manutenzioni ordinarie e straordinarie).

e. in via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare, di cui all'articolo 3, comma 7.

#### **Descrizione degli interventi**

la Regione non intende promuovere l'azione e con le risorse del dopo di noi.

#### **4. La PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE**

| <b>Interventi finanziabili</b>   | <b>Importo</b>        |
|--|-----------------------|
| a. Percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione, di cui all'articolo 3, commi 2 e 3. Le azioni di cui al presente punto e alla successiva lettera b) devono riprodurre e ricercare soluzioni e condizioni abitative, quanto più possibile, proprie dell'ambiente familiare   | € 2.275.416 (40%)     |
| b. Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4;   | € 2.275.416 (40%)     |
| c. programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile programmi di accrescimento della consapevolezza abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia (art. 3, comma 5), anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale (art. 3, comma 6) |                       |
| d. Interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative dalle caratteristiche di cui all'articolo 3, comma 4, mediante il possibile pagamento degli oneri di acquisto, di locazione, di ristrutturazione e di messa in opera degli impianti e delle attrezzature necessari per il funzionamento degli alloggi medesimi, anche sostenendo forme di mutuo aiuto tra persone con disabilità                     | € 1.137.708 (20%)     |
| e. in via residuale, interventi di permanenza temporanea in una soluzione abitativa extra-familiare, di cui all'articolo 3, comma 7.   |                       |
| <b>Totale</b>  | <b>€ 5.688.540,00</b> |

#### **5. MONITORAGGIO DEGLI INTERVENTI**

I destinatari dei finanziamenti sono chiamati a rendicontare puntualmente le spese sostenute. Eventuali difformità di spesa o di conduzione del progetto comportano la revoca o la riduzione dei finanziamenti concessi.

Gli Ambiti territoriali sono chiamati a indicare nelle co-progettazioni con le persone con disabilità – la filosofia è quella della co-progettazione partecipata – le modalità di valutazione e selezione, il numero dei beneficiari, le tipologie di servizio/intervento da realizzare, i trasferimenti effettuati e le modalità di monitoraggio delle attività e dei flussi finanziari.

Ruolo centrale nella fase di monitoraggio è quello dei case manager. A ogni progetto individuale è assegnato un case manager da parte dell'Ambito territoriale che ha cura di seguire il progetto dall'inizio e alla fine, relazionare sull'andamento dello stesso e segnalare eventuali problematiche o deviazioni da quanto stabilito in sede di progetto e di stesura di contratto tra l'utente e l'Ambito

territoriale.

La progettazione personalizzata coinvolge in modo diretto la persona con disabilità e la sua famiglia, ponendo attenzione al valore della motivazione della persona a seguire programmi per il “dopo di noi”, e tenendo conto, altresì, della sfera delle disabilità intellettive e relazionali. La persona disabile è agevolata non solo nella progettazione personalizzata, ma anche nelle successive fasi di monitoraggio e valutazione, in modo da esercitare la piena autonomia e autodeterminazione possibile. Ogni intervento/servizio deve essere condiviso con la persona con disabilità garantendole la possibilità di autodeterminarsi e il rispetto della libertà di scelta, anche favorendo l’inserimento nell’offerta territoriale degli ambiti di interventi/servizi innovativi già sperimentati con i Progetti di Vita Indipendente finanziati dal MLPS dal 2013 ad oggi.

Le attività di programmazione e di monitoraggio prevedono il coinvolgimento delle associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari.