Università degli Studi di Catania

Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali

MASTER UNIVERSITARIO DI 2° LIVELLO IN

MANAGEMENT PUBBLICO DELLO SVILUPPO LOCALE

Direttore: Prof. Marco Valerio Livio La Bella

Santa Caponnetto

CoAbilityLab19

Comunità generativa per la promozione dei diritti, delle abilità e dell'empowerment delle persone con disabilità nei comuni del Distretto Sociosanitario 19 - Regione Sicilia -

TESI

RELATORE

Prof. Sebastiano Scaglione

ANNO ACCADEMICO 2020-2021

Sommario

1. Politiche per la promozione dei diritti delle persone con disabilità 2
1.1 Descrizione dell'area tematica 2
1.2 Orientamenti teorici alle politiche sulla disabilità 7
1.3 Esperienze regionali e buone pratiche 13
1.4 Sinergie del piano-progetto con le pianificazioni locali e nazionali. 21
2. L'analisi di contesto territoriale del Distretto Socio Distretto Sociosanitario 19 27
2.1 Descrizione del contesto di riferimento attuativo 27
2.2 La dimensione territoriale scelta: il Distretto Socio Sanitario 45
3. La proposta progettuale 47
3.1 Titolo del progetto 47
3.2 Soggetto proponente e parternariato 48
3.3 Sintesi del piano 52
3.4 Analisi dei fabbisogni e target di utenza 55
3.5 Descrizione della strategia 58
3.6 Descrizione degli obiettivi generali (OG1 e OG2) 65
3.7 Descrizione degli obiettivi specifici 68
3.8 Descrizione delle azioni 71
3.9 Descrizione dei risultati attesi 73
3.10 Quadro logico AS1 75
3.11 Innovatività 83
3.12 Trasferibilità 83
3.13 Durata-Cronoprogramma 84
3.14 Piano finanziario 85
Riferimenti normativi 86
Riferimenti bibliografici 88
Riferimenti siti web 89

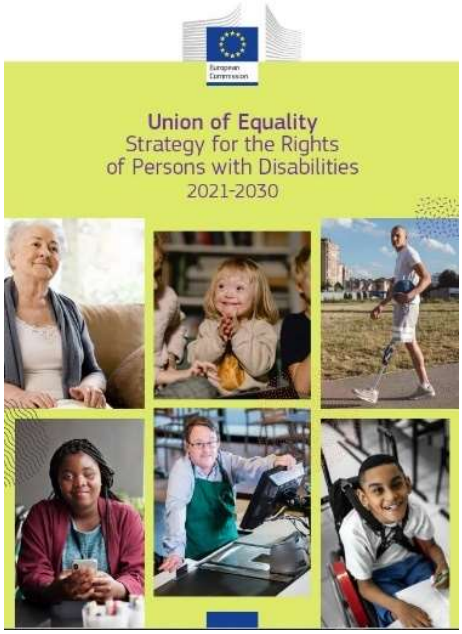
1. Politiche per la promozione dei diritti delle persone con disabilità

1.1 Descrizione dell'area tematica

L'area di policy principale all'interno della quale si inquadra il progetto è quella delle politiche sociali e dell'inclusione, per la promozione dei diritti delle persone con disabilità e delle loro famiglie al fine di vivere pienamente la cittadinanza sociale. Fondamento nelle politiche per le persone con disabilità è rappresentato dalla Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità - United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), un trattato internazionale sui diritti umani adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006; è stato aperto alla firma il 30 marzo 2007 ed è entrato in vigore il 3 maggio 2008 a seguito della ratifica del 20° Stato Parte. Con Legge 3 marzo 2009, n. 18, il Parlamento Italiano ha autorizzato la ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e del relativo protocollo opzionale, sottoscritta il 30 marzo 2007[1]. Di fatto i sistemi di welfare regionali raramente si sono adeguati; in Italia i sistemi regionali di welfare presentano forti differenziazioni, talvolta molto distanti dalle raccomandazioni della CRPD. Gli attuali sistemi di welfare hanno ancora retaggi di un modello di welfare di protezione (teoria di Lord Beveridge),

[1] United Nations, department of economic and social affairs disability. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) [online]. Disponible su: https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

laddove le persone vulnerabili devono essere protette in particolari situazioni di crisi. Questo approccio non ha consentito la piena partecipazione delle persone portatrici di interesse, e di uscire dalla logica di protezione dove le decisioni sono a carico di istituzioni, tecnici e professionisti. Il dibattito internazionale sta ponendo l'attenzione ad un approccio basato su una dimensione di cambiamento e innovazione nei sistemi di welfare per le persone con disabilità. Il dibattito a livello di UE sta rappresentando una spinta all'accelerazione al cambiamento. A partire dal Pilastro Europeo dei Diritti Sociali per un'Unione Europea più equa e più inclusiva, la strategia europea per i diritti delle persone con disabilità per il periodo 2021-2030, è stata presentata dalla Commissione europea in marzo 2021, la strategia ha tenuto conto di numerose importanti raccomandazioni e proposte formulate dalle organizzazioni delle persone con disabilità e dalle organizzazioni della società civile. La strategia UE in linea con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, è volta a garantire la dignità, la parità di trattamento e la piena partecipazione delle persone con disabilità alla società, eliminando le barriere fisiche, la discriminazione e i pregiudizi che pervadono tutti gli aspetti della loro vita. Le iniziative chiave sono incentrate su tre temi principali: diritti, vita indipendente e autonomia, pari opportunità e non discriminazione. Gli stati membri sono richiamati ad agire ad accelerare l'attuazione della CRPD. La nuova strategia disporrà anche di un quadro per monitorare i progressi compiuti a livello di attuazione, dotato di una serie di nuovi indicatori. La strategia deve coniugarsi alla volontà politica, alle risorse e al monitoraggio per produrre risultati. In quanto cittadini a pieno titolo, le persone con disabilità hanno pari diritti, tra cui quelli alla dignità, alla parità di trattamento, a una vita indipendente e alla piena partecipazione alla società. Consentire alle persone con disabilità di godere di questi diritti costituisce l'obiettivo principale della strategia a lungo termine messa a punto dall'UE per promuovere l'inclusione attiva di queste persone. Le persone con disabilità rappresentano circa un sesto della popolazione



complessiva dell'UE in età lavorativa, ma il loro tasso di occupazione è relativamente basso. Eppure, con interventi mirati, milioni di disabili potrebbero entrare o rientrare sul mercato del lavoro in Europa. La parità di accesso a un'istruzione di qualità e all'apprendimento permanente consente alle persone con disabilità di partecipare pienamente alla società e di migliorare la loro qualità di vita. L'agenda europea sui diritti delle persone con disabilità 2021-2030, elenca le leggi, i programmi e le azioni che guideranno per i prossimi dieci anni le politiche dell'Unione Europea in tema di diritti delle persone con disabilità, coincidendo con una serie di impegni precisi, da perseguire con adeguate risorse. Per ottenere ulteriori progressi nell'assicurare la piena partecipazione delle persone con disabilità, la nuova e rafforzata strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 guiderà l'azione degli Stati membri e delle istituzioni dell'UE, basandosi sui risultati dei precedenti dieci anni e offrendo soluzioni alle sfide future. La nuova strategia contribuirà a realizzare le priorità di costruire un'Unione di parità e realizzare il pilastro europeo dei diritti sociali. La strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 intende affrontare le diverse sfide che le persone con disabilità devono affrontare. Mira a progredire in tutti i settori della CRPD, sia a livello dell'UE che degli Stati membri. L'obiettivo è garantire che le persone con disabilità in Europa, indipendentemente dal loro sesso, razza o origine etnica, religione o convinzioni personali, età o orientamento sessuale, possano:

- godere dei propri diritti umani;
- avere pari opportunità;
- avere pari accesso per partecipare alla società e all'economia;
- essere in grado di decidere dove, come e con chi vivere;
- possano circolare liberamente nell'UE indipendentemente dalle loro esigenze di sostegno;
- non subire più discriminazioni[2].

[2] https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8376&furtherPubs=yes

L'area di policy interessata è anche quella della capacità della Pubblica Amministrazione. L'ambito di azione è contestualizzato alla promozione di metodologie e strumenti di lavoro che migliorino l'integrazione sociosanitaria, l'organizzazione dei servizi, lo sviluppo di metodi e pratiche innovative partecipati per una programmazione, progettazione e gestione degli interventi e dei servizi sociali, rivolti alle persone con disabilità, più efficace, efficiente e appropriata, nell'ottica di una umanizzazione, personalizzazione e modernizzazione dei servizi. L'orientamento è quello di rispondere in modo appropriato ai bisogni delle persone attraverso la loro partecipazione attiva e arrivare a rendere pienamente fruibili le risorse pubbliche e comunitarie, consentendo l'esigibilità dei diritti. Fondamentale importanza è la costruzione di una rete di riferimento per le persone e le famiglie dove anche le realtà associative ed economiche siano punto di riferimento. L'amministrazione pubblica saprà essere innovativa nella misura in cui sarà capace di promuovere, "aprire porte" alla comunità per co-costruire reti e alleanze nel territorio fondate su una convergenza reale orientata all'interesse generale. La necessità è un patto tra istituzioni, ETS, imprese e famiglie anche in associazione. Il metodo è di tipo integrato basato sull'ascolto, il confronto, la formazione, la collaborazione, la condivisione di conoscenze e di esperienze. L'esigenza richiede di trovare un metodo che attivi tutte "le porte", istituzionali e non istituzionali, al fine di rendere effettivamente esigibili i diritti espressi nella CRPD con una messa in campo di azioni appropriate alla persona; "inventare" risposte ai bisogni, snelle e flessibili e che rispondano allo "star bene" della persona. Il processo-percorso mira ad includere le persona con disabilità e le famiglie in relazione al contesto/ambiente di appartenenza formato dalle realtà presenti, istituzionali e non istituzionali (persona, famiglia, associazioni, imprese, attività, scuola, servizi sanitari, servizi sociali, società civile) per creare e implementare strategie, innovazioni e strumenti (Valutazione Multidimensionale della persona basata sul modello biopsicosociale dell'ICF, International Classification of Functioning disability

and healt[3], progetto di vita, inclusione, autonomia, vita indipendente ed interdipendente). Inoltre coinvolgendo servizi della Pubblica amministrazione, servizi sociali (parte tecnica e amministrativa), ASP (U.O.C. Handicap e distretto sociosanitario) e ETS, si mira ad intervenire sulla capacità amministrativa di costruzione di protocolli, procedure, percorsi di co-programmazione e co-progettazione con il territorio, in una prospettiva di sussidiarietà orizzontale e circolare tesa ad una qualità dei servizi, degli interventi e dell'azione amministrativa. L'obiettivo è di arrivare ad una valutazione della persona in relazione alle barriere che la società produce limitandone la partecipazione, così come stabilito dalla CRPD e dalla legge 8 novembre 2000, n. 328, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e, in particolare, l'art. 14 concernente i progetti individuali per le persone con disabilità. Gli attuali sistemi di accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap non descrivono la persona e perché sia svantaggiata. Il livello regionale è incentrato sui servizi e sulle prestazioni (livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale) e non considera desideri e aspirazioni della persona che potrebbero concretizzarsi solo con interventi flessibili e personalizzati. L'attenzione recente sul budget di salute nasce nell'ambito sanitario senza considerare che la salute è una condizione di benessere e non riguarda solo l'aspetto sanitario ma l'intero contesto ambientale. I differenti livelli istituzionali non devono guardare solo all'offerta di servizi ma devono considerare la persona e la famiglia protagonisti delle scelte nella logica del progetto di vita partecipato. Attualmente si assiste ad una grande accelerazione sulle norme, con l'approvazione Legge 22 dicembre 2021, n. 227, Delega al governo in materia di disabilità[4], riforma legata al PNRR, dove tra le riforme previste alla Missione 5 inclusione e coesione sociale, al punto M5.C2 [5] è prevista la legge quadro sulla disabilità, cui seguiranno i decreti attuativi. Essa certamente può rappresentare un cambiamento nell'attuale sistema di welfare. Nel PNRR il tema della disabilità è un pilastro che permea tutto il piano e consentirà importanti risorse da investire nell'ambito delle politiche di inclusione. La legge quadro

[3] https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health
[4] https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/12/30/21G00254/sg
[5] https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_RiformeInvestimentiMissioni.pdf

aggiungerà uno strumento per affrontare il progetto di vita, la valutazione multidimensionale della persona per la piena inclusione nel rispetto dei principi della convenzione internazionale. Perno della legge delega è il progetto personalizzato che consentirà di commisurare interventi e misure sulla base dei bisogni della persona e dei suoi desiderata. L'azione è importante a livello nazionale per giungere a soluzioni che cambino la qualità di vita delle persone. Si tende a superare la logica dell'istituzionalizzazione e di servizi "contenitore" con alternative personalizzate e partecipate, obiettivo è l'accesso universale a prescindere dal dato regionale. La rete di sostegno alle persone e alle famiglie deve essere multi istituzionale e multi attore perché in una società moderna e pienamente inclusiva, bisogna operare tutti insieme. L'accento va posto al prezioso lavoro che associazioni, ETS promuovono per rinnovare o avviare un patto con le istituzioni, patto che si basa sulla fiducia, sulla responsabilità, sulla trasparenza, sulla partecipazione e sulla comunanza degli obiettivi finali coerenti con i bisogni; importante è la capacità di intese e del metodo basati sull'ascolto, dialogo, confronto, collaborazione, condivisione conoscenze ed esperienze.

1.2 Orientamenti teorici alle politiche sulla disabilità

Gli approcci alle politiche sulla disabilità hanno subito negli ultimi trent'anni un cambiamento di paradigma in America del nord ed Europa e Nord America. Si è avuto un passaggio dal modello medico a un modello basato sul welfare e successivamente a un modello basato sui diritti, che pone enfasi sui diritti di uguaglianza delle persone con disabilità. Altro approccio è quello alle capability.

Il modello medico. L'approccio medico alla disabilità è associato alla "Classificazione Internazionale di Menomazioni, Disabilità ed Handicap" ("International Classification of Impairment, Disability and Handicap", di seguito ICIDH) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)[6]. La ICIDH venne sviluppata negli anni '70 da un gruppo di sociologi coordinati da Philip Wood. Vede la disabilità come una caratteristica intrinseca della persona e si basa su un modello sequenziale che distingue tra menomazione, disabilità ed handicap, causate da una

[6] https://apps.who.int/iris/handle/10665/41003

malattia o patologia: Menomazione --> Disabilità -- > Handicap. Una malattia può dare origine ad una modificazione della struttura o delle funzioni di un organo o sistema, quando la menomazione comporta una limitazione delle attività della persona si origina una disabilità. In base a questa logica la disabilità è definita come ogni limitazione o perdita di abilità risultante da una menomazione. La condizione di disabilità può a sua volta comportare una condizione di svantaggio derivato che limita o comporta una difficoltà nell'adempimento di un ruolo normale per la persona (handicap). Gli handicap, in questa prospettiva, sono considerati come deficit che impediscono all'individuo di compiere le attività della vita quotidiana, ivi inclusa la capacità di ricoprire ruoli sociali di un certo valore. Tale approccio implica che la diseguaglianza sociale si riduce a cause biologiche. In questa logica, la disabilità è una condizione biologica intrinseca all'individuo che riduce la sua qualità di vita e la sua partecipazione alla società, rispetto al funzionamento umano nella norma[7].

Il modello sociale della disabilità ribalta completamente il modello medico mettendo in dubbio l'assunto che ci sia una necessaria relazione causale tra l'avere una menomazione e l'essere disabile. Si basa su un paradigma diverso: ciò che rende una persona disabile non è la sua condizione medica, ma gli atteggiamenti e le strutture della società. Questa visione si concentra sulle barriere che esistono all'interno del contesto sociale, impedendo ad una persona di raggiungere lo stesso livello di funzionamento di una persona che non abbia una menomazione. Il modello sociale ritiene che le limitazioni fisiche diventano disabilità perché la società non è preparata ad accogliere la differenza dei funzionamenti umani. In questa prospettiva è la società che deve essere ripensata per considerare i bisogni delle persone con disabilità[8]. Mentre il modello medico, ha individualizzato i bisogni e suddiviso gli individui sulla base di etichette e categorizzazioni mediche, il modello sociale tende a rendere collettivi i bisogni delle persone con differenti patologie, e a valutare gli individui come un gruppo portatore di interessi comuni[9]. Il modello ICF è basato sull'assunto che

[7] Pfeiffer, D. (2001), *The Conceptualization of Disability. Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where We Are and Where We Need to Go*. Research in Social Science and Disability, New York: Elsevier Science.
[8] Oliver, M. (1996), *Understanding Disability: From Theory to Practice*, Basingstoke, Macmillan.
[9] Marra, A. (2009), *Ripensare la disabilità attraverso i disability studies in Inghilterra*, Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico, vol. 1 (3).

ciascun individuo, in una successione continua di stati di salute, presenta alcuni deficit in certe dimensioni dei suoi funzionamenti. L'ICF è composto da vari domini di attività e partecipazione che corrispondono al corpo, alla persona, alla persona nella società. ICF considera la disabilità come ad una combinazione di diversi fattori che influenzano l'ambiente in cui vivono le persone con disabilità. L'impostazione prevede la valutazione di fattori ambientali, che riguardano l'ambiente fisico e sociale, e di fattori personali che corrispondono alla personalità e alle caratteristiche della persona. La prospettiva è basata sull'assunzione che i functioning siano un'importante misura dei risultati, indipendentemente dalle sue determinanti. Secondo il modello bio-psico-sociale, sottostante all'ICF, il funzionamento e la disabilità sono concepiti come un'interazione dinamica tra le condizioni di salute (malattie, disturbi, lesioni, traumi) e i fattori contestuali, personali e ambientali. ICF è una classificazione del funzionamento umano con un meccanismo di codifica per identificare i problemi di funzionamento, non è una classificazione dei problemi e non è una classificazione delle persone. La persona non è un problema, la persona fa esperienza di un problema di funzionamento[10]. Il modello pone la persona al centro di un sistema influenzato da molteplici variabili.

Il modello dei diritti umani. Il modello di disabilità dei diritti umani è un'evoluzione del modello sociale di disabilità, e rappresenta uno strumento per attuare la CRPD. Basato sui principi fondamentali dei diritti umani, riconosce che la disabilità è una parte naturale della diversità umana che deve essere rispettata e supportata in tutte le sue forme. Le persone con disabilità hanno gli stessi diritti di chiunque altro nella società e la disabilità non deve essere usata come scusa per negare o limitare i diritti delle persone[11]. Il modello dei diritti umani, come suggerisce il nome, si basa sui principi fondamentali dei diritti umani, riconosce che:

- la disabilità è una parte naturale della diversità umana che deve essere rispettata e sostenuta in tutte le sue forme;
- le persone con disabilità hanno gli stessi diritti di tutti gli altri nella società;

[10] Cosentino, A. (2009), "*Dalla S.Va.M.Di. al progetto di vita*", Atti corso formazione, Regione Veneto, Verona, Centro Polifunzionale Don Calabria.
[11] http://daru.org.au

- la menomazione non deve essere usata come un pretesto per negare o limitare i diritti delle persone.

Il modello dei diritti umani si fonda sulla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità . Il documento è stato finalizzato nel 2006 ed è uno dei nove strumenti internazionali sui diritti umani che sono stati sviluppati dalle Nazioni Unite. Il suo impianto è stato sviluppato da persone con disabilità, con l'obiettivo di raggiungere un maggiore livello di uguaglianza per le persone con disabilità in tutto il mondo. Dettaglia le azioni che i governi devono intraprendere per garantire, difendere e promuovere i diritti delle persone con disabilità.

Il modello dell'approccio alle capability. Il tema della qualità della vita delle persone viene affrontato a partire dagli anni 80 evidenziando disuguaglianze soprattutto rispetto a povertà e disabilità. L'approccio alle capability rappresenta una innovazione per il fatto di evidenziare la necessità di rivedere modelli politici, sociali ed economici, e analizzare lo sviluppo puntando a scelte e decisioni basate su valori differenti da quelli della logica di mercato. La teoria del capability approach si basa sulla teoria di Amartya Sen, il quale ritiene che una equa distribuzione delle risorse si possa ottenere valorizzando le capabilities e i funzionamenti che le persone sono in grado di attivare e quindi lo sviluppo umano si basa su processi di promozione e sviluppo delle capacità e delle opportunità reali delle persone al fine di poter condurre una vita a cui si attribuisca importanza e valore. Si affermano i concetti di empowerment, agency, freedom come libertà di scelta, l'effettiva possibilità di scegliere liberamente tra diverse opportunità, quali azioni intraprendere, quali traguardi realizzare e quale progetto di vita perseguire. Fondamentale l'importanza di riconoscere la diversità come una caratteristica dell'umanità e in questo senso le scelte dei servizi devono porre al centro le persone. Si punta sulla capacità di una persona e al suo funzionamento, cioè a ciò che una persona può fare e soprattutto può essere. L'approccio è stato sviluppato come un modello diverso per analizzare le politiche di welfare comprendendo gli standard di vita, il benessere, lo stare bene personale e la qualità di vita. Il benessere non è inteso come una condizione statica, i beni materiali sono uno strumento per ottenere benessere, ma non sono adeguati a misurare la qualità di vita delle persone. Amartya Sen pone l'attenzione su diversi fattori concorrenti, fattori familiari, personali, sociali, culturali e economici che determinano la

qualità di vita, e quindi lo sviluppo umano non è relativo solo alla crescita economica ma è inteso come una promozione del progresso umano e delle condizioni di vita delle persone. Fondamentali diventano la libertà di scelta e azione tra le opportunità reali che le persone hanno di vivere la vita a cui attribuiscono valore. Il concetto di personalizzazione assume valore nel senso che, sono le differenze individuali, sociali, economiche e ambientali a determinare e condizionare la capacità di convertire beni e risorse a disposizioni in funzionamenti cioè in conseguimenti reali. In questo senso compito delle politiche sociali è quello di promuovere le capability delle persone ossia la libertà di raggiungere la qualità di vita a cui gli stessi danno valore a livello individuale e per la società nel suo complesso. La condizione per il progresso e lo sviluppo è che le persone abbiano maggiori libertà intese come opportunità. L'approccio riguarda anche la disabilità in quanto riconosce la diversità umana e riconosce che tale diversità può essere pervasiva, la persona con disabilità attraverso un approccio di teoria della giustizia orientato alle capability deve ricevere attenzione con politiche sociali che non avrebbe avuto attraverso altri approcci[12]. Martha Nussbaum si richiama alla teoria di Sen e definisce un set di capacità fondamentali che dovrebbero essere trasformati in obiettivi politici alla stregua di principi, garanzie costituzionali. Secondo Martha Nussbaum bisogna conciliare l'universalismo dei diritti con le esigenze poste dalle diversità umane. I servizi socio sanitari dovrebbero essere pensati in base alla capacità di poter produrre benessere tramite il potenziamento di capacità e di funzionamento e quindi dovrebbero essere a servizio di progetti di vita personale. E' necessario saper tenere in conto la specificità delle persone, perché sono le differenze, le unicità, le flessibilità a determinare l'umanizzazione, l'adeguatezza e l'efficacia degli interventi. L'approccio alle capability si distingue proprio per questa attenzione alla personalizzazione. La prospettiva va nella direzione di ripensare alle politiche per il benessere e il ben divenire delle persone con disabilità e delle loro famiglie, nonché della comunità in cui vivono alla luce del paradigma teorico dello sviluppo umano e dell'approccio delle capability. Ciò richiede un processo di promozione delle capacità e delle opportunità reali delle persone al fine di condurre una vita a cui si attribuisce valore. Questo richiede un

[12] Sen, A. K. (2009), "*Capability Reach and Limits*", in E. Chiappero-Martinetti (a cura di), Debating Global Society: Reach and Limits of the Capability Approach, Milano, Fondazione Giacomo Feltrinelli.

cambiamento culturale di enti e persone coinvolti a differenti livelli, in quanto bisogna vedere alle persone con disabilità e/o le loro famiglie come parte attiva e non come destinatari passivi di politiche e interventi. Nella tabella che segue, Biggieri e Bellanca sintetizzano alcuni aspetti rilevanti dei diversi approcci a cui si possono collegare differenti applicazioni[13].

1. Tabella concetti inclusi nelle definizioni. Fonte: Biggeri et al. (2010).

	Modello Medico	Modello Sociale	ICF/OMS	Convenzione ONU	Approccio Capability
Menomazioni Individuali	X	X	X	X	X
Struttura della Società		X	X	X	X
Interazione tra individuo e società			X	X	
Concetto di Functioning			X	X	X
Dimensione collettiva delladisabilità		X Come barriera		X Come barriera	X Come barriera o facilitatore
Opportunità/ Potenzialità					X Capability set
Aspetti decisionali					X Agency

2. Tabella principali applicazioni. Fonte: Biggeri et al. (2010)

	Modello Medico	Modello Sociale	ICF/ OMS	Convenzione ONU	Approccio Capability
Applicazioni Teoriche	X	X	X	X	X
Valutazione welfare/benefici	X		X		
Comparabilità tra Paesi			X		X
Lobbying/ società civile/DPOs		X		X	X
Framework per definire le policy		X		X	X
Raccolta dati	X		X		X
Valutazione di Impatto	X		X		X

[13] Bellanca, N., Biggeri, M. (2010), *Dalla relazione di cura alla relazione di prossimità. L'approccio delle capability alle persone con disabilità*, Collana Biòtopi, Napoli, Liguori.

1.3 Esperienze regionali e buone pratiche

Si riportano le sintesi di alcuni recenti percorsi regionali che hanno dato avvio a piani, programmi, sperimentazioni e buone prassi, e che seguono la prospettiva della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e della Strategia Europea per i diritti delle persone con disabilità.

Regione Lombardia

Con DGR29 dicembre 2021 n. XI/5809 viene approvato il Piano Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità – 2021/2023. Per lo sviluppo del piano si sono tenute giornate di studio con la partecipazione delle associazioni che si occupano di disabilità e soprattutto un confronto con le associazioni ANFFAS, LEDHA e FAND nel periodo ottobre-novembre 2021. Il piano segue la prospettiva tracciata dalla Convenzione ONU e intende fornire la cornice per le future politiche che riguardano le persone con disabilità, le loro famiglie, l'inclusione, l'autonomia e la centralità della persona, l'accessibilità universale e più in generale il benessere della persona. Nel Piano di Azione Regionale è fondamentale l'importanza data al progetto di vita e alla centralità della persona, alla vita autonoma e indipendente, all'accessibilità universale e alla fondamentale presa in carico della persona, non solo rispetto ad una patologia certificata ma soprattutto nel rispetto delle relazioni, del tempo ricreativo, del diritto di scelta e della condivisione dei piani individuali con le persone direttamente coinvolte e delle loro famiglie. Un ruolo di primo piano è riservato alle Associazioni e agli Enti del terzo settore che devono concorrere con le istituzioni e le pubbliche amministrazioni alla co-programmazione e co-progettazione dei servizi in modo da garantire interventi più mirati ed efficaci per i cittadini. L'obiettivo è quello di arrivare a dar vita ad un Fondo Unico che possa integrare le risorse sociali, sanitarie e sociosanitarie in modo da garantire progetti di vita personalizzati nei quali le diverse competenze, caratteristiche individuali e preferenze dei singoli diventino un valore aggiunto per la persona stessa e per tutta la comunità. Il piano si propone di realizzare i principi della convenzione ONU coerentemente con la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea e con la Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030. L'attenzione non è limitata solo agli aspetti di carattere assistenziale, ma approfondisce anche gli aspetti bio-psico-sociali (ICF), ponendo la persona

protagonista. La struttura del piano affronta le diverse aree del bisogno e le domande della persona. Pone attenzione alla semplificazione dell'accesso ai servizi, allo sviluppo delle competenze per valutare la disabilità e degli strumenti necessari alla definizione del progetto individualizzato. Vengono affrontati i temi relativi a: salute e assistenza, educazione, formazione, casa, lavoro e impresa, cultura, sport, informazione e comunicazione, oltre a quelli dell'accessibilità e fruibilità del territorio e dei servizi. Si descrivono inoltre gli elementi trasversali di governance del sistema, della rete dei servizi e l'analisi di sostenibilità economica del piano sviluppato su base triennale[14].

Regione Friuli Venezia Giulia

Con Delibera 1134 del 24 luglio 2000 approva le linee guida per la sperimentazione di percorsi innovativi nel sistema regionale dei servizi per le persone con disabilità. Le modifiche apportate alla legge regionale 41/1996, con riguardo all'introduzione dell'articolo 20bis (Sperimentazioni per l'innovazione del sistema dei servizi per le persone con disabilità) prevede l'innovazione del sistema dei servizi per le persone con disabilità, mediante riconoscimento o attivazione di percorsi innovativi, anche finalizzati alla riconfigurazione e riqualificazione dei servizi esistenti, incentrati sulla personalizzazione della risposta appropriata ai bisogni e a supporto dello sviluppo integrale della persona. Il documento traccia le direttrici per la sperimentazione di percorsi dedicati alle persone con disabilità per l'innovazione regionale del sistema dei servizi, con l'individuazione di obiettivi, delle aree d'intervento, delle caratteristiche e dei contenuti d'innovazione dei percorsi. La centralità è data alla persona e al suo progetto di vita. Viene promosso un nuovo modo di pensare e progettare risposte adeguate alle persone con disabilità facendo leva sulla personalizzazione della risposta e valorizzazione dei contesti relazionali abilitanti, e sulla mobilitazione integrata delle risorse istituzionali e della comunità civile, della dimensione familiare e comunitaria e dell'apporto del Terzo settore. La sfida è incentrata sulle capacità degli attori pubblici e privati del sistema regionale dei servizi di cooperare in partenariato per massimizzare la qualità dell'offerta e l'efficacia d'impiego delle risorse.

[14] https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-5809-legislatura-11

La regione ha voluto avviare un nuovo corso di progettazione, regolazione e gestione dei servizi per la disabilità rispetto ai modelli incentrati su un sistema di offerta standardizzato e prevalentemente ancorato alla tutela, all'intrattenimento e all'assistenza alla persona più che alla sua capacitazione ed autodeterminazione. Il percorso tiene conto della codifica effettuata nella Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006" per la riqualificazione del sistema regionale dell'offerta assistenziale sociosanitaria. L'integrazione sociosanitaria viene riconosciuta quale formula organizzativa di produzione unitaria di salute e benessere da garantire, entro direttrici di eguaglianza, solidarietà, partecipazione e sussidiarietà, mediante:

- orientamento all'inclusione sociale dei percorsi assistenziali integrati, che vanno prioritariamente realizzati nei contesti naturali di vita delle persone;
- presa in carico integrata da parte dei servizi sanitari e sociali;
- personalizzazione della risposta ai bisogni e loro valutazione multidimensionale;
- considerazione dei bisogni inespressi;
- progetto personalizzato costruito in modalità di co-progettazione con la persona e la famiglia, con considerazione prioritaria delle possibilità di domiciliarità e abitare inclusivo, apprendimento, espressività, affettività e socialità, formazione e lavoro e con assunzione di obiettivi di abilitazione e capacitazione della persona;
- sostegno al progetto personalizzato mediante apposito budget di mobilitazione integrata delle risorse disponibili, finanziarie e non finanziarie;

riconversione delle risorse destinate a servizi istituzionalizzanti o comunque convenzionali a sostegno di percorsi d'inclusione attraverso il budget di salute;

- apertura a forme di partenariato pubblico-privato ove i soggetti pubblici delle aree sanitaria e sociale sviluppano rapporti di collaborazione cooperativa con soggetti degli ETS per l'organizzazione e la gestione dei servizi (co-programmazione, co-progettazione e cogestione).

Il documento sancisce che deve essere garantita la presa in carico integrata da parte dei servizi sociali e sanitari competenti, secondo quanto previsto dall'articolo 5 della legge regionale 22/2019. Al fine di uniformare le pratiche di presa in carico integrata a livello regionale, definisce le fasi del processo di presa in carico delle persone con disabilità.

Il percorso assistenziale, in coerenza con quanto previsto dall'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017, si articola nelle seguenti fasi:

a. accesso;
b. valutazione multidimensionale;
c. definizione del progetto personalizzato;
d. attuazione degli interventi progettati.

Ogni fase viene definita e dettagliata rispetto alle metodologie, strumenti professionali e gestionali da utilizzare.

A tali fasi segue una rilevante attività di monitoraggio e valutazione dei progetti personalizzati, con eventuale fase di rivalutazione e rimodulazione del progetto stesso.

La direzione dell'innovazione tende verso un sistema di welfare comunitario, ove sviluppo umano, coesione sociale e bene comune non sono più solo prerogative dell'azione pubblica ma anche compito della società civile, nelle sue articolazioni della dimensione familiare, comunitaria e dell'apporto del privato sociale. L'obiettivo primario è l'inclusione sociale della persona attraverso percorsi abilitativi e capacitanti che attivano le risorse del contesto di vita, con investimento, in un'ottica integrata, nelle aree della domiciliarità e dell'abitare inclusivo, della formazione e dell'inserimento lavorativo, dell'apprendimento, dell'espressività, affettività e socialità. Altro obiettivo è relativo ad un cambiamento del paradigma culturale fra gli addetti ai lavori e di cambiamento dell'approccio organizzativo alla gestione. L'obiettivo tende a superare il paradigma della separatezza istituzionale e organizzativa fra area sociale e area sanitaria puntando a: spostare l'attenzione dai presìdi ai processi e alle relazioni, secondo un approccio organizzativo che guardi alla gestione di processi orizzontali di raccordo (fra diverse figure professionali, diverse discipline, diversi attori) in modo funzionale alla costruzione unitaria e integrata della risposta appropriata ai bisogni; stimolare la partecipazione della persona, delle famiglie, delle organizzazioni

rappresentative e della comunità alla progettazione e realizzazione dei percorsi per costruire processi partecipativi di rafforzamento delle reti di solidarietà e quindi di cambiamento sociale. Viene affrontato l'aspetto della sostenibilità finanziaria e dell'ottimizzazione delle risorse dedicate, puntando alla capacità manageriale di integrare e ottimizzare servizi e interventi diversi, che già trovano riconoscimento nel finanziamento regionale per la disabilità, per i servizi sociali e l'assistenza sociosanitaria, e destinarli in modo unitario e integrato alla realizzazione del progetto di vita della persona. La risposta ai bisogni ed aspettative della persona non è standardizzata e immutabile nel tempo e le risorse disponibili possono comporsi in maniera "creativa" in un budget di progetto dedicato[15]. E' stato pubblicato avviso pubblico per l'ammissione alla sperimentazione[16].

Regione Toscana

La Regione Toscana punta sul percorso di presa in carico. Con DGR 1449/2017, definisce il documento "Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di vita", frutto del lavoro di confronto e condivisione con gli enti territoriali competenti e con le associazioni delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

Nello specifico la Regione, nel corso del 2018, ha avviato quattro tavoli di lavoro e confronto, di cui uno tra le direzioni aziendali, zonali e dei settori regionali coinvolti in materia di disabilità, sul tema dei livelli di governo e coordinamento dei percorsi, e tre tavoli di lavoro con i professionisti del sistema dei servizi territoriali competenti nell'area della disabilità, che si sono confrontati trasversalmente sui seguenti temi:

- accesso, presa in carico, continuità e case manager;
- profilo di funzionamento, valutazione dei bisogni e analisi delle risorse;
- progetto di vita, budget di salute, monitoraggio e valutazione del progetto di vita.

Con la Delibera n. 1642 del 23/12/2019, che attua le previsioni della DGR 1449/2017, la Giunta regionale della Toscana ha approvato "il modello regionale del percorso di presa in carico della

[15] https://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2020&num=1134
[16] https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/salute-sociale/interventi-socio-sanitari/FOGLIA18/#id2

persona con disabilità" definendo gli standard minimi organizzativi da garantire su tutto il territorio regionale per la presa in carico della persona, rimandando a un successivo atto l'approvazione delle procedure e metodi per la definizione del profilo di funzionamento e del progetto di vita. Il percorso dettaglia le modalità di accesso (rete per l'accesso), la presa in carico e la continuità della presa in carico, ponendo attenzione alle fasi di transizione (età minore-adulta, età adulta-anziana), la valutazione multidimensionale e la partecipazione della persona[17].

E' stata avviata una seconda fase di lavoro che ha definito un set di strumenti e metodo per la valutazione e la definizione del progetto. La delibera n. 1055 dell'11/10/2021 approva gli strumenti, le procedure e le metodologie, in attuazione della DGR 1449/2017; all'atto sono allegati tutti gli strumenti elaborati dai tavoli tecnici partecipati coordinati dalla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale. E' stato avviato inoltre un percorso di formazione sull'utilizzo del budget di salute nella definizione del progetto di vita della persona con disabilità che vede coinvolti le zone distretto e le società della salute all'interno di una comunità di pratiche che si occupa della tematica, coordinata da ANCI-Federsanità.

Progetto Orizzonte Vela (Provincia di Cuneo)

Il progetto è promosso dalla Fondazione CRC. La Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo è un ente non profit, privato e autonomo, che persegue scopi di utilità sociale e di promozione dello sviluppo economico, attraverso erogazioni di contributi a favore di soggetti pubblici e privati non profit e attraverso progetti promossi direttamente, in partenariato con soggetti del territorio, nei settori dell'educazione, del welfare, dell'arte e della cultura, dello sviluppo locale, della salute pubblica, della ricerca scientifica e dell'attività sportiva. Dal 2014 a Cuneo e nella provincia, con il contributo di Fondazione CRC, è stato investito oltre 1 milione di euro per sperimentare approcci innovativi per i servizi rivolti alle persone con disabilità. Con il progetto Orizzonte Vela sono state avviate e sostenute coprogettazioni a livello provinciale ed azioni portate avanti da 5 Ambiti di progetto. Il progetto Orizzonte Vela nasce dalla sperimentazione del progetto VelA -Verso

[17] http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2019DG00000001967

l'Autonomia, la rete territoriale per costruire percorsi di autonomia e vita indipendente[18]. Si tratta di progetti gestiti direttamente dalla Fondazione, in partenariato con soggetti del territorio e in collaborazione con uno o più partner tecnici (Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione dell'Università degli Studi di Torino) per rispondere a uno specifico bisogno del territorio che non trova risposte nell'offerta di servizi pubblici e privati. L'attivazione del progetto è stata preceduta da approfondimento svolto dal Centro Studi della Fondazione e dal confronto con gli stakeholder territoriali. Scopo dei progetti è quindi stimolare il territorio in ambiti o modalità d'intervento ancora poco diffuse, sperimentare su piccola scala modalità innovative e stimolarne l'adozione da parte di enti locali e del terzo settore. La Fondazione opera in un'ottica di welfare comunitario caratterizzata dal dialogo con gli enti pubblici e gli ETS presenti sul territorio, dal lavoro di mediazione tra essi e dalla promozione di progetti e interventi innovativi, realizzati in una logica bottom up, caratterizzata da tavoli di confronto con gli stakeholders del territorio. La Fondazione non si pone esclusivamente come soggetto erogatore di contributi, ma come soggetto facilitatore di reti e risorse comunitarie nella prospettiva di migliorare e innovare i servizi e le modalità operative. L'iniziativa, nasce da un percorso di progettazione partecipata iniziato nei primi mesi del 2017 e realizzato insieme agli enti gestori dei servizi socio-assistenziali della provincia di Cuneo, le ASL CN1 e CN2, le associazioni di genitori e di volontariato impegnate nell'ambito della disabilità, cooperative sociali e l'istituto "Grandis" di Cuneo, che ha portato alla sottoscrizione di un protocollo che ha coinvolto diversi attori del territorio:

- sei consorzi socioassistenziali: Consorzio Alba Langhe Roero, Consorzio Monviso Solidale, Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese, Consorzio Socio Assistenziale del Monregalese, Consorzio Socio Assistenziale Valli Grana e Maira;
- la comunità montana Unione Montana Valli Mongia e Cevetta-Langa Cebana-Alta Valle Bormida;
- il Centro Servizi per il Volontariato della Provincia di Cuneo Società Solidale;

[18] https://www.fondazionecrc.it/images/documenti-progetti/vela/2016-vela-descrizione.pdf

- cinque associazioni: Centro Down Cuneo, Condividere – Comunità Papa Giovanni XXIII, Fiori sulla Luna, Genitori pro Handicap Cuneo, Comitato famiglie 162 – Piemonte;
- la Confcooperative Cuneo;
- la scuola secondaria di secondo grado Istituto d'Istruzione Superiore "Sebastiano Grandis".

Il progetto, ha previsto lo stanziamento di 400.000 euro da parte della Fondazione e di ulteriori 100.000 euro da parte degli enti coinvolti, ha come obiettivo quello di dare una risposta condivisa e diffusa sull'intero territorio provinciale alle esigenze delle persone con disabilità intellettiva e delle loro famiglie.

"Orizzonte VelA" si articola in nove ambiti d'intervento:

1. scuola: attività di formazione dedicate al personale scolastico;
2. genitori: attività di supporto alla genitorialità, attraverso la formazione di operatori e attivazione di gruppi di capacitazione;
3. formazione e informazione: pubblicazione di materiale informativo sui diritti e i servizi offerti dal territorio alle persone con disabilità;
4. siblings (fratelli e sorelle): attività di formazione per operatori e avvio di gruppi di sostegno rivolti ai fratelli e alle sorelle delle persone con disabilità;
5. protocollo funzionale: attività di valutazione delle abilità e difficoltà delle persone con disabilità intellettiva per interventi personalizzati di promozione dell'autonomia e dell'autodeterminazione;
6. qualità della vita: ricerca-azione per lo sviluppo di modalità d'intervento sui temi dell'abitare e del lavorare;
7. adulti con disabilità intellettiva: favorire attraverso un bando, elaborato con il supporto dell'Associazione di promozione sociale "Bottega del Possibile", l'accoglienza e l'assistenza di adulti con disabilità intellettiva;
8. coinvolgimento società e territorio: favorire, attraverso un bando aperto alle realtà associative del territorio, la partecipazione attiva e diretta delle persone con disabilità;

9. promozione culturale: evento conclusivo di restituzione delle attività promosse e dei risultati principali[19].

Il progetto viene implementato nel 2022, con un ulteriore finanziamento di oltre 300.000 euro prevedendo l'estensione a tutte le tipologie di disabilità. Sono previste nuove azioni che riguardano i centri diurni su forme più aperte al territorio di semi residenzialità, e azioni sul tema del lavoro; tra i nuovi partner Confindustria.

1.4 Sinergie del piano-progetto con le pianificazioni locali e nazionali.

L'idea progettuale vuole inserirsi all'interno della pianificazione del PdZ (Piano di Zona) del DSS19 e nello specificatamente nell'ambito dei lavori del tavolo tematico permanente disabilità e non autosufficienza. In particolare, si prevedono interventi volti a migliorare la qualità e l'efficacia nell'attuazione delle politiche di inclusione e di integrazione sociosanitaria a livello locale attraverso l'attività di tavoli specifici partecipati nell'ambito della Rete per l'inclusione e la protezione sociale del DSS19, per un rafforzamento della governance e la promozione dell'integrazione sociosanitaria. L'integrazione socio-sanitaria va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale:

1) Il livello istituzionale con riferimento alle norme e agli strumenti giuridici che regolano il settore e alle istituzioni che collaborano nella realizzazione delle attività.

2) Il livello gestionale fa riferimento all'organizzazione dei servizi socio-sanitari ed ai rapporti tra i diversi attori, che individua configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

3) Il terzo livello si riferisce alle interazioni che intervengono tra operatori di sistemi sanitari e sociali, al lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sociosanitari.

Il piano intende promuovere l'integrazione sociosanitaria a partire dal terzo livello ovvero "dal basso" al fine di consentire la collaborazione, l'elaborazione, la condivisione e la diffusione di pratiche e strumenti volti a garantire una migliore gestione dei processi con la promozione di una

[19] Pantrini P. (2017), Orizzonte Vela: continua l'impegno di Fondazione CRC per la trasformazione dei servizi rivolti a persone con disabilità, www.secondowelfare.it, 30 novembre 2017

dimensione di integrazione comunitaria. Costruire una comunità di pratiche che possa favorire lo scambio di esperienze, il rilievo di istanze che provengono dal contesto territoriale, l'individuazione di soluzioni a criticità e problemi e la condivisione di buone pratiche.

Con riferimento agli obiettivi del piano, le principali sinergie e complementarità riguardano il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali – 2021/2023 con particolare riferimento al rafforzamento dei servizi sociali, ai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), ed in particolare:

- Punti unici di accesso;
- Valutazione multidimensionale e progetto individualizzato;
- Progetti dopo di noi e vita indipendente.

Sono previste complementarità e sinergie con il PNRR, Missione 5 Inclusione e coesione in particolare alla seconda componente (M5C2), "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", al fine di contrastare l'esclusione sociale dei gruppi vulnerabili della popolazione, con particolare riferimento alle persone con disabilità, attraverso il potenziamento dei servizi sociali integrati, l'adozione di modelli innovativi dell'housing sociale, lo sviluppo della capacità di resilienza dei soggetti più vulnerabili, anche attraverso la diffusione della cultura dello sport. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) pone attenzione alle politiche in favore delle persone con disabilità interessando trasversalmente differenti misure e amministrazioni. La missione 5 del PNRR, "Inclusione e Coesione", ha previsto una riforma, la Legge Quadro sulla disabilità, la cui principale finalità è dare impulso al "progetto di vita personalizzato e partecipato", uno strumento che favorisce il diritto, per le persone con disabilità, ad autodeterminarsi e a partecipare alla vita sociale.

Nel corso dell'attuazione del PNRR, l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità è coinvolto dalle amministrazioni competenti per monitorare che le riforme proposte siano inclusive.

Nel dettaglio la missione 5, componente 2, investimento 1.2 prevede "Percorsi di autonomia per persone con disabilità". Si vuole promuovere su tutto il territorio nazionale il percorso avviato con le sperimentazioni nell'ambito delle linee guida sulla vita indipendente ed inclusione elaborate nel

2018 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, e sulle quali si sono basati sia i progetti di vita indipendente, finanziati dal fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA), sia i progetti per il dopo di noi (L. 112/2016), finanziati dal Fondo dopo di noi nella prospettiva di definizione di tali progettualità come LEPS nazionali. Viene auspicato che l'implementazione del progetto individualizzato potrà essere progettata e/o realizzata anche con gli enti del terzo settore. Si prevede il coinvolgimento nelle progettualità di 500 ATS, per la realizzazione complessivamente di 700 progetti, ciascuno dei quali destinato ad uno o due gruppi-appartamento, che si aggiungeranno a quelli già attivati, nell'ottica del perseguimento graduale di un livello essenziale delle prestazioni sociali LEPS che assicuri la possibilità di partecipare ad un progetto per la vita indipendente a tutte le persone con disabilità che ne abbiano necessità. Nell'ambito del presente progetto di investimento, sono state individuate tre linee di attività interconnesse, che saranno oggetto di un'unica proposta progettuale:

1. Definizione e attivazione del progetto individualizzato – Il progetto individualizzato è il punto di partenza per la definizione degli interventi per l'autonomia delle persone con disabilità. Previa valutazione multidimensionale e interdisciplinare, che prevede il coinvolgimento di professionalità diverse (assistenti sociali, medici, psicologi, educatori), è definito il progetto personalizzato. Questa prima linea è propedeutica alle altre.
2. Abitazione. Adattamento degli spazi, domotica e assistenza a distanza mediante il reperimento e adattamento di spazi esistenti; si prevede la realizzazione di abitazioni in cui potranno vivere gruppi di persone con disabilità. Ciascun appartamento potrà essere abitato da massimo 6 persone. Un singolo progetto abitativo, composto da uno o due gruppi-appartamento, potrà prevedere il coinvolgimento di 7-10 persone. Ogni abitazione sarà personalizzata, dotandola di strumenti e tecnologie di domotica e interazione a distanza, in base alle necessità di ciascun partecipante. Al fine di incoraggiare soluzioni diffuse sul territorio, destinate a individui o piccoli gruppi, si prevede l'attivazione di accordi, a livello nazionale, con gli enti previdenziali e l'agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata. A livello locale, gli ATS si potranno interfacciare anche con gli enti che si occupano di edilizia popolare. Le risorse abitative potranno essere reperite anche sul mercato privato, attraverso bandi

pubblici. L'investimento potrà riguardare prioritariamente immobili nella disponibilità pubblica, ma potrà essere attivato anche su immobili di proprietà privata, con adeguato vincolo di destinazione d'uso pluriennale di almeno 20 anni.

3. Lavoro. Sviluppo delle competenze digitali per le persone con disabilità coinvolte nel progetto e lavoro a distanza attraverso i dispositivi di assistenza domiciliare e le tecnologie per il lavoro a distanza, si intende promuovere le azioni progettuali volte a sostenere l'accesso delle persone con disabilità nel mercato del lavoro. L'investimento prevede anche sulla formazione nel settore delle competenze digitali, per assicurare occupazione anche in modalità smartworking. Il finanziamento prevede un costo unitario di investimento e un costo di gestione per tre anni [20]. A regime, i costi di gestione dei progetti potranno essere finanziati a valere sul Fondo nazionale per la non autosufficienza, sul Fondo per il dopo di noi e/o sulla programmazione FSE 2021-2027.

Nella successiva pagina si riporta la tab. 3 relativa al DD 450 del 09/12/2021- PNRR Adozione piano operativo, linea investimento. Il finanziamento nazionale per servizi e interventi sociali negli ultimi anni appare in crescita anche per gli stanziamenti aggiuntivi operati sui principali fondi quali il Fondo non autosufficienza e la quota servizi del Fondo povertà, oltre alla creazione di ulteriori fondi. Ai fondi nazionali si sono poi aggiunti dal 2021 le risorse specificamente destinate al rafforzamento dei servizi sociali territoriali stanziate dall'art. 1 co. 791 della Legge di bilancio 2021 (L. 178/2020) all'interno del Fondo di solidarietà comunale, per un ammontare pari a 216 milioni nel 2021, in crescita fino a 651 a decorrere dal 2030. Rilevanza è data dal fatto che i fondi stanziati, in larga parte sono stati inseriti in bilancio dello Stato come strutturali, e quindi automaticamente appostati. Questo comporta la possibilità di avere un quadro delle risorse e quindi di poter programmare gli interventi. Nell'ultimo decennio ai finanziamenti nazionali si sono aggiunti fondi europei o fondi nazionali riferiti alla programmazione europea: PON Inclusione, POC Inclusione, PNRR, per interventi di sostegno alle persone con disabilità e interventi di contrasto alla povertà.

[20] https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2021/DD-450-del-09122021-PNRR-Adozione-piano-operativo-presentazione-proposte.pdf

Tabella 3. DD 450 del 09/12/2021

Progetto: I servizi sociali come strumento di resilienza. Azioni mirate al potenziamento dei processi di deistituzionalizzazione, di supporto alla domiciliarità e all'occupazione delle persone con disabilità									
Azione	**Descrizione**	**Standard essenziale di riferimento**	**Azioni da implementare**	**Modalità per investimento**	**costo unitario dell'investimento**	**costo annuo gestione**	**costo gestione (x 3 anni)**	**numero progettualità complessive nelle aree metropolitane e negli ambiti sociali territoriali coinvolti**	**totale risorse per 3 anni**
Definizione del progetto individualizzato	Valutazione individualizzata dei bisogni e attivazione dei necessari sostegni	· progetto personalizzato di presa in carico, che individua gli specifici sostegni di cui la persona con disabilità necessita; · accompagnamento e raccordo con i servizi territoriali per una progettazione di lungo periodo.	· costituzione dell'equipe multidisciplinare a livello di ambito territoriale o suo rafforzamento; · valutazione individualizzata; · definizione del progetto individualizzato; · attivazione dei sostegni.	Necessità risorse per la costituzione delle equipe multidisciplinari.	40.000	25.000	75.000	700	80.500.000
Abitazione. Adattamento degli spazi, domotica e assistenza a distanza	Abitazione. Reperimento, predisposizione e messa a disposizione di alloggi che permettano alle persone con disabilità una vita per quanto possibile autonoma. Strutturazione degli spazi adatta alle esigenze delle persone con disabilità anche con il ricorso a soluzioni innovative di domotica.	· realizzazione del progetto abitativo	· raccordo tra istituzioni pubbliche per il reperimento di alloggi e attivazione di bandi sul mercato privato; · rivalutazione delle condizioni abitative sulla base del progetto individualizzato; · adattamento delle abitazioni e dotazione anche domotica adatta alle esigenze individuali o del gruppo appartamento; · attivazione dei relativi sostegni a distanza e domiciliari; · sperimentazione di modalità di assistenza e accompagnamento a distanza.	Necessità risorse per predisposizione di appartamenti di proprietà pubblica o privati per l'accoglienza.	300.000	40.000	120.000	700	294.000.000
Lavoro. Sviluppo delle competenze digitali per le persone con disabilità coinvolte nel progetto e lavoro a distanza	Lavoro. Sostegno all'accesso al mercato del lavoro delle persone con disabilità e miglioramento del livello delle competenze e la riqualificazione, in particolare per quanto riguarda le competenze digitali.	Assicurare il mantenimento e lo sviluppo delle prospettive occupazionali in un contesto di smart working diffuso nonché di incrementare le competenze digitali di tali lavoratori.	· fornitura della strumentazione necessaria per lo svolgimento del lavoro da remoto; · collegamento tra servizi sociali, agenzie formative, ASL e i servizi per l'impiego ai fini della realizzazione di tirocini formativi, anche con modalità on line.	Necessità risorse per la fornitura della strumentazione e per le attività formative.	60.000	40.000	120.000	700	126.000.000
Spesa complessiva prevista x i tre anni									500.500.000

Tutti i fondi sopra richiamati sono per la massima parte destinati alla realizzazione di interventi che verranno realizzati a livello degli Ambiti sociali territoriali, con una cifra aggiuntiva significativa, considerando anche la nuova programmazione FSE+ e i residui della programmazione 2014-2020, andranno a integrare i finanziamenti nazionali. Altre programmazioni specifiche e azioni potranno concorrere all'attuazione di interventi a sostegno delle persone con disabilità in complementarietà con le altre programmazioni e fonti di finanziamento quali il FESR 2021-2027.

2. L'analisi di contesto territoriale del Distretto Socio Distretto Sociosanitario 19

2.1 Descrizione del contesto di riferimento attuativo

Il contesto territoriale su cui si vuole intervenire per realizzare un punto di avvio, un humus favorevole ai cambiamenti in atto a livello internazionale e nazionale, che vuol essere un laboratorio di politiche e pratiche a livello locale di partecipazione della persona, delle famiglie, degli enti gestori, degli ETS, del volontariato, delle istituzioni (Enti Locali, ASP, Scuola, Università), è l'ambito territoriale del Distretto Sociosanitario 19 con Comune capofila Gravina di Catania. Con il D.P.R.S. 04 novembre 2002 la Regione Sicilia a norma del comma 3, lettera a) dell'art. 8 della legge 8 novembre 2000 n. 328 ha individuato quale ambito territoriale per la gestione delle politiche sociali il distretto socio sanitario territorialmente coincidente con il distretto sanitario. Le esigenze locali trovano solo parzialmente al momento risposte appropriate alla tematica. Il panorama legislativo regionale è frammentato, con una serie di provvedimenti, decreti che riguardano le persone con disabilità sganciate dal modello del progetto di vita e della valutazione multidimensionale basata su ICF. La valutazione multidimensionale è stata regolata con D.A. del 12 novembre 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 56 del 30 novembre 2007, con il quale sono state approvate le "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"[21] In

[21] http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g07-56/g07-56-d.pdf

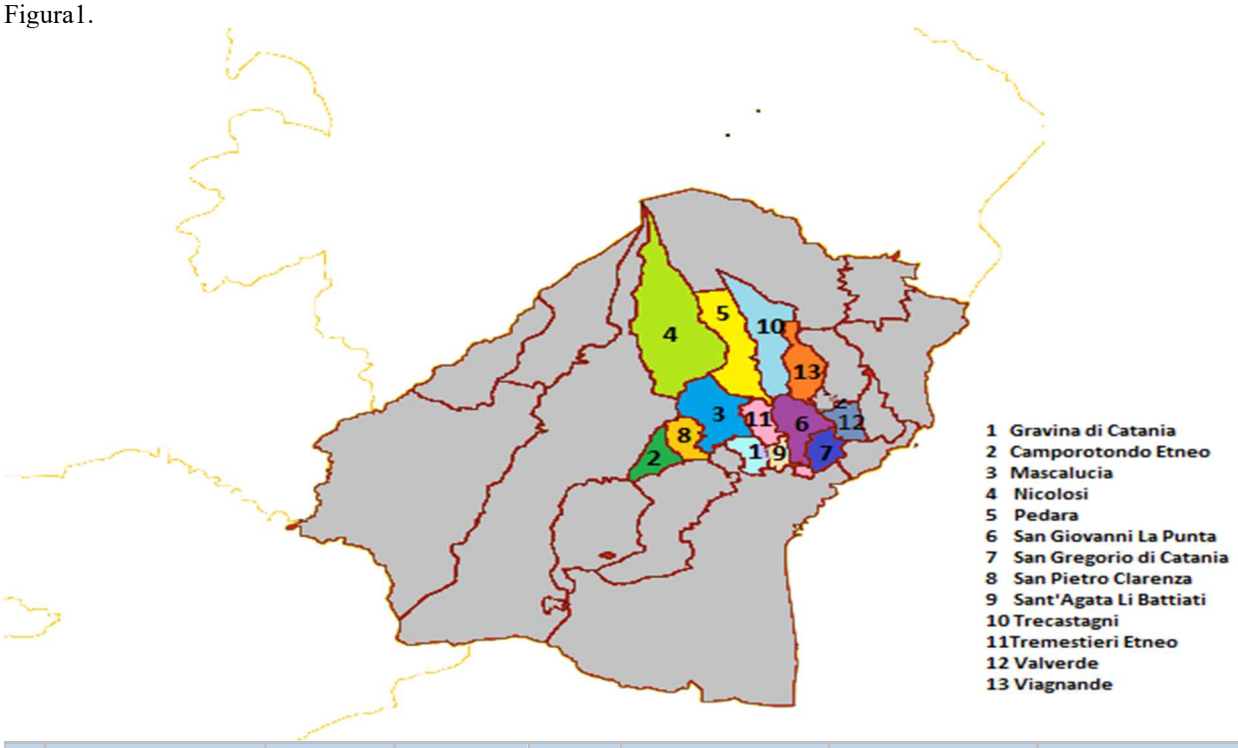
particolare in Sicilia l'adozione della scheda di valutazione SVAMDI (Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili) avvenuta con Decreto dell'Assessorato alla Salute del 29 giugno 2011 [22], adotta un modello basato su capacità e performance di ICF senza rilevare e codificare con strumenti basati su ICF le barriere e i facilitatori per la partecipazione della persona, costituendo uno strumento poco appropriato alla definizione di un progetto di vita, in assenza di una sua integrazione. All'adozione della scheda non sono seguite linee guida e metodologia per la sua compilazione. Le risorse e gli interventi regionali riguardano prevalentemente i servizi di cui alla L.R. 9 maggio 1986, n. 22 "Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia", il patto di cura per la disabilità gravissima, il patto di servizio per la disabilità grave. Procedono a rilento l'approvazione e implementazione dei programmi di "vita indipendente" e del "dopo di noi". Le risposte principalmente sono di tipo ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale ancorate al modello riabilitativo-sanitario, L.R. 28 marzo 1986, n. 16, Piano di interventi in favore dei soggetti portatori di handicap ai sensi della legge regionale 18 aprile 1981, n. 68, e che riguarda prevalentemente il Fondo Sanitario, non avendo di fatto realizzato una integrazione sociosanitaria nella presa in carico delle persone con disabilità; detto modello di intervento è stato ormai da tempo revisionato in molte regioni d'Italia. Le eccezioni sul territorio regionale sono in capo ad ETS che puntano, soprattutto per le persone giovani-adulte ad interventi occupazionali e sulle autonomie. Laddove in altre regioni si sta discutendo sulla revisione del modello dei centri diurni, in Sicilia si è ancora in una fase in cui solo l'iniziativa delle famiglie e dei privati si spinge a modalità differenti e rispondenti ai bisogni della persona. In sostanza appare un sistema regionale ancorato agli anni '80 che non ha voluto cogliere in pieno gli interventi legislativi nazionali a partire dalla L. 104/92, L. 162/98, L. 68/99 e L. 328/2000. Ripartire dall'esperienza di altre regioni guardando al contesto locale e promuovere un'azione strategica su tutti i fronti istituzionali e non istituzionali con un'implementazione della formazione, degli accordi, delle procedure e di formule innovative diventa indispensabile per "non lasciare indietro nessuno". Abbandonare la logica del "risarcire"

[22] http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g11-30o2/g11-30o2.pdf

per costruire percorsi per e con le persone. Il rischio è, se non si attivano subito politiche e strategie mirate, di mancare il riconoscimento dei diritti e restare in una situazione di arretratezza sociale e civile, oltre che di ingiustizia sociale. Il Distretto sociosanitario n. 19 è composto da 13 Comuni (Camporotondo Etneo, Gravina di Catania, Mascalucia, Nicolosi, Pedara, Sant'Agata Li Battiati, San Giovanni La Punta, San Gregorio, San Pietro Clarenza, Trecastagni, Tremestieri Etneo, Valverde, Viagrande), con una superficie di Kmq 157,04 e una popolazione residente al 31/12/2020 di 182.338 abitanti. I comuni ricadenti nel distretto sociosanitario 19 si trovano nell'area nord della Città Metropolitana di Catania, cosiddetti Paesi Etnei posti alle pendici del vulcano Etna. L'assetto territoriale dei suddetti Comuni presenta un gradiente urbanizzativo legato all'influsso della vicina città metropolitana. Infatti, in essi coesistono due realtà diverse: una costituita dal nucleo originario che mantiene ancora la propria cultura e i propri lavori tradizionali, l'altra costituita dal flusso di popolazione proveniente dall'hinterland catanese ed etneo e di conseguenza portatrice di altrettante culture di origine. Nonostante la massiccia espansione edilizia degli ultimi decenni, solo i comuni di immediata contiguità con la città di Catania, si sono trasformati in quartieri satellite della grande città, mentre quelli più lontani hanno mantenuto, al contrario, l'aspetto di piccole cittadine indipendenti (Camporotondo, S. Pietro Clarenza, Nicolosi, Trecastagni). La densità media abitativa del territorio è pari a 1.161,09 ab/Kmq, rilevando un'alta densità abitativa nei comuni di Gravina di Catania (4.935,73 ab/kmq), secondo comune con più alta densità abitativa della Sicilia, Tremestieri Etneo (3.030,98 ab/kmq), Sant'Agata Li Battiati (2.975,32 ab/km). I collegamenti nel territorio avvengono esclusivamente su strade statali e provinciali collegate a importati snodi stradali (tangenziale, autostrada A18) in prossimità di alcuni comuni (Gravina di Catania, Sant'Agata Li Battiati, San Gregorio di Catania, San Giovanni La Punta) che risultano adiacenti alla città. Il trasporto prevalentemente avviene su strada con mezzi privati, creando spesso congestione nei punti di uscita e ingresso da e per la città, così come all'interno dei centri urbani dei comuni. L'unica forma di trasporto pubblico è su bus ed è operata attraverso l'AST, Azienda Siciliana Trasporti ad eccezione del Comune di Gravina che attualmente dispone in convenzione di una linea AMT. Alcuni comuni sono collegati tra loro attraverso il servizio pubblico, ma in generale gli spostamenti tra un comune e l'altro e la città

sono difficoltosi se non si dispone di mezzi propri. Questo negli anni passati ha contribuito a portare ad un decentramento di alcune strutture sanitarie e socio sanitarie articolazioni dell'ASP e del distretto, dei centri per l'impiego, dell'INPS, per favorire in parte la fruizione dei servizi che comunque restano poco fruibili, in particolare per le persone in situazione di fragilità. Alcuni comuni del distretto offrono con continuità o in alcuni momenti dell'anno (periodo scolastico), collegamenti con bus/navetta tra zone periferiche e centri storici per facilitare l'accesso a scuole e a servizi, servizi di trasporto per anziani e disabili per l'accesso alle strutture sanitarie e ai centri di riabilitazione, o collegamenti alle stazioni di fermata delle linee urbane della città di Catania. La presenza di questo tipo di servizio è limitata, discontinua e presente solo in alcuni Comuni. Dei tredici comuni, tre sono classificati in zona A – Aree Urbane e periurbane: Gravina di Catania, San Gregorio di Catania e Sant'Agata Li Battiati. I rimanenti 10 comuni ricadono in zona D Aree Rurali con problemi di sviluppo e fanno parte di tre differenti GAL (Gruppi di Azione Locale). Il Comune di Valverde fa parte del GAL Terre di Aci; i Comuni di Mascalucia, Camporotondo Etneo, San Giovanni La Punta, San Pietro Clarenza, Tremestieri Etneo, fanno parte del GAL Etna Sud; i Comuni di Nicolosi, Pedara, Trecastagni e Viagrande fanno parte del GAL Terre dell'Etna e dell'Alcantara, come rappresentato di seguito alla Fig. 2. Nel territorio le attività economiche sono diversificate, con uno sviluppo del settore terziario, presenza di numerose aree commerciali e centri commerciali in prossimità di snodi stradali e autostradali che collegano i Paesi Etnei e la città di Catania; presenza di imprese artigiane. Alcuni comuni valorizzano l'aspetto turistico del territorio, altri comuni presentano un'economia prevalentemente agricola. Segue la Fig.1 che rappresenta la ripartizione territoriale dei comuni del distretto e la Tab. 4 contenente alcuni dati ISTAT riferiti alla popolazione dei comuni del distretto.

Figura1.

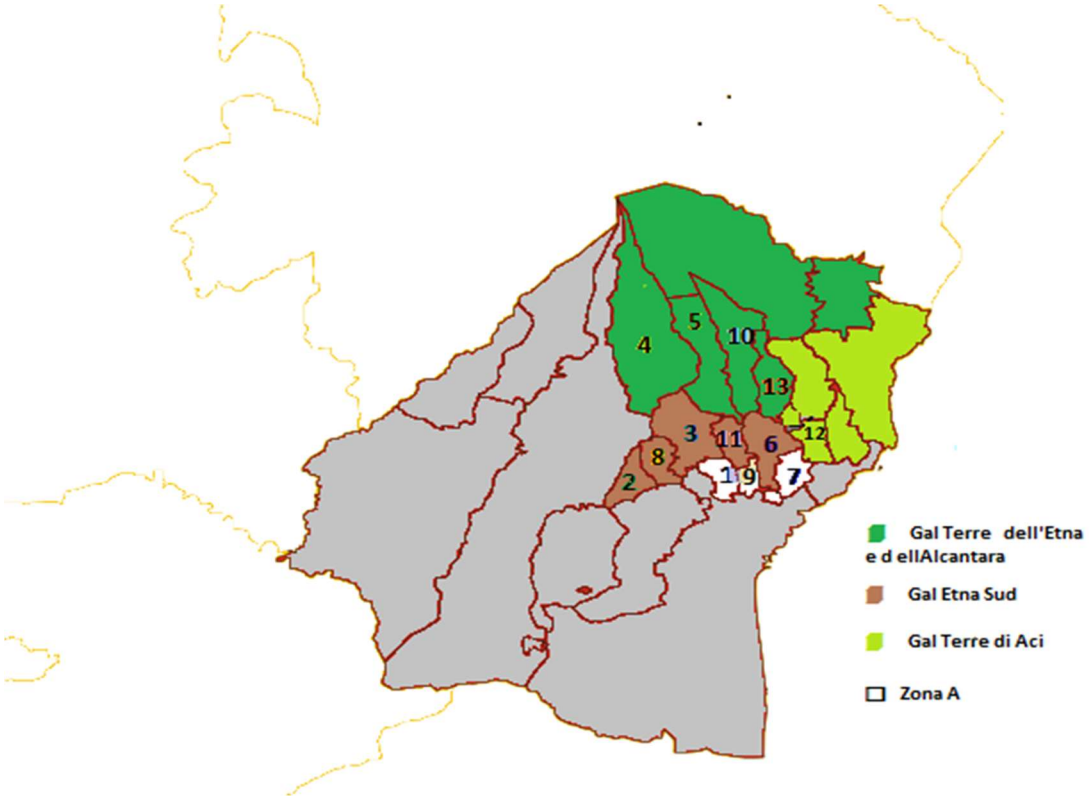


	Comune	Popolazione	Superficie Km²	Densità	Popolazione residente 2019	Popolazione residente 2020	Trend popolazione residente
1	Gravina di Catania	25.419	5,15	4.935,73	25.116	25.419	25.268
2	Camporotondo Etneo	5.105	6,55	779,39	5.040	5.105	5.073
3	Mascalucia	30.919	16,28	1.899,20	30.713	30.919	30.816
4	Nicolosi	7.423	42,65	174,04	7.416	7.423	7.420
5	Pedara	14.638	19,23	761,21	14.595	14.638	14.617
6	San Giovanni la Punta	22.846	10,85	2.105,62	22.793	22.846	22.820
7	San Gregorio di Catania	11.362	5,65	2.010,97	11.548	11.362	11.455
8	San Pietro Clarenza	8.031	6,27	1.253,91	8.021	8.031	8.026
9	Sant'Agata li Battiati	9.283	3,12	2.975,32	9.357	9.283	9.320
10	Trecastagni	11.130	19,16	580,90	11.000	11.130	11.065
11	Tremestieri Etneo	19.762	6,52	3.030,98	19.865	19.762	19.814
12	Valverde	7.816	5,52	1.415,94	7.845	7.816	7.831
13	Viagrande	8.604	10,09	852,73	8.549	8.604	8.577
	TOTALE	**182.338**	**157,04**	**1.161,09**	**181.858**	**182.338**	**182.098**

Tabella 4. Fonte Demo Istat

Quattro comuni del distretto ricadono nel territorio del parco dell'Etna: Nicolosi, Pedara, Trecastagni e Viagrande, come da seguente Fig. 4, con un territorio in minor parte posto nell'area di "riserva integrale" (zona "A") ove la natura è conservata nella sua integrità, limitando al minimo l'intervento dell'uomo; nell'area di riserva generale (zona "B"), si coniuga la tutela con lo sviluppo delle attività economiche tradizionali: è caratterizzata da piccoli appezzamenti agricoli ed è contrassegnata da splendidi esempi di antiche case contadine, esempi molto significativi di architettura rurale; la maggior parte del territorio dei quattro comuni ricade nell'area di "protezione a sviluppo controllato" (pre parco) costituita dalle zone "C" e "D", si presenta notevolmente antropizzata e si persegue uno sviluppo economico compatibile con il rispetto del paesaggio e dell'ambiente.

Figura 2.



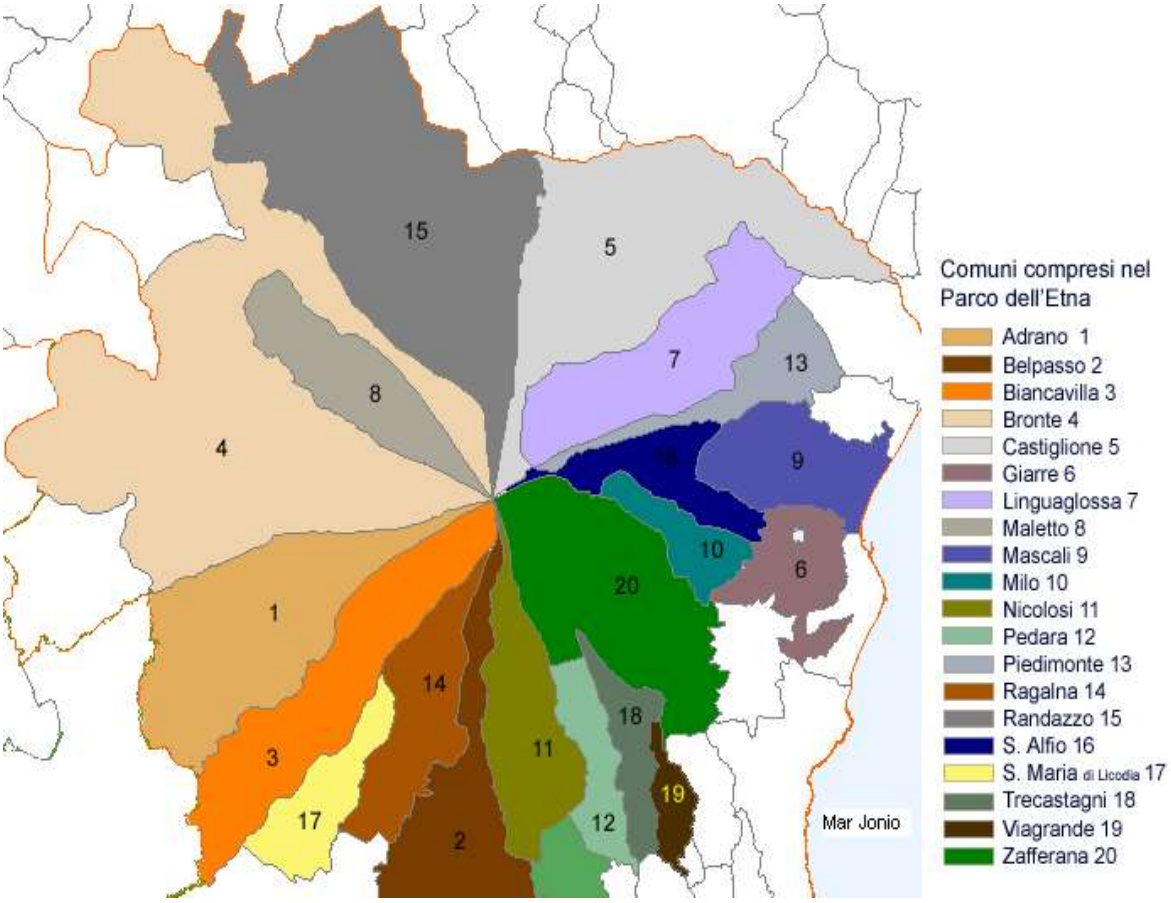


Figura 3.

Nella pagina che segue si riporta la tabella con alcuni dati rilevati e relativi al territorio, alle dotazioni ambientali/culturali, alle eccellenze produttive dei comuni del DSS19.

TERRITORIO Comuni Distretto Sociosanitario 19 - Comune capofila Gravina di Catania"																	
Territorio													Dotazioni ambientali e culturali rilevanti				Eccellenze produttive
Comuni	Provincia/Città metropolitana	Estensione territoriale (chilometri quadrati) (Istat ASC - 2020)	Popolazione residente (Fonte: Istat 2011)	Densità abitativa (Abitanti per Km quadrato)	Indice di vulnerabilità sociale e materiale (IVSM)	Imprese (Unità locali) (Fonte: Istat 2019)	Numero addetti delle unità locali delle imprese attive (valori medi annui - Istat 2019)	Densità attività produttive (n imprese/1000 ab)	Istituzioni no profit attive (Fonte censimento 2011)	Classificazione Snai	Sistemi Locali del Lavoro (SLL) (Istat 2021)	Classificazione aree rurali	Parchi	Aree di interesse ambientale	Aree di interesse storico/culturale/archeologico	Altro	DOP e IGP
Gravina di Catania	Catania	5,15	25.419	4.936	100,6	1.385	3.749,61	54	64	C - Cintura	SLL Catania	A - Aree urbane e periurbane					
Camporotondo Etneo	Catania	6,55	5.105	779	100,4	223	608,99	44	10	C - Cintura	SLL Catania	D - Aree rurali con problemi di sviluppo		Monte Etna			Olio Monte Etna DOP-Ficodindia IGP
Mascalucia	Catania	16,28	30.919	1.899	100,6	1.367	2.857,71	44	69	C - Cintura	SLL Catania	D - Aree rurali con problemi di sviluppo	Etna	Bosco di Monte Ciraulo	C.da Cisternazza		
Nicolosi	Catania	42,65	7.423	174	100,1	577	1.308,73	78	42	C - Cintura	SLL Catania	D - Aree rurali con problemi di sviluppo	Etna				Ciliegia dell'etna DOP, Vino Etna
Pedara	Catania	19,23	14.638	761	99,8	663	1.446,73	45	42	C - Cintura	SLL Catania	D - Aree rurali con problemi di sviluppo	Etna				Ciliegia dell'etna DOP, Vino Etna DOC
San Giovanni la Punta	Catania	10,85	22.846	2.106	100,8	1.603	4.784,44	70	85	C - Cintura	SLL Catania	D - Aree rurali con problemi di sviluppo					
San Gregorio di Catania	Catania	5,65	11.362	2.011	100,1	793	1.981,46	70	29	C - Cintura	SLL Catania	A - Aree urbane e periurbane+L3		Complesso Immacolatelle e Micio Conti	C.da Guardiola Cantarella e Grotta Micio Conti		Limone Etna IGP
San Pietro Clarenza	Catania	6,27	8.031	1.281	101,6	325	572,8	40	13	C - Cintura	SLL Catania	D - Aree rurali con problemi di sviluppo					Olio Monte Etna DOP
Sant'Agata li Battiati	Catania	3,12	9.283	2.975	100,5	773	1.866,60	83	43	C - Cintura	SLL Catania	A - Aree urbane e periurbane					
Trecastagni	Catania	19,16	11.130	581	101,0	715	1.441,99	64	45	C - Cintura	SLL Catania	D - Aree rurali con problemi di sviluppo	Etna		C.da Tremonti e Valdemone		Ciliegia dell'Etna DOP, Vino Etna DOC
Tremestieri Etneo	Catania	6,52	19.762	3.031	100,3	1.163	3.341,92	59	56	C - Cintura	SLL Catania	D - Aree rurali con problemi di sviluppo					
Valverde	Catania	5,52	7.816	1.416	100,6	446	925,5	57	28	C - Cintura	SLL Catania	D - Aree rurali con problemi di sviluppo			C.da Carminello, Montedoro e Casalrosato		
Viagrande	Catania	10,09	8.604	853	100,2	564	1.852,61	66	38	C - Cintura	SLL Catania	D - Aree rurali con problemi di sviluppo	Etna		C.da Sciarelle		Ciliegia dell'Etna DOP, Vino Etna DOC
Totali Territorio		***157,04***	***182.338***	***1.161***		***10.597***	***26.739***	***58***	***564***								

Tabella 5.

I SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI

Il territorio del Distretto Socio Sanitario19 coincide con il Distretto Sanitario di Gravina di Catania - ASP di Catania. Il Distretto Sanitario compete l'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale. Fanno riferimento alle cure primarie Medici di Medicina Generale in totale nel distretto n. 141 e n. 24 Pediatri di Libera Scelta. E' dotato di tre Poliambulatori specialistici - Poliambulatorio di Gravina, il Poliambulatorio di Pedara ed il Poliambulatorio di S. Giovanni la Punta. Sono presenti tre Consultori familiari e un Servizio di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza. L'ufficio Handicap del Distretto di Gravina con sede a Sant'Agata Li Battiati ha competenza per n. 6 centri convenzionati per la riabilitazione di utenti disabili adulti e minori ex art. 26 legge 833/78. Per i soggetti disabili over 18 la mansione è clinica e amministrativa mentre per i disabili minori è esclusivamente di tipo amministrativo (la clinica è svolta dalla UO di NPIA). Il numero dei centri convenzionati è il più alto rispetto a tutti i Distretti sanitari della regione Sicilia. L'attività di controllo e di acquisizione di nuovi utenti disabili, da inserire in trattamento riabilitativo è in crescita, infatti nel 2018 sono state effettuate 825 prime impegnative (rispetto a 796 del 2017). All'ufficio H è stato inoltre affidato il coordinamento delle UVD-UVM per la gestione e le valutazioni della disabilità gravissima: nel 2018 sono state esaminate n. 400 istanze per il beneficio economico. Nel Distretto di Gravina sono presenti n.7 RSA, per anziani, disabili psichici e malati di Alzheimer, per un totale di 269 posti letto. Le valutazioni vengono effettuate da parte dell'U.V.M. presso il domicilio del paziente, per un primo ricovero in RSA e presso le stesse strutture per convalidare le dimissioni protette ospedaliere o da case di cura accreditate. Inoltre, vengono effettuate le valutazioni dei progetti riabilitativi dei pazienti che necessitano di proroghe in RSA. Nell'anno 2018, il numero dei primi ricoveri in RSA/convalide/proroghe si sono mantenuti costanti rispetto all'anno 2017. Per quanto riguarda l'ADI, il numero di prime attivazioni non si discosta rispetto all'anno precedente. Per le proroghe, invece nell'anno 2018 si è avuto un decremento rispetto all'anno 2017, poiché i pazienti cronici con i requisiti specifici

(legge 104/92) sono indirizzati verso i centri di riabilitazione convenzionati che operano sul territorio[23].

I SERVIZI SOCIALI. Nei tredici Comini del distretto socio sanitario è presente il Servizio Sociale Professionale con la figura tecnica/professionale dell'assistente sociale. La Legge 178/2020 (Legge di Bilancio per il 2021) all'articolo 1, comma 797 e seguenti, ha introdotto un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti e un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti, il parametro professionale di 1/5000 non è adeguato nell'ambito dei tredici Comuni. Dieci comuni dispongono di personale in ruolo, mentre tre comuni non dispongono di assistenti sociali in ruolo. A fronte di un livello essenziale di n. 36,47 assistenti sociali in base alla popolazione residente sono presenti in ruolo 19 assistenti sociali e solo pochi comuni rispettano il rapporto (Tab. 6). In alcuni Comuni l'assistente sociale ricopre anche la funzione di responsabile di settore/area. Il personale amministrativo nell'ambito dei servizi sociali non è presente in tutti i comuni. Alcune misure, quali ad esempio la gestione degli interventi inerenti al Reddito di Cittadinanza, vengono gestite con l'ausilio di ulteriore personale assistente sociale, a seguito di contratti a termine con società cooperativa sociale aggiudicataria della gara d'appalto. Il quadro del personale dei Servizi Sociali certamente non è uniforme nell'ambito dei Comuni del distretto.

Nell'ambito della programmazione e governance le "Linee guida per la programmazione del Piano di Zona 2021"[24], approvate con D.P. n. 574/GAB (GURS n. 33 del 30/07/2021)[25], definiscono la nuova governance distrettuale prevedendo oltre al Comitato dei Sindaci e l'Ufficio di Piano, anche la Rete territoriale per la protezione e l'inclusione sociale , introdotta dal decreto legislativo 147/2017. Contestualmente viene approvato lo "Schema di convenzione per la gestione, in forma associata, dei servizi e degli interventi sociali e socio sanitari distrettuali".

[23] https://www.aspct.it/amministrazione-trasparente/bilanci/bilancio-preventivo-e-consuntivo/2019/20190816/relazione_sulla_gestione_2018_(allegato_b_alla_delib._n.812-2019).pdf
[24] https://lineediattivita.dipartimento-famiglia-sicilia.it/index.php?option=com_content&view=article&id=162&Itemid=113
[25] http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g21-33o2/g21-33o2.pdf

I Comuni sono titolari delle funzioni in materia di interventi socioassistenziali e gestiscono in forma associata il Piano di Zona dei servizi sociali e sociosanitari, il PAL ed altri interventi relativi ai servizi alla persona da realizzare con altri programmi/progetti e fonti di finanziamento attraverso:

- l'organismo politico-istituzionale, denominato Comitato dei Sindaci;
- un ufficio comune, che rappresenta la struttura tecnico-amministrativa, denominato Ufficio di Piano;
- un organismo permanente per la concertazione territoriale degli interventi e dei servizi concernenti la predisposizione del Piano di Zona, del PAL e di altri programmi e progetti specifici finanziati con le risorse comunitarie, nazionali, regionali, comunali e private, che concorrono a definire e potenziare il sistema locale delle politiche sociali e sociosanitarie, denominato Rete territoriale per la protezione e l'inclusione sociale ed articolato in tavoli di concertazione permanente divisi per aree. I Comuni del Distretto hanno approvato la convenzione e il disciplinare con Delibere di Consiglio Comunale per la stipula della convenzione avvenuta l' 8/10/2021.

L'Ufficio di Piano dispone di n. 2 unità di personale: il Responsabile dell'Ufficio di piano ed un Funzionario amministrativo la cui spesa è a carico dei comuni in quota parte, di personale amministrativo e tecnico a contratto a supporto di specifiche piani programmi. Per la gestione degli interventi si avvale del personale tecnico e amministrativo dei Servizi Sociali dei Comuni. L'area della disabilità è articolata in servizi ed interventi a sostegno della domiciliarità, interventi semiresidenziali e residenziali, contributi economici.

Servizi e interventi attivi nel territorio:

- Assistenza domiciliare (Comuni)
- Assistenza domiciliare Integrata (distrettuale/ASP)
- Patti di Cura Disabili Gravissimi (distrettuale/ASP)
- Servizio civico (inserimenti temporanei in attività di pubblica utilità da parte di alcuni Comuni con fondi propri)
- Servizi per l'integrazione scolastica (Comuni)
- Servizio di trasporto per i centri di Riabilitazione (Comuni)

- Contributi per il trasporto presso i centri di riabilitazione (Comuni)
- Contributi economici (Comuni).
- Comunità alloggio (Comuni)
- Gruppo appartamento per disabili psichici.
- Centri di riabilitazione (ASP)
- RSA (ASP)

In atto è stato approvato da parte della Regione Sicilia il Piano Dopo di Noi (distrettuale) ai sensi della L. 112/2016. Sono stati elaborati n. 10 progetti individualizzati che dovranno essere avviati al trasferimento delle risorse da parte della Regione; si pongono criticità nel trovare contesti che siano flessibili ai bisogni delle persone nell'ottica di un progetto individualizzato. Su iniziative comunali negli anni si sono attivate singole esperienze "innovative", nel senso di non standardizzate, in collaborazione con ETS e mirate a promuovere lo sviluppo di autonomie sociali, ma si è trattato di esperienze episodiche nel contesto degli interventi e di cui non si è saputo cogliere il potenziale di sviluppo. Si evidenzia che gli interventi distrettuali e dell'ASP vengono attivati a seguito di Valutazione multidimensionale (UVM o UVD) sulla base di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). I Servizi a gestione distrettuale sono erogati con la forma di Voucher/Buoni di servizio (art.17 L. 328/2000) attraverso l'istituto dell'accreditamento che rappresenta una forma alternativa all'affidamento ed esternalizzazione dei servizi e prevista dall'ex art. 11 della L. 328 del 2000. A livello distrettuale è presente un albo dei soggetti accreditati revisionato periodicamente, si tratta di ETS che a seguito di adesione attraverso un patto di accreditamento, dei relativi controlli da parte dell'Ufficio di Piano, vengono inseriti nell'Albo Distrettuale. Da circa un anno è stata attivata una long list di servizi cosiddetti "non standardizzati" per rispondere ad esigenze di flessibilità nell'erogazione di servizi e interventi richiesti dalle persone e dalle famiglie (centri estivi, ippoterapia, piscina, interventi abilitativi specifici, centri diurni), rappresentando una innovazione nel panorama dei servizi disponibili. Attraverso l'istituto dell'accreditamento è la persona/famiglia che sceglie l'organismo accreditato per l'erogazione del servizio sulla base di una scelta personale o di orientamento attraverso la Carta dei Servizi. Nel 2021 sono stati attivati nel distretto n.745 patti di servizio disabilità grave

di cui al D.P.R.S. n. 589 del 31 agosto 2018 c (disciplina le modalità e dei criteri di erogazione di interventi finanziari in favore di disabili gravissimi, gravi e psichici ricoverati nelle Comunità alloggio).

Tabella 6.

SERVIZI SOCIOSANITARI Distretto Sociosanitario 19 - Comune capofila Gravina di Catania											
Territorio		Assistenti Sociali Comuni		Servizi Distretto di Gravina ASP CT							
Comuni	Popolazione residente (Fonte: Istat 2011)	N. Assistenti sociali (rilevazione SIOSS 2021)	Standard Assistenti sociali/polazione 1:5000	Numero Medici di Medicina Generale (Dati distretto sanitario di Gravina di Catania - 2018)	Numero Pediatri di Libera Scelta (Dati distretto sanitario di Gravina di Catania - 2018)	Ambulatori continuità assistenziale (Dati distretto sanitario di Gravina di Catania - 2018)	Poliambulatiri (Dati sito ASPCT)	Servizi NPIA Neurospichiatria Infanzia e Adolescenza (Dati sito ASPCT)	Consultori (Dati sito ASPCT)	Altri Servizi Sanitari e sociosanirari (Dati sito ASPCT)	Centri di Riabilitazione Convenzionati ai sensi della L. 833/78 art.26 A.S.P. di Catania (Dati sito ASPCT)
Gravina di Catania	25.419	5	5,08	23	6	1	1			UVM Modulo Dipartimentale Salute Mentale DSM Ufficio presidi protesi e ausili	
Camporotondo Etneo	5.105	1	1,02	3	0	1	0			SER.T	
Mascalucia	30.919	4	6,18	25	3	1	0			Igiene Pubblica Medicina Legale	
Nicolosi	7.423	1	1,48	7	1	2	0				
Pedara	14.638	1	2,93	11	1	1	1		1	Invalidi Civili	1. M.SS. del Carmelo ODA
San Giovanni la Punta	22.846	1	4,57	21	4	1	1		1	Educazione alla Salute Medicina Legale	2.Pecorino Paternò ODA 3.Villa Sandra 4. Villa Angela
San Gregorio di Catania	11.362	2	2,27	9	1	1	0				
San Pietro Clarenza	8.031	0	1,61	6	1	1	0			Ambbulatorio di Psicologia	
Sant'Agata li Battiati	9.283	0	1,86	8	2	1	0		1	RIABILITAZIONE, HANDICAP E UFFICIO VALUTAZIONE DISABILITA' Igiene Pubblica Medicina Scolastica	5. IMPP Lucia Mangano
Trecastagni	11.130	0	2,23	6	1	1					
Tremestieri Etneo	19.762	2	3,95	14	2	1		1	1		
Valverde	7.816	1	1,56	5	1	1+USCA					
Viagrande	8.604	1	1,72	6	1	1					
Totali	***182.338***	***19***	**36,47**	***144***	***24***	***13***	**3**	**1**	**4**		**5**

I servizi per la prima infanzia e scuole presenti nel territorio:

- Asili nido/micronido; - Scuole dell'infanzia; - Scuole primarie;
- Scuole secondarie di 1°; - Scuole secondarie di 2°;

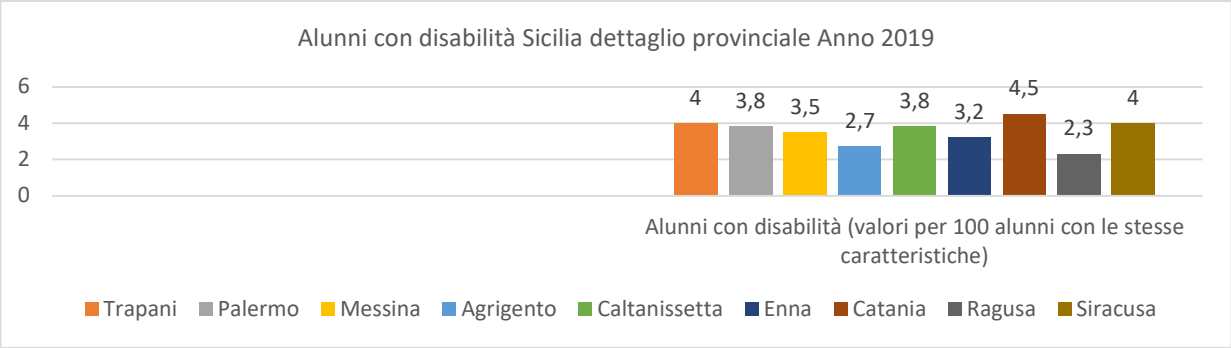


Tabella 7. Alunni con disabilità (valori per 100 alunni con le stesse caratteristiche)
Sicilia Dettaglio provinciale (Gerarchia Amministrativa) Anno 2019.ISTAT.

REPORT ANNO 2021 Persone con disabilità in carico ai Comuni del Distretto Socio Sanitario 19					
	Gravissimi		gravi		
classe età	maschi	femmine	Maschi	femmine	tot
>18 anni	66	23	252	86	338
18-24 anni	11	12	31	25	56
25-34 anni	23	10	21	15	36
35-44 anni	12	10	25	15	40
45-54 anni	10	9	22	23	45
55-64 anni	7	6	21	20	41
65-74 anni	7	11	24	33	57
75 anni e oltre	12	19	41	91	132
Tot	148	100	437	308	993

Tabella 8. Fonte: Ufficio PdZ Distretto Sociosanitario 19 - Censimento 2021

I Centri per l'Impiego a cui afferiscono i Comuni del distretto sociosanitario sono tre:

CPI di Acireale per i Comuni di Valverde e San Gregorio di Catania;

CPI di Misterbianco per i Comuni di Camporotondo e San Pietro Clarenza;
CPI di Tremestieri Etneo per i Comuni di Gravina di Catania, Sant'Agata Li Battiati, Mascalucia, Tremestieri Etneo, Pedara, San Giovanni La Punta, Trecastagni, Viagrande, Nicolosi. La ripartizione territoriale tra i tre centri non agevola l'interlocuzione e condivisione di pratiche. Di seguito si riportano tabelle estratte da ISTAT relative a utenti con disabilità anno 2018 e la spesa sociale del distretto sociosanitario anni 2017 e 2018 per l'area disabilità.
Nelle successive pagine la tavola 1, relativa alla rilevazione degli elementi di contesto rilevanti con riferimento alle opportunità ed ostacoli derivanti oltre che dal contesto locale, da quello regionale, nazionale ed europeo, e la tavola 2 che definisce l'analisi SWOT dell'area disabilità del distretto socio sanitario 19.

Tipo d+A3:G38ato	utenti	
Territorio	Distretto di Gravina	
Seleziona periodo	2017	2018
Area di utenza	disabili	
Servizio o intervento		
servizio sociale professionale	852	845
servizio per l'affidamento familiare	0	0
interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	33	37
attività ricreative, sociali, culturali	5	0
altre attività di integrazione sociale	11	81
sostegno socio-educativo scolastico	209	233
sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare	12	20
sostegno all'inserimento lavorativo	11	10
altre attività socio-educative e di inserimento lavorativo	40	39
assistenza domiciliare socio-assistenziale	35	22
assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	3 (c)	..
voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	234	231
distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	15	15
telesoccorso e teleassistenza	10	10
servizi di prossimità (buonvicinato)	0	0
altri interventi di assistenza domiciliare	23	23
mensa	0	0
trasporto sociale	149	159
contributi per servizi alla persona	223	196
contributi per cure o prestazioni sanitarie	24	12
contributi per servizio trasporto	191	176
contributi per l'inserimento lavorativo	0	0
contributi per l'affido familiare	0	0
contributi e integrazioni a retta per centri diurni	0	0
contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali	8	9
contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali	16	20
buoni spesa o buoni pasto	5	0
contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	0	0
contributi per alloggio	0	0
contributi a integrazione del reddito familiare	0	0
altri contributi economici	0	0
centri diurni	0	0
centri diurni estivi	0	0
ludoteche / laboratori	0	0
altri centri e strutture a ciclo diurno	0	0
strutture residenziali	14	15
centri estivi o invernali (con pernottamento)	0	0
altri centri e strutture residenziali	0	0

Dati estratti il 06 dic 2021 10:04 UTC (GMT) da I.Stat

Tipo dato	spesa dei comuni (euro)	
Territorio	Distretto di Gravina	
Seleziona periodo	2017	2018
Area di utenza	disabili	
Servizio o intervento		
servizio sociale professionale	188901	198090
servizio per l'affidamento familiare	0	0
interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	23436	71248
attività ricreative, sociali, culturali	1625	0
altre attività di integrazione sociale	13612	14827
sostegno socio-educativo scolastico	731609	787609
sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare	34838	21536
sostegno all'inserimento lavorativo	37726	39655
altre attività socio-educative e di inserimento lavorativo	142854	137344
assistenza domiciliare socio-assistenziale	58418	36985
assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	5252	4976
voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	60468	48642
distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	18135	19538
telesoccorso e teleassistenza	1980	2657
servizi di prossimità (buonvicinato)	0	0
altri interventi di assistenza domiciliare	92038	98334
mensa	0	0
trasporto sociale	416593	410588
contributi per servizi alla persona	219739	182458
contributi per cure o prestazioni sanitarie	20139	3214
contributi per servizio trasporto	175528	154810
contributi per l'inserimento lavorativo	0	0
contributi per l'affido familiare	0	0
contributi per favorire interventi del terzo settore	12157	0
contributi e integrazioni a retta per centri diurni	0	0
contributi e integrazioni a retta per altre prestazioni semi-residenziali	25406	30860
contributi e integrazioni a retta per strutture residenziali	367508	427573
buoni spesa o buoni pasto	250	0
contributi erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	0	0
contributi per alloggio	0	0
contributi a integrazione del reddito familiare	0	0
altri contributi economici	0	0
centri diurni	0	0
centri diurni estivi	0	0
ludoteche / laboratori	0	0
altri centri e strutture a ciclo diurno	0	0
strutture residenziali	363422	336279
centri estivi o invernali (con pernottamento)	0	0
altri centri e strutture residenziali	0	0
tutte le voci	3011634	3027223

Dati estratti il 06 dic 2021 10:06 UTC (GMT) da I.Stat

Tavola 1 - Tavola degli elementi di contesto rilevanti

	Europa		Italia		Sicilia		Ambito locale		Progetto/Ambiente interno	
	Opportunità	Ostacoli	Opportunità	Ostacoli	Opportunità	Ostacoli	Opportunità	Ostacoli	Forze	Debolezze
Policies e istituzioni	1) Agenda Strategia sui diritti delle persone con disabilità 2021-2030	1)	1) PNRR	1) Differenze nei sistemi di welfare regionale	1) Programmi di sviluppo europei e nazionali	1) Divario strutturato	1)Politiche per innovazione	1) Resistenza al cambiamento	1) Governance distrettuale	1) Servizi ed interventi sociali e sociosanitari poco flessibili
	2)	2)	2) Legge quadro disabilità	2)Disuguaglianze territoriali/divario Nord-Sud	2) PNRR	2) Scarsa capacità della P.A	2) Politiche di sviluppo che permettono una diversificazione degli interventi	2) Cultura residuale per lo sviluppo dei servizi sociali	2) Esistenza di programmazioni per lo sviluppo locale	2) Mancanza di processi di integrazione sociosanitaria che rispondano in modo efficiente ed efficace alla domanda
	3)	3)	3) Osservatorio nazionale sui diritti delle persone con disabilità	3)	3) Riduzione del divario territoriale	3)	3)Possibilità di mettere a sistema esperienze"altre" del territorio	3)	3) Avvio di interventi e di modalità di gestione innovativi	3) Carenza di personale nella P.A. in particolare nei servisi sociali e sociosanitari
	4)	4)	4)Politiche europee per l'innovazione sociale	4)	4)Promozione di politiche di governance innovative	4)		4)	4)	4) Carenze nella formazione degli operatori
										5) Carenza di dialogo sociale e istituzzionale
										3)carenza di politiche e interventi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità
										7)Turn over degli operatori nei servizi+K11
										8) Rigidità nei regolament
Società	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)Presenza di ETS	1) Scarsa cultura dei diritti delle persone con disabilità
	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2) Invecchiamento della popolazione
	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3) Differenze territoriali rispetto al senso di appartenenza alla comunità
	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)
Ambiente	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1) Attrattività del territorio di molti comuni	1) Carenza di servizi pubblici per la mobilità
	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2) Patrimonio culturale diversificato	2)
	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)
	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)
Economia	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1)	1) Presenza di un economia diversificata	1) Scarsa partecipazione delle imprese alla produzione di servizi sociali
	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)	2)
	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)	3)
	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)	4)

ANALISI SWOT Area Disabilità Distretto Sociosanitario 19 Comune capofila Gravina di Catania				
Ambiti di analisi	**Condizioni Interne**		**Condizioni Esterne**	
	Forze	**Debolezze**	**Opportunità**	**Minacce**
A1 - Territorio, dotazioni e risorse	AF1.1 - Attrattività e diversità del territorio	AD1.1 - Carenza di servizi pubblici per la mobilità	AO1.1 - PNRR e pianificazioni di sviluppo locale	AM1.1 – Crisi economica politica
	AF1.2 - Presenza di imprese			
	AF1.3 Presenza di beni confiscati alla criminalità			
A2 - Società ed economia	AF2.1 - Presenza ETS e istituzioni no profit	AD2.1 - Scarsa cultura dei diritti delle persone con disabilità	AO2.1 - Art. 55 Codice del terzo settore (co-programmazione e co-progettazione)	AM2.1 - Cultura della competitività
	AF2.2 - Presenza di un'economia diversificata	AD2.2 - Invecchiamento della popolazione	AD2.2 - Programmi di sviluppo regionali, nazionali e comunitari	
		AD2.3 - Differenze territoriali rispetto al senso di appartenenza alla comunità		
		AD2.4 - Scarsa partecipazione delle imprese alla produzione di servizi sociali		
A3 - Turismo ed economia della cultura	AF.3.1 - Attrattività del territorio di molti comuni	AD3.1 - Carenza di servizi pubblici per la mobilità turistica	AO3.1 - Programmi di sviluppo regionali, nazionali e comunitari	
	AF3.2 - Patrimonio culturale diversificato	AD3.2 - Programmazioni frammentarie per la valorizzazione turistica e culturale		
	AF3.3 - Comuni ricadenti nel Parco dell'Etna			
A4 - Policies e istituzioni	AF4.1 - Governance distrettuale	AD4.1 - Servizi ed interventi sociali e sociosanitari poco flessibili	AO4.1 - Politiche per innovazione	AM4.1 - Resistenza al cambiamento
	AF4.2 - Esistenza di programmazioni per lo sviluppo locale	AD4.2 - Mancanza di processi di integrazione sociosanitaria che rispondano in modo efficiente ed efficace alla domanda	AO4.2 -Politiche di sviluppo che permettono una diversificazione degli interventi	AM4.2 - Cultura residuale per lo sviluppo dei servizi sociali
	AF4.3 - Avvio di modalità di gestione e interventi innovativi	AD4.3 - Carenza di personale nella P.A. in particolare nei servisi sociali e sociosanitari	AO4.3 - Possibilità di mettere a sistema esperienze"altre" del territorio	AM4.3 - Differenze nei sistemi di welfare regionale
		AD4.4 - Carenze nella formazione degli operatori	AO4.4 - Programmi di sviluppo europei, nazionali e locali	AM4.4 - Disuguaglianze territoriali/divario Nord-Sud
		AD4.5 - Carenza di dialogo sociale e istituzionale	AO4.5 - PNRR M5 C2 investimento 1.2 - M5 C3 investimento 2	AM4.5 - Scarsa capacità della P.A
		AD4.6 - Turn over degli operatori	AO4.6 - Legge quadro disabilità	AM4.6 - Divario regionale strutturato
		AD4.7 - Carenza di politiche e interventi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità	AO4.7 - Politiche europee per l'innovazione sociale	
		AD4.8 - Rigidità dei regolamenti	AO4.8 - Agenda Strategia sui diritti delle persone con disabilità 2021-2030	
Tavola 2.				

2.2 La dimensione territoriale scelta: il Distretto Socio Sanitario

Il piano prevede un approccio locale a livello di distretto sociosanitario n. 19 coincidente con il distretto sanitario di Gravina di Catania, ed è stato determinato da:

- la necessità di definire un approccio uniforme, integrato e condiviso a livello di ambito territoriale per l'applicazione della normativa di settore e di pratiche validate a livello nazionale e internazionale al fine di sostenere i processi di programmazione e progettazione degli interventi per le persone con disabilità nell'ottica della partecipazione attiva e riconoscimento dei diritti.
- La debolezza del sistema di governance locale nella tematica della disabilità, la frammentarietà e l'indeterminatezza delle funzioni e dei ruoli dei soggetti preposti alla tematica che richiedono un coordinamento a livello di ambito per favorire un dialogo istituzioni-società civile e la messa a sistema di norme, tecniche, metodologie e scambio di buone pratiche.
- La considerazione che il tema dell'integrazione sociosanitaria, che prioritariamente si realizza a livello di ambito distrettuale, per la sua multidimensionalità incide su molteplici domini di vita: salute, autonomia, partecipazione, istruzione, occupazione che determinano la qualità di vita e il benessere della persona.

Il piano nella dimensione di ambito distrettuale, di prossimità ai bisogni del territorio, è promotore alle politiche strategiche locali che supportano e si coniugano alle politiche nazionali e comunitarie, per produrre un'efficacia diffusa nel sistema locale di welfare e una ricaduta sul sistema regionale e quindi contribuire sull'intero sistema nazionale. L'approccio prevede azioni a che favoriscano la creazione di nuovi network e la valorizzazione delle reti esistenti attraverso il coordinamento e l'implementazione del dialogo tra i diversi attori coinvolti nell'implementazione delle politiche sociali. La dimensione locale prevede un potenziamento delle competenze e capacità attraverso la diffusione e condivisione di informazioni, strumenti, esperienze e pratiche per far fronte e superare carenze, differenze e criticità che si presentano nei territori dei singoli comuni e all'interno delle singole organizzazioni pubbliche e private con riferimento alla disabilità. La visione è partire da una dimensione di ambito locale per sperimentare e mettere a

sistema strumenti, procedure, pratiche fondate su principi e modelli internazionali plasmate al contesto per poi poter essere trasferite agli ambiti distrettuali regionali per concorrere al miglioramento del sistema regionale in linea con le politiche nazionali ed europee riducendo le diseguaglianze territoriali e il divario con le altre regioni con beneficio prioritario e diretto per le persone con disabilità.

3. *La proposta progettuale*

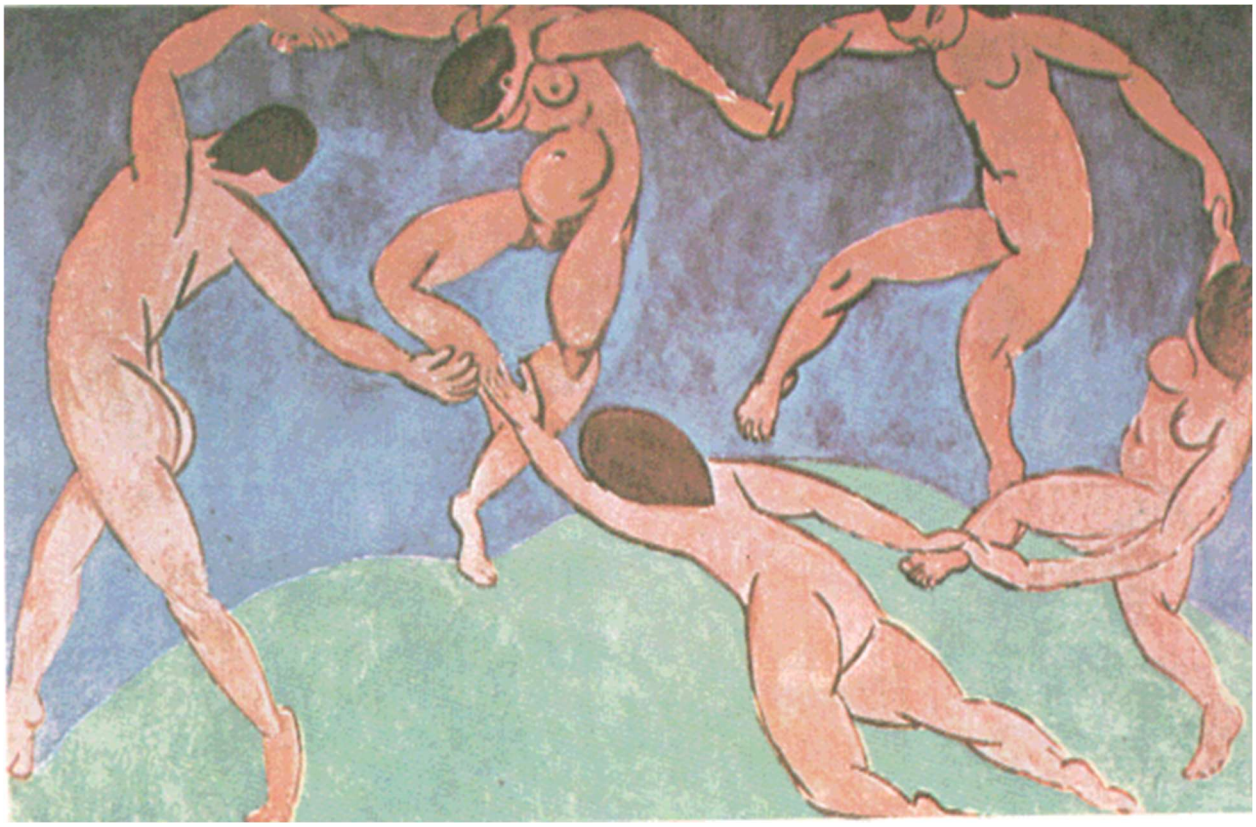


Immagine: *Henri Matisse, La danza II (1910), olio su tela, 260×391 cm, Museo dell'Ermitage di San Pietroburgo*

3.1 Titolo del progetto

CoAbilityLab19

Comunità generativa per la promozione dei diritti, delle abilità e dell'empowerment delle persone con disabilità nei comuni del Distretto Sociosanitario 19 - Regione Sicilia -

3.2 Soggetto proponente e parternariato

Soggetto proponente è il Comitato dei Sindaci del DSS19 – che manifesta volontà politica di promuovere un'azione collaborativa, sinergica e reale intorno ad obiettivi di interesse collettivo; assume un ruolo di governance differente: di attivatore, di promotore di innovazione oltre al ruolo politico istituzionale.

Parternariato:

1) Enti e soggetti componenti la Rete Territoriale per la protezione e l'inclusione (Tavolo area disabilità e non autosufficienza) ulteriormente allargata ad associazioni di categoria, fondazioni, ETS, con particolare riferimento alle forme di associazionismo, imprese locali, enti di formazione, GAL, familiari, amministratori di sostegno di persone con disabilità. L'adesione sarà attivata attraverso avviso pubblico del DSS19 pubblicato dai 13 Comuni, dando la massima divulgazione sui siti istituzionali, social, negli uffici pubblici, ambulatori medici, farmacie, scuole ed eventuali mailing list. Viene prevista una scheda di adesione.

L'art. 13 della Convenzione stipulata dai Comuni per la gestione associata di interventi e servizi sociali prevede:

1. La Rete territoriale per la protezione e l'inclusione sociale costituisce il luogo privilegiato per la concertazione territoriale degli interventi sostenuti a valere sul Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA), "Fondo del Dopo di noi", Fondo "Vita Indipendente, Fondo Famiglia, Quota Servizi del Fondo Povertà (QSFP), PON Inclusione e su altri progetti finanziati con fondi comunitari, nazionali, regionali, comunali e con fondi privati. che concorrono a definire e potenziare il sistema locale delle politiche sociali. La Rete assolve a quanto previsto dal D. Lgs 147/2017 in merito a "la previsione di organismi permanenti di consultazione con i soggetti del terzo settore, con le organizzazioni sindacali, e gli altri soggetti pubblici impegnati nella realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

2. La rete è composta da rappresentanti del Terzo Settore, Associazioni di categoria, professionali e del mondo della cooperazione, Organizzazioni Sindacali, Organismi della formazione professionale, Scuole, Centri provinciali per l'istruzione Adulti (CPIA), Ufficio Servizio Sociale

Minorile (USSM), l'Ufficio Scolastico Provinciale, Osservatorio dispersione scolastica, l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (U.E.P.E), Centri per l'Impiego (CPI), Università e Centri di ricerca e da enti e associazioni in rappresentanza dei beneficiari degli interventi e dei servizi sociali.

3. La rete è sempre operativa e deve essere sentita periodicamente e comunque obbligatoriamente in occasione della fase propedeutica alla definizione programmazione e nel primo trimestre di ogni anno per verificare i risultati raggiunti dal distretto sociosanitario nella erogazione dei servizi, nello stato di attuazione dei programmi e nella tempistica media di pagamento agli aventi diritto delle prestazioni rese.

4. La rete territoriale, coerentemente con le pianificazioni effettuate dalla rete nazionale e relative al Fondo Povertà, al FNPS e al Fondo Non Autosufficienza, svolge le seguenti funzioni:

- partecipa alla programmazione dei fondi oggetto di gestione associata, attraverso la condivisione di dati per l'analisi del fabbisogno sociale e l'individuazione delle azioni prioritarie e delle risorse territoriali attivabili per la loro realizzazione;
- si esprime sulla relazione sociale distrettuale, anche al fine di implementare la collaborazione tra servizi per l'attuazione delle azioni programmate.

5. La rete è istituita dal Comitato dei Sindaci e si articola in tavoli di concertazione permanenti riguardanti specifiche aree di intervento (Famiglia, Minori e Anziani, Non autosufficienza, Povertà, Immigrazione, ecc.). Il responsabile dell'Ufficio di Piano distrettuale convoca periodicamente i tavoli tematici per le attività assegnate alla rete territoriale. I partecipanti ai tavoli sono individuati, ogni due anni, dall'Ufficio di Piano distrettuale avendo cura di evitare conflitti di interesse e ispirandosi a principi di partecipazione e condivisione delle scelte programmatiche e di indirizzo, nonché del monitoraggio territoriale in materia di politiche sociali.

6. La disciplina in merito alla costituzione della rete, la composizione, l'organizzazione e il funzionamento sono stabiliti dal disciplinare sull'organizzazione e il funzionamento del distretto socio- sanitario n.19 adottato dallo stesso Comitato dei Sindaci.

L'ipotesi è di un ampliamento della rete di cui sopra finalizzata anche alla costituzione di un tavolo di lavoro permanente di coprogrammazione e coprogettazione nell'ambito dell'area disabilità e non autosufficienza, con decreto di adozione da parte del Comitato dei Sindaci del Distretto

Sociosanitario 19. In questa ipotesi si conferma la governance distrettuale :

- Organismo politico-istituzionale e promotore Comitato dei Sindaci;
- Cabina di regia Ufficio di Piano;
- Organismo permanente per la concertazione Rete Territoriale per la protezione e l'inclusione;
- Organismi tecnici: tavolo tematico permanente della disabilità e non autosufficienza; si introduce un nuovo tavolo ad ampia partecipazione che potrà articolarsi in ulteriori gruppi di lavoro: il tavolo di coprogrammazione e coprogettazione comunitaria. I partecipanti al tavolo convergono su obiettivi di interesse generale con una vision politica basata sul dialogo paritario e non sulla gerarchia e aderiscono ad un protocollo d'intesa/convenzione per apportare con metodo innovativo, collaborativo, soluzioni e benefici alla comunità.

Nella pagina successiva si riporta la tavola 3 relativa alla proposta di partnership del piano.

PARTNERSHIP Descrivere i soggetti pubblici e privati, con cui si prevede di instaurare rapporti di collaborazione nello sviluppo e/o nella realizzazione del piano e le finalità di tali partnership		
Partner	**Natura del partner**	**Finalità della partnership**
ASP CT	Pubblica	Integrazione sociosanitaria - LEA - cofinanziamento (operatori-strutture)
I 13 Comuni del DSS19	Pubblica	Integrazione sociosanitaria - LEPS - cofinanziamento (operatori e strutture)
DSS 19 Ufficio piano	Convenzione tra comuni	Ruolo di regia. Gestione delle politiche e degli interventi sociali e sociosanitari a livello locale
ETS aderenti Rete per l'Inclusione e la protezione sociale e alla manifestazione di interesse+A7	Privata	Programmazione e progettazione locale, patto di accreditamento distrettuale per l'erogazione dei servizi - cofinanziamento (operatori-strutture)
OO.SS. Aderenti alla Rete per l'inclusione e la protezione sociale	Associazioni di fatto	Contrattazione sociale territoriale a tutela dei diritti del lavoro e dei diritti di cittadinanza
Organizzazione di imprese (aderenti alla manifestazione di interesse)	Privata	Costruire collaborazioni-partecipazioni per il miglioramento del welfare locale - (co-finanziamento operatori-strutture)
CPI serenti alla Rete per l'Inclusione e la Protezione Sociale	Pubblica	Integrazione con le politiche per il lavoro, l'occupazione e la formazione
Scuole	Pubblica	Integrazione, collaborazione, con gli istituti scolastici di ogni ordine e grado nella definizione del PEI, ruolo fondamentale nell'elaborazione del progetto di vita e dei sostegni nei passaggi età evolutiva-età adulta - operatori/strutture
Gal aderenti alla manifestazione di interesse	Ibrida (organismi di diritto pubblico e soggetti di diritto privato)	Integrazione con altre programmazioni locali e gli attori locali
Università	Pubblica	Collaborazione, attività di studio e ricerca, innovazione, alta formazione
Enti di formazione aderenti alla manifetazione di interesse	Privato	Collaborazione nel percorso formativo propedeutico e di supporto all'inserimento lavorativo
Associazioni di familiari e persone con disabilità aderenti alla Rete e alla manifestazione di interesse	Privato	Partecipazione attiva alle politiche e agli interventi
Regione Sicilia - Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali	Pubblica	Indirizzo, programmazione, finanziamento
Ministero del lavoro e delle politiche sociali	Pubblica	Indirizzo, programmazione, finanziamento

Tavola 3.

3.3 Sintesi del piano

Il Piano vuole porre in essere le condizioni a livello locale per l'attuazione dei diritti delle persone con disabilità sanciti a livello internazionale (CRDP), dall'UE (Agenda Europea sui Diritti delle Persone con Disabilità 2021-2030), dalla Legge 8 novembre 2000, n. 328 e dal disegno di legge quadro sulla disabilità in fase di emanazione a cui seguiranno i decreti attuativi, sperimentando un modello operativo innovativo per affrontare l'autonomia delle persone con disabilità attraverso la mobilitazione di energie, esperienze e capacità nei processi in atto e nella dimensione comunitaria. La direzione va nella logica di capacity building reciproca, nella capacità di capire insieme come modificare le cose. Allo stato dell'arte si rilevano a livello locale criticità amministrative, organizzative, tecniche anche legate agli aspetti di integrazione socio sanitaria, tali da non rendere esigibili i diritti delle persone con disabilità sanciti dalle norme e con particolare riferimento all'ex art. 14 L. 328/2000, alla progettazione del Dopo di Noi, ai progetti di Vita Indipendente. Le unità di offerta disponibili nel distretto, seppur implementate con modalità "non standard" non rispondono alle esigenze di flessibilità e individualizzazione dei progetti personalizzati, alle aspettative e ai desiderata della persona, ma soprattutto non rispondono ad una inclusione sociale in termini di partecipazione attiva sociale ed economica nel contesto comunitario di appartenenza. Spesso si tratta di interventi imposti dall'alto, orientati a fornire prestazioni secondo schemi e politiche superati, o nel caso di nuovi programmi accade che il contesto non sia preparato ad affrontare le sfide, per problemi organizzativi (accordi e intese), mancanza di strumenti di lavoro, carenze nella formazione (gli operatori ai diversi livelli non sono adeguatamente formati su nuovi metodi e strumenti), inadeguatezza del sistema di offerta dei servizi. In questo contesto si genera confusione e frammentarietà rischiando di non riuscire a programmare le risorse disponibili con un danno alle persone e alla comunità, e restando nel circolo vizioso dell'arretratezza sociale. Un servizio diventa un sostegno per la persona quando è pensato come un facilitatore alla partecipazione alla vita sociale, quando genera empowerment, cambiamenti continuativi nella qualità di vita ed è integrato nel contesto di vita. Generare cambiamenti positivi si riflette su tutti gli attori coinvolti dando nuovo impulso al processo trasformativo.

Il piano intende articolarsi principalmente in due macro ambiti o assi strategici:

1) Diritti e innovazione nel sistema di welfare comunitario per le persone con disabilità e qualità dell'integrazione sociosanitaria territoriale. L'obiettivo è migliorare nel DSS19 le procedure, gli strumenti e le competenze per la valutazione multidimensionale e la progettazione individualizza per delle persone con disabilità secondo i principi della Convenzione Internazionale (CRDP) attraverso la definizione di un percorso condiviso per la valutazione, la progettazione individualizzata e la presa in carico socio sanitaria e nello specifico con finalità di:

- Sensibilizzazione e animazione della comunità;
- Diffondere e utilizzare un linguaggio attento alla persona "People-First"[26];
- Dialogare sul metodo di lavoro per avviare una progettazione condivisa degli interventi basata sui bisogni della persona e sulle risorse della comunità;
- Revisionare delle modalità di attivazione e funzionamento dell'UVD/UVM (Unità di Valutazione Distrettuale/Unità di valutazione Multidimensionale;
- Revisionare e adottare la S.VA.M.DI. (Scheda di Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità);
- Formare gli operatori impegnati nel processo;
- Costruire una rete-comunità di pratiche pubblico-privata.

2) Innovazione nella programmazione, progettazione e gestione dei servizi e degli interventi. L'obiettivo è innovare i processi di programmazione, progettazione e gestione nel DSS19 attraverso la creazione di un tavolo comunitario permanente per la coprogrammazione, la coprogettazione e la cogestione di iniziative su alcuni temi chiave della vita delle persone con disabilità:

- Studiare
- Abitare

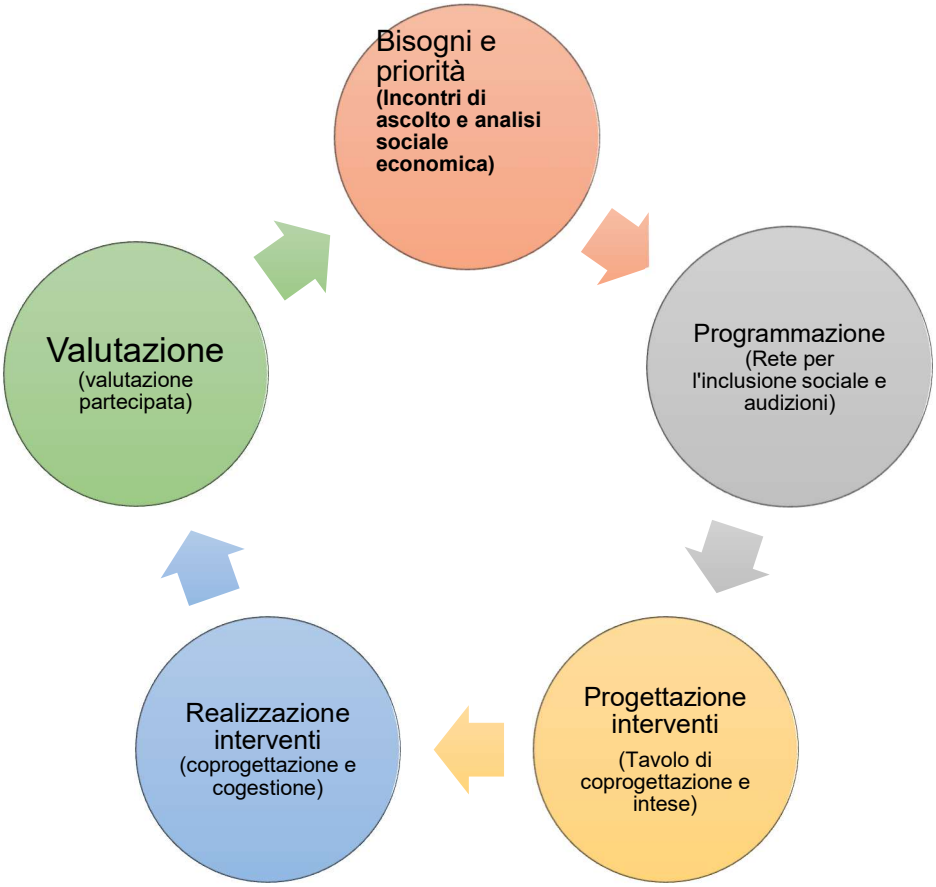
[26]L'approccio "people first" tende a evitare di definire una persona a partire dalla sua disabilità. Nella maggior parte dei casi, questo linguaggio posiziona il riferimento alla disabilità dopo un riferimento alla persona,come nel caso di "persona con disabilità" o "persona che convive con la disabilità" piuttosto che "il disabile". Non tutte le persone con disabilità preferiscono questo approccio e, nello specifico, alcuni membri delle comunità di persone con autismo e sordità preferiscono un linguaggio incentrato sull'identità. Il linguaggio "identity-first" parte da presupposti completamente opposti perché menziona per prima la disabilità, per esempio "una (ragazza) Down" o "un (ragazzo) autistico". Un esempio di linguaggio "people-first" invece è "una ragazza con sindrome di Down" o "un ragazzo con autismo".Per trovare la terminologia più adatta, la soluzione preferibile è contattare la persona con disabilità oppure un portavoce di un'organizzazione che
rappresenta le persone con la disabilità in questione. Quando ciò non èpossibile, si consiglia di usare il linguaggio "people-first".
https://disabilita.governo.it/it/notizie/le-parole-giuste-online-il-glossario-sulla-disabilita/

- Lavorare
- Partecipare

Il tavolo deve operare nella dimensione del laboratorio, con la sfida di innovare i servizi nel territorio attivando prima di tutto l'avvio di un dialogo istituzionale e sociale, basato sul rispetto reciproco dei valori di ciascuno, per il cambiamento e l'innovazione, sperimentando un metodo, dandole valore, prima ancora di avviare azioni e servizi. Ragionare sulle pratiche istituzionali in modo innovativo, sulla rete e sulla comunità con una visione unica che pone al centro le persone. Collaudare il dialogo dovrà permettere di attualizzare le politiche e rendere l'offerta dei servizi più vicina ai bisogni delle persone portatrici di interesse. In quest'ottica l'erogazione dei servizi non è il fine ma uno strumento affinché la comunità sia sempre più consapevole di quelli che sono i bisogni del territorio e agisca come comunità e non come singole unità di offerta, servizi, enti. Fondamento è l'orientamento allo scopo del benessere comune, risposte comunitarie orientate ad un interesse collettivo. Il tavolo attiva idee, progettualità, opportunità e finanziamenti. L'idea è sperimentare e mettere a sistema risposte che generino cambiamento nella vita delle persone e nella comunità.

La formula strategica consiste nell'avviare avviare una trasformazione della governance e della progettazione delle politiche sociali locali attraverso la co-creazione di nuove risposte ai bisogni delle persone con disabilità, di nuove alleanze, realizzando una condivisione della funzione pubblica e della responsabilità sociale tra i diversi attori come opportunità di sviluppo comunitario. Il modello di sviluppo tende a maggiore coesione/inclusione, meno disuguaglianze, più risposte sociali.

Figura 4. Metodo di lavoro



3.4 Analisi dei fabbisogni e target di utenza

Fabbisogni

Dalla disamina degli elementi di contesto rilevanti e dall'analisi swot del territorio del DSS19 emergono i seguenti fabbisogni:

F.1) La necessità di colmare la carenza di indirizzi e orientamenti regionali e locali sul piano strategico, metodologico, organizzativo con riferimento a:

- l'omogeneizzazione di approcci, metodi e strumenti per l'implementazione di processi di valutazione, elaborazione di progetti individualizzati e la loro gestione, per la realizzazione di del progetto di vita;
- la standardizzazione della modulistica e del processo di accesso e gestione delle istanze al fine di superare le difformità riscontrate sul territorio e di evitare duplicazioni. Nell'ottica della ottimizzazione/efficienza a carico degli uffici preposti e dei beneficiari;
- la predisposizione e l'aggiornamento di procedure coerentemente con le direttive comunitarie e nazionali integrandoli e rendendoli sinergici con gli strumenti pianificatori e programmatici di livello regionale e locale;
- la definizione di procedure e modelli di valutazione multidimensionale condivisi tra servizi sociali dei 13 Comuni, Distretto sanitario 19 (UVM e UVD), ETS e scuole, persone e famiglie, deriva dalle difficoltà di attivare il processo di valutazione e di risposte alle istanze, in mancanza di un iter definito e condiviso, creando rallentamenti, disparità di trattamento, risposte parziali e settoriali che generano criticità nella presa in carico, sfiducia nei servizi e mancata partecipazione delle persone con disabilità.

F.2) L'esigenza di utilizzare strumenti di valutazione basati su ICF, oltre a rispondere alle disposizioni normative e della convenzione internazionale dei diritti delle persone con disabilità, consente di conoscere la persona nei diversi domini di vita e una corretta definizione del profilo di funzionamento della persona e del profilo di gravità, indispensabile per una progettazione individualizzata che tenga conto delle caratteristiche della persona per attivare sostegni, rimuovere barriere e definire il progetto di vita. Definire il profilo di gravità consentirà di modulare l'intensità dei sostegni e il corretto impiego delle risorse, anche per la definizione del budget di progetto/ di salute.

F.3) La necessità di porre attenzione al linguaggio, di usare le "parole giuste" è riconoscere valore in primo luogo alla persona e non alla malattia o patologia. Definire un linguaggio comune, condiviso e rispettoso della dignità della persona consente di porre al centro la persona con la sua

unicità e potenzialità in relazione all'ambiente favorevole o sfavorevole, secondo il modello biopsicosociale.

F.4) L'esigenza di rafforzare i processi partecipativi nella pianificazione, programmazione e progettazione degli interventi a partire dalla fase di elaborazione e progettazione sino alla loro completa attuazione oltre ad aumentare la consapevolezza e modificare la percezione della collettività con riferimento alla problematica della disabilità.

F.5) Sistematizzare e condividere dati, informazioni, esperienze e stimolare lo scambio di conoscenze e informazioni tra enti pubblici (ASP, Comuni, scuole) ed enti privati (ETS, fondazioni, imprese). Tale fabbisogno deriva dalla necessità di omogeneizzare dati e informazioni ai fini di disporre sia di quadri conoscitivi uniformi a livello locale, sia di informazioni aggiornate e facilmente consultabili, e di rendere fruibili e facilmente consultabili, ai vari livelli (istituzionali e non), le buone pratiche sviluppate, prevedendo azioni dedicate alla loro implementazione e scambio al fine di ottimizzare i processi di governance multilivello e rafforzare la capacità amministrativa e diffondere la conoscenza di buone pratiche sperimentate sul territorio.

F.6) La necessità di coinvolgere le imprese nella co-produzione di servizi sociali e interventi finalizzati all'occupazione di persone con disabilità in ottica di produzione di valore aggiunto, di concorrenza allo sviluppo.

F.7) Sviluppare una cultura dei diritti delle persone con disabilità per la loro piena integrazione e partecipazione.

F.8) La necessità di una gestione efficace, efficiente ed appropriata delle risorse che tenga conto dei reali bisogni, dei desideri e delle aspirazioni della persona.

In relazione al suddetto quadro di fabbisogni, in termini di cambiamenti il presente piano mira ad accrescere il dialogo istituzionale e sociale, le competenze professionali, la condivisione di esperienze e pratiche, la capacità di programmare, progettare e attuare interventi in campo sociosanitario secondo tempi e procedure definiti e condivisi, facendo leva sulla capacity building e sulla partecipazione attiva delle persone coinvolte, attraverso sia di forme di coordinamento e collaborazione chiare, sia di percorsi di partecipazione sociale e tecnica che vedano integrare tra

loro più competenze, strumenti di promozione locale/sociale, programmi e attività che generino benessere e ruolo attivo per le persone con disabilità e la loro comunità.
Target di utenza. Destinatari iniziali del progetto saranno gli operatori pubblici ASP e Comuni e operatori privati ETS impegnati nell'area della disabilità e non autosufficienza nel DSS19 nella definizione del modello di valutazione e presa in carico, nel piano formativo e nella condivisione di conoscenze e pratiche. Destinatari finali saranno le persone con disabilità residenti nel DSS19 e le loro famiglie. La fase di sperimentazione del modello riguarderà 25 persone (età 17-25 anni) con disabilità in uscita dal percorso scolastico (passaggio età evolutiva-età adulta).

3.5 Descrizione della strategia

Prima di descrivere la strategia del piano si vuole porre l'attenzione a quelli che sono stati i principali elementi di contesto analizzati nella SWOT che hanno dato origine all'ipotesi progettuale in termini di debolezze o criticità dell'ambiente interno e di opportunità date dall'ambiente esterno (Tav. 4):

Tavola 4.

Elementi del contesto in termini di debolezze e opportunità – che hanno dato origine all'ipotesi progettuale	
AD2.1	**Scarsa cultura dei diritti delle persone con disabilità e ritardi nell'attuazione delle norme, con riferimento sia a quelle comunitarie che nazionali di settore**
AD4.1	**Servizi ed interventi sociali frammentati e disomogenei, poco flessibili e spersonalizzati**
AD4.2	**Mancanza di processi di integrazione sociosanitaria accessibili che rispondano in modo efficace ed efficiente alla domanda private**
AD4.4	**Carenza di competenze tecnico-professionali, di metodologie ed approcci comuni.**
AD4.5	**Carenza di dialogo istituzionale e sociale, deficit di interazione-integrazione e collaborazione sia tra soggetti interni che con soggetti esterni.**
AD4.7	**Deficit di politiche e interventi per l'inserimento nel tessuto produttivo-lavorativo delle persone con disabilità.**
AO4.6	**Riforme normative in corso (Legge delega disabilità e decreti attuativi)**
AO4.4	**Disponibilità di risorse finanziarie aggiuntive e di possibili sinergie derivanti da piani, programmi e fondi nazionali e comunitari**
AO4.3	**Possibilità di mettere a Sistema esperienze e progetti territoriali avviati su iniziativa private**
AO4.2	**Politiche di sviluppo e innovazione che permettono una diversificazione degli interventi e il coinvolgimento di attori multilivello**

Il piano intende svilupparsi su due assi strategici connessi tra loro, fondati su norme e strategie internazionali, nazionali ed Europee che riguardano i diritti e le politiche per le persone con disabilità a partire dalla che nonostante gli anni trascorsi dalla ratifica da parte dello Stato Italiano non riesce a trovare applicazione omogenea sul territorio nazionale e con evidente divario nelle regioni del Sud. Gli assi sono relativi a:

- AS1. Diritti e innovazione nel sistema di welfare comunitario per le persone con disabilità e qualità dell'integrazione sociosanitaria territoriale;
- AS2. Innovazione nella programmazione, progettazione e gestione dei servizi e degli interventi.

L'AS1 trova fondamento dagli elementi dell'analisi SWOT e dall'analisi dei fabbisogni derivanti, in particolare FB1, FB.2, FB3, FB4 . L'idea forza della strategia è quella di migliorare i processi di integrazione sociosanitaria attraverso l'implementazione del dialogo istituzionale e sociale, la formazione e la condivisione di esperienze e pratiche nel territorio dell'ambito del DDS19, ritenere che attraverso il dialogo istituzionale e sociale, basato sul rispetto reciproco dei valori di ciascuno, si possa agire per il cambiamento e l'innovazione, ragionare sulle pratiche istituzionali in modo innovativo, sulla rete e sulla comunità con una visione unica che pone al centro le persone. La promozione di metodologie e strumenti di lavoro che migliorino l'integrazione sociosanitaria e l'organizzazione dei servizi, lo sviluppo di metodi e pratiche innovative partecipati per una programmazione, progettazione e gestione degli interventi e dei servizi sociali, rivolti alle persone con disabilità, più efficace, efficiente e appropriata, nell'ottica di una umanizzazione, personalizzazione e modernizzazione dei servizi. L'orientamento è quello di rispondere in modo appropriato ai bisogni delle persone attraverso la loro partecipazione attiva e arrivare a rendere pienamente fruibili le risorse pubbliche e comunitarie, consentendo l'esigibilità dei diritti. In questa logica si vuole migliorare la qualità delle relazioni, delle competenze, del lavoro, valorizzando e promuovendo l'agire in rete, lo scambio di competenze ed esperienze, la ricerca e il know-how esperienziale, nella definizione di un percorso di presa in carico partecipato che coinvolga istituzioni, privato e persone. Si vuole implementare la capacity building pubblico-privata con un approccio alle capabilities per gli attori coinvolti in particolare per le persone con

disabilità. Secondo Amartya Sen e Martha Nussbaum, investire sulle persone vuol dire creare le premesse per una crescita che sia economica, sociale e umana. Operare insieme per definire percorsi chiari e condivisi, orientati al benessere, collaborare, attivare e scambiare idee ed esperienze, potrà consentirà il miglioramento organizzativo degli enti coinvolti colmando carenze attraverso la collaborazione e il lavoro di rete/gruppo.

L'AS2 Innovazione nella programmazione, progettazione e gestione dei servizi e degli interventi vuole dare risposta ai fabbisogni FB5, FB6, FB7, FB8. La formula strategica è di generare cambiamento nella governance, nella progettazione e gestione delle politiche e degli interventi attraverso la collaborazione e la co-crezione di nuove risposte ai bisogni delle persone con disabilità attraverso la loro partecipazione attiva in forma singola e/o associativa. Anche in questa strategia il dialogo è fondamentale. Collaudare il dialogo potrà permettere di attualizzare le politiche e rendere l'offerta dei servizi più vicina ai bisogni delle persone portatrici di interesse. In quest'ottica l'erogazione dei servizi non è il fine ma uno strumento affinché la comunità sia sempre più consapevole di quelli che sono i bisogni del territorio e agisca come comunità e non come singole unità di offerta, servizi, enti. Fondamento è l'orientamento allo scopo del benessere comune, risposte comunitarie orientate ad un interesse collettivo. Attraverso l'attivazione di tavoli specifici sarà possibile attivare idee, progettualità, opportunità e finanziamenti. L'amministrazione pubblica saprà essere innovativa nella misura in cui sarà capace di promuovere, "aprire porte" alla comunità per co-costruire reti e alleanze nel territorio fondate su una convergenza reale orientata all'interesse generale. La necessità è un patto tra istituzioni, ETS, imprese e famiglie anche in associazione. La scelta politica implica il passaggio dalla competizione di mercato per l'acquisto di prestazioni, a soluzioni collaborative e di sostegno sussidiario a soggetti della società civile**.** La rete di sostegno alle persone e alle famiglie deve essere multi istituzionale e multi attore perché in una società moderna e pienamente inclusiva, bisogna operare tutti insieme. L'accento va posto al prezioso lavoro che associazioni, ETS promuovono per rinnovare o avviare un patto con le istituzioni, patto che si basa sulla fiducia, sulla corresponsabilità, sulla trasparenza, sulla partecipazione e sulla comunanza degli obiettivi finali coerenti con i bisogni; importante è la capacità di intese e del metodo basati sull'ascolto, dialogo, confronto, collaborazione, condivisione

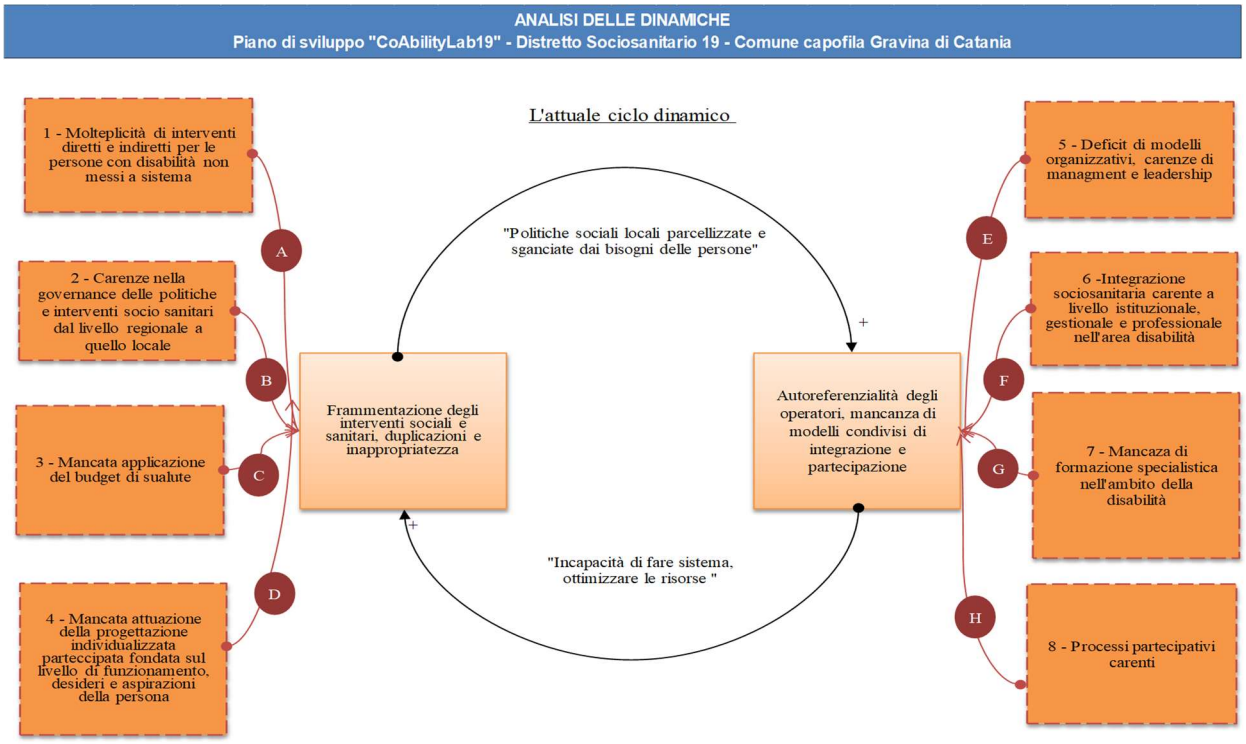
di conoscenze ed esperienze. L'idea è sperimentare e mettere a sistema risposte che generino cambiamento nella vita delle persone e nella comunità, attraverso nuove alleanze che realizzino una condivisione della funzione pubblica e della responsabilità sociale tra i diversi attori come opportunità di sviluppo comunitario. Coinvolgere nella produzione di servizi e opportunità le persone con disabilità da valore alle capacità e abilità individuali, abilita socialmente e riconosce la funzione sociale ed economica e non solo di fruitori di servizi. Contestualmente il coinvolgimento di attori "nuovi" economici nella produzione di servizi sociali tenderà a realizzare la funzione di creare simultaneamente valore economico e valore sociale, connettere l'economia e la solidarietà. La strategia è di investire nelle forme sociali, negli spazi comunitari, stimolando i processi di generazione e rigenerazione dei legami sociali, favorendo forme e formule istituzionali nuove che vadano oltre la logica prestazionale e che siano capaci di creare processi di solidarietà a livello locale. La direzione va nell'obiettivo di sviluppo di un welfare di comunità, generativo, capace di contribuire a costruire il legame sociale che, nel caso di bisogni e fragilità, può contribuire a moderare ed orientare la domanda, a qualificare i servizi a rafforzare la reciprocità e la coesione, a stimolare le risorse personali. Solo a partire dal basso, recuperando esperienze locali positive, la capacità di fare comunità, può avvenire una innovazione del welfare secondo una definizione di sussidiarietà dove siano la comunità e i cittadini ad essere protagonisti non solo i beneficiari fruitori. Le tesi di Sen e Nussbaum sulla capacitazione, intesa come la "competenza ad agire", che deriva dalle risorse cognitive e relazionali di cui dispone la persona, insieme alla capacità di fruirne e impiegarle in maniera operativa. Le capabilities sono relative al saper fare, alla saggezza e alla competenza pratica, alla rete di relazioni che permettono un'azione efficace in grado di valorizzare le risorse disponibili. Diventa importante investire sulle persone e che queste, comprese quelle con disabilità, siano messe nelle condizioni di poter esprimere il proprio bagaglio di competenze, anche residuali, la loro creatività e la loro partecipazione.

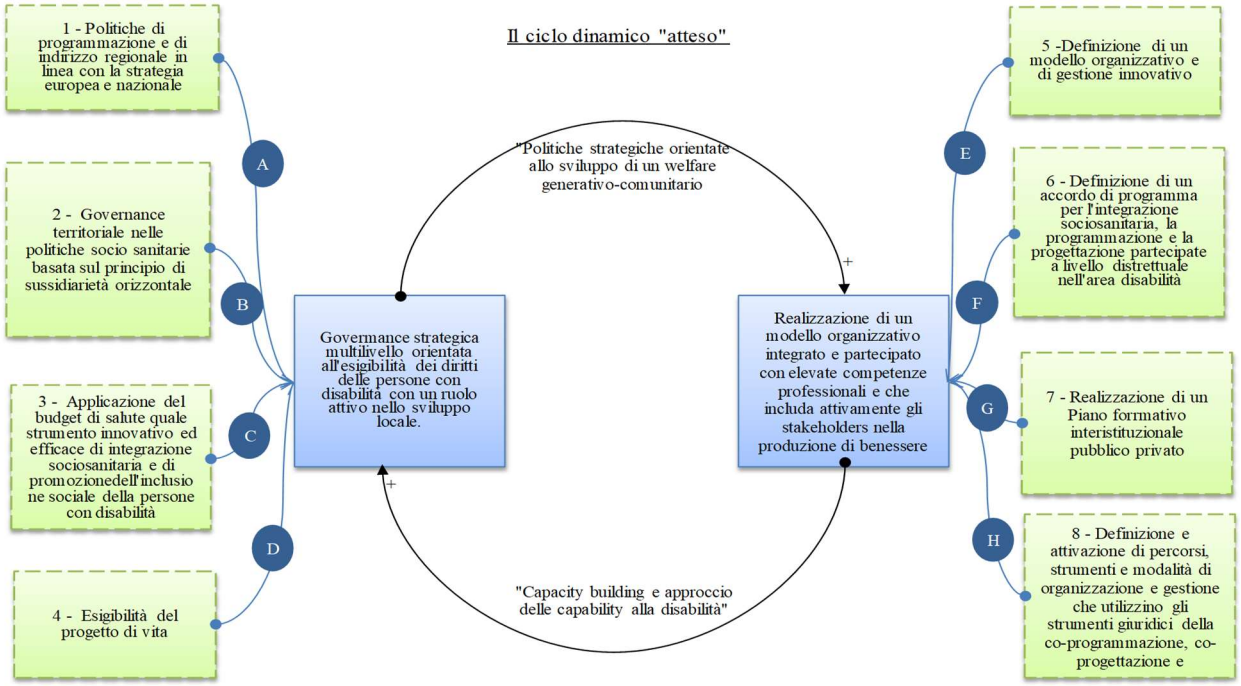
Il modello di sviluppo tende a maggiore coesione/inclusione, meno disuguaglianze, più risposte sociali che generino cambiamento e benessere nel territorio di riferimento con impatto non solo sulle persone con disabilità ma sulla comunità nel suo insieme connesso e sistemico. Successivamente vengono riportati i principali cambiamenti che si intendono promuovere (Tav.

5), la tavola descrittiva (Tav. 6) della transizione dall'analisi SWOT all'edificio strategico[27], che descrive le relazioni e le connessioni a partire dagli elementi di contesto rilevati e analizzati nell'analisi SWOT e la descrizione dei relativi fabbisogni, la strategia del piano, dalla definizione degli assi strategici, alle idee forza e la conseguente declinazione degli obiettivi generali e specifici del piano. L'analisi delle dinamiche evidenzia il ciclo dinamico attuale (Fig.5) e il ciclo dinamico atteso, i cambiamenti che si vogliono produrre (Fig.6). Successivamente si riporta la tavola dei principali cambiamenti che si vogliono promuovere nel contesto del DSS19 (Tav. 7).

[27] Tavola descrittiva della transizione dall'analisi SWOT all'edificio Strategico (elaborazione su modello di G,S. Martorana)

TAVOLA DESCRITTIVA DELLA TRANSIZIONE DALL'ANALISI SWOT ALL'EDIFICIO STRATEGICO Piano di sviluppo "CoAbilityLab19 - Area Disabilità Distretto Sociosanitario 19 - Comune capofila Gravina di Catania"							
Analisi SWOT		Fabbisogni		Strategia			
Forze e Debolezze (codici)	**Opportunità e Minacce (codici)**	**Descrizione del Fabbisogno**	**Codice FB**	**Assi Strategici (AS)**	**Idee Forza (IF)**	**Obiettivi Generali (OG)**	**Obiettivi Specifici (OS)**
Forze: AF2.1 -AF4.1, AF4.2, AF4.3 Debolezze: AD2.1, AD4.1, AD4.2, AD4.4, AD4.5, AD4.6, AD4.7, AD4.8	Opportunità: AO4.1, AO4.2, AO4.3, AO4.4, AO4.5, AO4.6, AO4.7, AO4.8 Minacce: AM4.1, AM4.2, AM4.3, AM4.4, AM4.5, AM4.6	La necessità di colmare la carenza di indirizzi e orientamenti regionali e locali sul piano strategico, metodologico, organizzativo attraverso la predisposizione e l'aggiornamento di procedure coerentemente con le direttive comunitarie e nazionali integrandoli e rendendoli sinergici con gli strumenti pianificatori e programmatici di livello regionale e locale	FB1	AS1 Diritti e innovazione nel sistema di welfare comunitario per le persone con disabilità/Qualità dell'integraz ione sociosanitaria territoriale partecipata	IF 1 migliorare la qualità dei processi di integrazione sociosanitaria attraverso l'implementazione del dialogo istituzionale-sociale, la formazione e la condivisione di conoscenze e pratiche	Migliorare nel DSS19 le procedure, gli strumenti e le competenze per la valutazione multidimensionale e la progettazione individualizza per delle persone con disabilità secondo i principi della Convenzione Internazionale (CRDP) attraverso la definizione di un percorso condiviso per la valutazione, la progettazione individualizzata e la presa in carico socio sanitaria	
		L'esigenza di omogeneizzazione di approcci, metodi e strumenti per l'implementazione di processi di valutazione, elaborazione di progetti individualizzati e la loro gestione, per la realizzazione di del progetto di vita	FB2				
		Sistematizzare e condividere dati, informazioni, esperienze e stimolare lo scambio di conoscenze e informazioni tra enti pubblici (ASP, Comuni, scuole) ed enti privati (ETS, fondazioni, imprese) e comunità (associazioni, famiglie, gruppi)	FB3				OS.1 Migliorare le procedure per la valutazione Multidisciplinare della persona;
		Necessità di formazione specialistica degli operatori pubblici e privati partecipanti al processo	FB4				OS.2 Promuovere dell'utilizzo di strumenti di valutazione basati su ICF e definire cluster e profili di gravità e funzionamento della persona per la progettazione individualizzata e definizione del budget di progetto/salute;
							OS.3 Promuovere un linguaggio "People First"
							OS.4 Migliorare le metodologie e i modelli per la progettazione individualizzata
							OS.5 Migliorare e valorizzare le conoscenze e le competenze degli operatori, le pratiche nell'area della disabilità mettendo a sistema e diffondendo le esperienze
							OS.6 Applicare il percorso su campione di 25 persone (età 17-25 anni) con disabilità in uscita dal percorso scolastico (passaggio età evolutiva-età adulta)
Forze: AF1.2, AF1.3, AF2.1, AF2.2, AF3.2, AF4.1, AF4.2, AF4.3 Debolezze: AD2.1, AD2.2, AD2.3, AD2.4, AD4.1, AD4.2, AD4.4, AD4.5, AD4.6, AD4.7, AD4.8	Opportunità: AO1.1, AO2.1, AO2.2, AO4.1, AO4.2, AO4.3, AO4.4, AO4.5, AO4.6, AO4.7, AO4.8 Minacce: AM2.1, AM4.1, AM4.2, AM4.5, AM4.6	L'esigenza di rafforzare i processi partecipativi nella pianificazione, programmazione e progettazione degli interventi a partire dalla fase di elaborazione e progettazione sino alla loro completa attuazione	FB5	AS2 Innovazione nella programmazione e progettazione dei servizi e degli interventi	Generare cambiamento: trasformazione della governance, della progettazione e gestione delle politiche sociali locali attraverso la co-creazione di nuove risposte ai bisogni delle persone con disabilità e realizzando la loro partecipazione sociale attiva.	Innovare i processi di programmazione, progettazione e gestione nel DSS19 attraverso la creazione di un tavolo comunitario permanente per la coprogrammazione, la coprogettazione e la cogestione di iniziative su temi chiave della vita delle persone con disabilità: abitare, lavorare, partecipare.	OS.1 Definire bisogni e priorità nel territorio per le persone con disabilità
		La necessità di coinvolgere le imprese nella co-produzione di servizi sociali e interventi finalizzati all'occupazione di persone con disabilità	FB6				OS.2 Co-programmare gli interventi
		Sviluppare una cultura dei diritti delle persone con disabilità per la loro piena integrazione e partecipazione	FB7				OS3. Co-progettare interventi e servizi
		Gestione efficace ed efficiente delle risorse	FB8				OS.4 Co-gestire





Figg. 5 e 6 Analisi delle dinamiche (elaborazione su modello di G,S. Martorana)

principali cambiamenti che si intendono promuovere nel contesto del DSS19.	
Cambiamento/impatto 1	**Miglioramento della Governance territoriale nelle politiche socio sanitarie per la disabilità basata sul principio di sussidiarietà orizzontale**
Cambiamento/impatto 2	**Definizione e applicazione di un modello organizzativo e di gestione innovativo per l'integrazione sociosanitaria, la programmazione e la progettazione e la gestione partecipate a livello distrettuale nell'area disabilità**
Cambiamento/impatto 3	**Aumento e scambio delle conoscenze e competenze degli attori coinvolti a livello interistituzionale pubblico e privato**
Cambiamento/impatto 4	**Applicazione omogenea sul territorio dei 13 Comuni delle metodologie e del percorso**
Cambiamento/impatto 5	**Aumento della partecipazione attiva da parte dei beneficiari degli interventi e di nuovi attori**
Cambiamento/impatto 6	**Applicazione del budget di salute per un uso efficiente e appropriato delle risorse**
Cambiamento/impatto 7	**Esigibilità del Progetto di Vita da parte delle persone con disabilità**
Cambiamento/impatto 8	**Coerenza della programmazione locale con le politiche nazionali e comunitarie**
Cambiamento/impatto 9	**Miglioramento della capacità degli enti locali di pianificare e valutare interventi e/o programmi di intervento**

Tavola 7. Cambiamenti/impatti

3.6 Descrizione degli obiettivi generali (OG1 e OG2)

L'obiettivo generale dell'AS1:

OG1. Migliorare nel DSS19 le procedure, gli strumenti e le competenze per la valutazione multidimensionale e la progettazione individualizza per delle persone con disabilità secondo i principi della Convenzione Internazionale (CRDP) attraverso la definizione di un percorso condiviso per la valutazione, la progettazione individualizzata e la presa in carico socio sanitaria.

A partire dai fabbisogni individuati, in relazione all'AS1 e all'IF1 l'obiettivo generale mira al miglioramento del modello organizzativo di integrazione sociosanitaria nel DSS19, comprende procedure condivise, strumenti di lavoro, competenze e relazioni, elementi essenziali per affrontare la valutazione multidimensionale e il progetto di vita della persona per la piena inclusione nel rispetto dei principi della convenzione internazionale (CRPD). La persona è al centro con la sua unicità e dignità, titolare di diritti e di fare scelte in merito al proprio progetto di vita, deve avere indipendentemente dalle proprie caratteristiche funzionali la possibilità di godere di opportunità e diritti come tutti i cittadini; è compito della società civile rimuovere ogni ostacolo che impedisca e discrimini la piena inclusione. Con la Strategia UE per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 gli stati membri sono richiamati ad agire ad accelerare l'attuazione della CRPD**.** L'obiettivo generale risponde al livello essenziale di prestazione sociale LEPS previsto nel Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 dove è previsto il potenziamento (evidenziato in giallo nell'immagine sopra) cosi come per i Progetti dopo di noi e vita indipendente per le persone con disabilità e dove la valutazione multidimensionale e il progetto individualizzato

PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2021-2023

Tabella 1.1 - LEPS e principali azioni di potenziamento

Intervento	sigla	tipologia	Servizio / Trasf Monet	Ambito di trattazione nel piano sociale (1)	Principali fonti di finanziamento nazionale (2)
Utilizzo dell'ISEE quale means test	ISEE	LEPS	S	PSN	bilancio
Servizio sociale professionale		LEPS	S	PPOV	Fondo povertà, FNPS, PON Inclusione, Fondo solidarietà comunale
Potenziamento professioni sociali		Potenziamento	S	PSN	FNPS, Fondo Povertà, PON Inclusione, Fondo solidarietà comunale
Pronto intervento sociale		LEPS	S	PPOV	React, Fondo povertà, FNPS, PON Inclusione
Punti unici di accesso	PUA	Potenziamento	S	PSN	FNPS, FNA
Valutazione multidimensionale e progetto individualizzato		LEPS/Potenziamento	S	PSN PPOV	FNPS, Fondo povertà, PON Inclusione, POC
Supervisione personale servizi sociali		LEPS	S	PSN	PNRR, FNPS
Dimissioni protette		LEPS	S	PSN / PNA	PNRR, FNPS, FNA
Prevenzione allontanamento familiare	PIPPI	LEPS	S	PSN	PNRR, Fondo povertà
Garanzia Infanzia		Potenziamento	S	PSN	PON Inclusione
Promozione rapporti scuola territorio	GET UP	Potenziamento	S	PSN	FNPS, POC, Pon Inclusione
Careleavers		Potenziamento	S	PSN - PPOV	Fondo povertà
Sostegno monetario al reddito	Rdc / Assegno sociale	LEPS	TM	PPOV	Bilancio (Fondo per il Rdc)
Presa in carico sociale / lavorativa	Patto inclusione sociale/lavorativa	LEPS	S	PPOV	Fondo povertà, PON Inclusione
Sostegno alimentare	FEAD	Potenziamento	S	PPOV	FEAD, REACT, PON Inclusione 2021-2027
Housing first		Potenziamento	S	PPOV	PNNR, Fondo povertà
Centri servizio per il contrasto alla povertà	Stazioni di posta	Potenziamento	S	PPOV	PNNR, Fondo povertà
[illegible]		LEPS	S	PPOV	Fondo povertà
Progetti dopo di noi x categorie prioritarie		Obb servizio	S	PNA	Fondo dopo di noi
Progetti dopo di noi e vita indipendente		Potenziamento/LEPS	S	PNA	PNRR, FNA, Fondo dopo di noi
Indennità di accompagnamento		LEPS	TM	PNA	bilancio pubblico
Servizi per la non autosufficienza		Potenziamento/LEPS	S	PNA	FNA, risorse dedicate

Note/Legenda. (1) PSN Piano sociale nazionale (cap.2); PPOV Piano pel la lotta alla povertà (cap. 3); PNA Piano per le non autosufficienze (cap. 4, che si aggiungerà nel 2022)). (2) FNPS: Fondo nazionale per le politiche sociali; FNA Fondo per le non autosufficienze; PNRR Piano nazionale di Ripresa e Resilienza; REACT EU PRogramma Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe; FEAD Fondo europeo aiuti agli indigenti; POC Piano Operativo Complementare Inclusione.

sono centrali (evidenziato nell'immagine sopra in verde). Perni della legge delega del 22/12/2021 sono la valutazione multidimensionale e il progetto personalizzato che consentiranno di commisurare interventi e misure sulla base dei bisogni della persona e dei suoi desiderata. L'obiettivo è importante per giungere a soluzioni che cambino la qualità di vita delle persone. Diventa prioritario a livello di ambito locale una definizione condivisa, partecipata e integrata di un modello organizzativo con competenze ed esperienze che sostenga l'esigibilità dei diritti delle persone con disabilità.

L'obiettivo generale dell'AS2:

> OG2. Innovare i processi di programmazione, progettazione e gestione nel DSS19 attraverso la creazione di un tavolo comunitario permanente per la coprogrammazione, la coprogettazione e la cogestione di iniziative su alcuni temi chiave della vita delle persone con disabilità: studiare, abitare, lavorare, partecipare.

L'obiettivo si fonda sulla collaborazione comunitaria, coerente con una visione generale orientata alla sussidiarietà e con una strategia di intervento che mira a integrare risorse e competenze. Presuppone una scelta politica circa le strategie di intervento: ad uno stesso bisogno è possibile dare risposta in senso prestazionale, attraverso la competizione, o in ottica collaborativa sussidiaria. L'art. 55 del Codice del Terzo settore recita... *"le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di cui all'articolo 5, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione, co-progettazione, accreditamento poste in essere nel rispetto dei principi della legge 241/1990*", il riferimento è a tutte le pubbliche amministrazioni, a tutti i settori di attività di interesse generale, le forme collaborative tra P.A. e ETS sono un modo riconosciuto di rapportarsi, il riferimento normativo è alla legge 241/1990 dove i procedimenti amministrativi delle forme collaborative hanno un proprio riferimento diverso dal codice degli appalti, anche se altrettanto trasparente e aperto. L'evoluzione verso la collaborazione rappresenta un'opportunità e uno spazio di lavoro in cui impegnarsi, con una consapevolezza da parte delle istituzioni pubbliche locali su come agire per perseguire l'interesse pubblico. Una efficace coprogettazione deve partire da un'adeguata

coprogrammazione. La collaborazione deve essere autentica e partire dalla lettura del bisogno e del contesto per la definizione delle modalità di intervento, richiede uno sforzo congiunto. Il tavolo comunitario di coprogrammazione e coprogettazione diventano laboratori, luoghi di ricerca ed elaborazione per leggere bisogni e linee di sviluppo del territorio, con funzioni di rete e di connessione.

3.7 Descrizione degli obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici dell' OG1. Migliorare nel DSS19 le procedure, gli strumenti e le competenze per la valutazione multidimensionale e la progettazione individualizza per delle persone con disabilità secondo i principi della Convenzione Internazionale (CRDP) attraverso la definizione di un percorso condiviso per l valutazione, la progettazione individualizzata e la presa in carico socio sanitaria – AS1. Diritti e innovazione nel sistema di welfare comunitario per le persone con disabilità e qualità dell'integrazione sociosanitaria territoriale:

OS1.1 Migliorare le procedure per la valutazione multidisciplinare della persona;

- Una valutazione multidimensionale fondata sull'approccio bio-psico-sociale, attivabile dalla persona con disabilità o da chi la rappresenta, previa adeguata informazione sugli interventi, sostegni e benefici cui può accedere, finalizzata al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato ed assicurando l'adozione di criteri idonei a tenere nella dovuta considerazione le differenze di genere; prevedere che la valutazione multidimensionale sia svolta attraverso l'istituzione e l'organizzazione di unità di valutazione multidimensionale composte in modo da assicurare l'integrazione degli interventi di presa in carico, di valutazione e di progettazione da parte delle amministrazioni competenti in ambito sociosanitario (ASP) e socio-assistenziale (Comuni);

OS1.2 Promuovere dell'utilizzo di strumenti di valutazione basati su ICF e definire cluster e profili di gravità e funzionamento della persona per la progettazione individualizzata e definizione del budget di progetto/salute;

- l'adozione della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) e dei correlati strumenti tecnico-operativi di valutazione (SVAMDI), ai fini della descrizione e dell'analisi del funzionamento, della disabilità e della salute, congiuntamente alla versione adottata in Italia della Classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della Sanità e a ogni altra eventuale scala di valutazione disponibile e consolidata nella letteratura scientifica e nella pratica clinica;
- prevedere che la valutazione multidimensionale sia svolta tenendo conto delle indicazioni dell'ICF e dell'ICD e che definisca un profilo di funzionamento della persona, necessario alla predisposizione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato e al monitoraggio dei suoi effetti nel tempo, tenendo conto delle differenti disabilità nell'ambito della valutazione;
- prevedere che la valutazione multidimensionale assicuri, sulla base di un approccio multidisciplinare e con la partecipazione della persona con disabilità e di chi la rappresenta, l'elaborazione di un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

OS1.3 Promuovere un linguaggio "People First";

- Promuovere la cultura dell'inclusione a partire dall'utilizzo di un lessico corretto è una delle condizioni necessarie a garantire il rispetto dei diritti delle persone con disabilità e favorire la crescita verso una società più inclusiva coerente con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

OS1.4 Migliorare le metodologie e i modelli per la progettazione individualizzata;

- prevedere che il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, sia diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità secondo i suoi desideri, le sue aspettative e le sue scelte, migliorandone le condizioni personali e di salute nonché la qualità di vita nei suoi vari ambiti, individuando le barriere e facilitatori che incidono sui contesti di vita e rispettando i principi al riguardo sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, indicando gli strumenti, le risorse, i servizi, le misure, gli accomodamenti

ragionevoli che devono essere adottati per la realizzazione del progetto e che sono necessari a compensare le limitazioni alle attività e a favorire la partecipazione della persona con disabilità nei diversi ambiti della vita e nei diversi contesti di riferimento, compresi quelli lavorativi e scolastici nonché quelli culturali e sportivi, e in ogni altro contesto di, inclusione sociale;

OS1.5 Migliorare e valorizzare le conoscenze e le competenze degli operatori, le pratiche nell'area della disabilità mettendo a sistema e diffondendo le esperienze e le pratiche.

- Prevedere un percorso formativo - consulenziale istituzionale per la formazione mista pubblico-privato, in cui gli elementi formativi sono finalizzati all'effettiva sperimentazione di percorsi di formazione sul campo. Promuovere la collaborazione tra operatori coinvolti per gestire le complessità anche attraverso il dibattito, il confronto, la condivisione, la creatività, generando ulteriore apprendimento/conoscenza.

OS1.6 Applicare il percorso su campione di 25 persone (età 17-25 anni) con disabilità in uscita dal percorso scolastico (passaggio età evolutiva-età adulta)

- Sperimentare il percorso, gli strumenti e le metodologie su un campione definito di giovani adulti in collaborazione con il Servizio Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) di Tremestieri Etneo dalla fase di valutazione multidimensionale, alla predisposizione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, sia diretto a realizzare gli obiettivi della persona con disabilità secondo i suoi desideri, le sue aspettative e le sue scelte, migliorandone le condizioni personali e di salute nonché la qualità di vita nei suoi vari ambiti tra cui la possibilità di scegliere, in assenza di discriminazioni, il proprio luogo di residenza ed un'adeguata soluzione abitativa, anche promuovendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali, e nei diversi contesti di riferimento, compresi quelli lavorativi e scolastici nonché quelli culturali e sportivi, e in ogni altro contesto di, inclusione sociale;

Gli obiettivi specifici OG2. Innovare i processi di programmazione, progettazione e gestione nel DSS19 attraverso la creazione di un tavolo comunitario permanente per la coprogrammazione, la coprogettazione e la cogestione di iniziative su alcuni temi chiave della vita delle persone con

disabilità: studiare, abitare, lavorare, partecipare; - AS2. Innovazione nella programmazione, progettazione e gestione dei servizi e degli interventi**:**

OS.2.1 Definire bisogni e priorità nel territorio per le persone con disabilità

- Adottare metodi e strumenti partecipati per la definizione dei bisogni e delle priorità per la definizione della programmazione dei servizi e degli interventi per le persone con disabilità nel territorio del DSS19.

OS.2.2 Co-programmare gli interventi a livello distrettuale

- Definire gli aspetti formali, organizzativi e partecipativi per la coprogrammazione degli interventi finalizzata all'individuazione, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili.

OS.2.3 Co-progettare interventi e servizi a livello distrettuale e comunale

- Definizione di regole, accordi e metodologie per la coprogettazione finalizzata alla definizione, ma anche alla realizzazione di specifici progetti d'intervento finalizzati a soddisfare bisogni individuati a livello distrettuale e a livello di singolo comune.

OS 2.4 Qualificare l'offerta dei servizi sulla base di standard qualitativi con riguardo alla personalizzazione

- Definizione di ulteriori standard di qualità per le unità d'offerta anche di servizi e interventi innovativi che tengano conto dell'appropriatezza e della personalizzazione dei servizi ed interventi sulla base del progetto di vita individualizzato e del coinvolgimento della persona e del contesto di appartenenza.

OS.2.5 Co-gestire i servizi e gli interventi con accreditamento libero e stipula di patti/accordi.

- Dare continuità tra il momento della definizione condivisa degli interventi e il momento della gestione. Adottare le soluzioni giuridiche sulla base della collaborazione (convenzioni, parternariati istituzionali, patti di collaborazione, accreditamento,..).

3.8 Descrizione delle azioni

Azioni connesse agli obiettivi specifici dell'OG1 -AS1

A1.1.1.2.3.4. (connessione con gli obiettivi specifici OS1.1-OS1.2-OS1.3-OS1.4 in quanto le azioni sono interconnesse nella definizione del percorso, dell'OG1 – AS1) Costituzione e avvio di GdL (multi attore) all'ambito della "rete territoriale per la protezione e l'inclusione sociale " tavolo tematico della disabilità e non autosufficienza D19 per la revisione di procedure, strumenti, metodi e linguaggio. Analisi dei documenti esistenti e della normativa Nazionale e regionale di riferimento. Ricognizione e analisi delle carenze amministrative, integrazione socio sanitaria, tecniche e progettuali nel DSS. Individuazione e trasferimento di modelli procedurali funzionali ad una corretta applicazione dei diritti sanciti dalla CRDP e della normativa relativa alla disabilità. Il GdL procederà con incontri di analisi e valutazione di documenti, focus group con associazione/famiglie e ETS, elaborazione di procedura operativa UVD/UVM, istruzione operativa SVAMDI, linee guida progetto individualizzato.

A1.1.5. (connessione OS1.5) Formazione degli operatori coinvolti (pubblici e privati) in modalità blended: n. 2 sessioni su piattaforma TEAMS e n. 1 sessione in presenza.

Successiva formazione sul campo su casi reali/studio con 2 incontri di 4 ore x 4 gruppi di lavoro di n. 9 operatori condotti da n. 1 docente e n.1 tutor

Operatori coinvolti nel percorso formativo:

n. 8 Medici Distretto (tra cui devono essere presenti: Psichiatra, Neuropsichiatra, Fisiatra, Neurologo);

n. 13 Assistenti sociali Comuni (almeno 1 per ogni comune);

n. 2 Psicologi (ASP/Comuni);

n. 13 Operatori ETS (Ass. sociali, educatori, Psicologi);

Accreditamento del percorso formativo ECM e ORDIAS a cura dello specifico servizio dell'ASPCT;

A1.1.5.1 (connessione OS1.5) Creazione una rete-comunità di pratiche pubblico-privata tra gli operatori formati e non dei Comuni, ASP, ETS allargata ad altri enti pubblici e privati con incontri mensili su piattaforma TEAMS, raccolta documentazione, monitoraggi, condivisioni, esperienze, progetti, incontri territoriali.

A1.1.6. (connessione OS1.6) Sperimentazione del percorso (SVAMDI//UVM/D su 25 giovani-adulti in uscita dal percorso scolastico (anni 17-25) residenti nei 13 Comuni del distretto.

Azioni connesse agli obiettivi specifici dell'OG2 -AS2

A2.2.1. (connessione OS.2.1) Pubblicazione di avviso per la costituzione di un tavolo permanente per la coprogrammazione e la coprogettazione locale e avvio di incontri della Rete Territoriale allargata a nuove adesioni per l'analisi socioeconomica del territorio e individuazione di bisogni e priorità.

A2.2.2. (connessione OS.2.2) Definizione di protocollo d'intesa/regolamento con relativa modulistica, convenzioni, avvisi, e schemi finalizzati ad accompagnare e semplificare il percorso.

A2.2.3. (connessione OS.2.3) Costituzione e avvio di un tavolo per la coprogrammazione e la coprogettazione degli interventi nel DSS19 in integrazione con i tavoli tematici della Rete, audizioni, adesioni alla definizione di 4 aree/gruppi di lavoro che coinvolga sui temi: istruzione, lavoro, abitare, partecipare.

A2.2.4. (connessione OS.2.4) Definizione partecipata di check list relative standard di qualità dei servizi e interventi non standardizzati con valorizzazione della personalizzazione e della flessibilità per rispondere ai reali bisogni della persona (attuazione della progettazione individualizzata, di aspettative e desiderata).

A2.2.5. (connessione OS.2.5) Definizione e avvio progetti, intese, patti su: scuola, lavoro, abitare e partecipare, in integrazione con piani nazionali, programmazione regionale, programmazioni e pianificazioni locali. Definizione di almeno un progetto per area.

3.9 Descrizione dei risultati attesi

R1.1.1.2.3.4. (connessione azione A.1.1.1.2.3.4.) Adozione nel DSS19 di una procedura per la Valutazione Multidisciplinare (UVM/UVD) per le persone con disabilità, di uno strumento di valutazione basato su ICF per l'elaborazione del progetto individualizzato e la definizione del budget di progetto;

Il risultato verrà quantificato attraverso gli indicatori:

IR1.1.1.2.3.4. (output) Protocollo, Accordo di programma/N. 1 accordo di programma;

Fonte/resp. dato Comitato dei sindaci-Ufficio di piano;

IR1.1.1.2.3.4.0. N. UVM-UVD/N. Schede SVAMDI- il risultato sarà raggiunto con 80% di utilizzo SVAMDI;

Fonte/resp. dato Responsabile UVD/UVM.

R1.1.1.2.3.4.1. (connessione azione A.1.1.1.2.3.4.) Diffusione e utilizzo di un linguaggio People First;

Il risultato verrà quantificato attraverso l'indicatore:

IR1.1.1.2.3.4.1. (Output) Documenti prodotti revisionati People first /N. documenti prodotti revisionati- 100%;

Fonte /resp. dato Report dei Responsabili SS Comuni- report finale del Responsabile Ufficio PdZ.

R1.1.1.5. (connessione azione A.1.1.1.5.) Acquisizione da parte degli operatori di conoscenze e competenze adeguate all'utilizzo di metodi e strumenti adottati;

Il risultato verrà quantificato attraverso l'indicatore:

IR1.1.1.5. (*Output)* Partecipazione degli operatori alle attività formative - almeno n. 30 operatori formati/n. 36 previsti;

Fonte /resp. dato Report: questionari di apprendimento, report sessioni formative, laboratori, workshop, formazione sul campo prodotti da Coordinatore GdL/ Responsabile Ufficio PdZ.

R1.1.1.5.1. (connessione azione A.1.1.1.5.1.) Utilizzo dei prodotti sviluppati (metodologie, procedure, modelli) e delle best practices diffuse dalla comunità di pratiche pubblico-privata nella sperimentazione;

Il risultato verrà quantificato attraverso gli indicatori:

IR1.1.1.5.1.(*Output)* Numero buone pratiche applicate : n. UVM/UVD, n. SVAMDI/n. Progetti Individualizzati;

IR1.1.1.5.1.2. Comuni coinvolti che utilizzano i prodotti sviluppati/ n. 13 Comuni - almeno 10 Comuni;

IR1.1.1.5.1.3. N. ETS coinvolti che utilizzano i prodotti - 80%;

IR1.1.1.5.1.4. (*Output)* Network territoriale/ 1 network costituito;

IR1.1.1.5.1.5. N. accessi alla piattaforma;

Fonte /resp. dato Report sperimentazione del percorso da parte di Coordinatolre GdL/ Responsabile Ufficio PdZ.

R1.1.1.6. (connessione azione A.1.1.1.6.) Esigibilità per le persone con disabilità della progettazione individualizzata;

Il risultato verrà quantificato attraverso l'indicatore:

IR1.1.1.6. (Output) N. richieste PI sperimentazione/ N. progetti elaborati (90% delle richieste);

Fonte/resp. dato Report dei Resp. SS Comuni/Resp. UVM e UVD report finale del Resp. Ufficio PdZ.

R1.1.1.5.1.1 (connessione azione A.1.1.1.5.1.4.) Disseminazione dei risultati;

Il risultato verrà quantificato attraverso gli indicatori:

IR1.1.1.5.1.1. (0utput) Eventi/n. 1 convegno/conferenza dei servizi/conferenza stampa;

Fonte/resp. dato Documento tecnico del progetto/percorso Coordinatore GdL/Resp. Ufficio PdZ;

IR1.1.1.5.1.1.2.(Output) Comunicazione/Sito web/n. 1 brochure/newsletter rivolta anche agli altri ambiti/pubblicazione su rivista specialistica;

Fonte/resp. dato Documenti condivisi - Coordinatore GdL/Resp. Ufficio PdZ.

3.10 Quadro logico AS1

QUADRO LOGICO

AS1. Diritti e innovazione nel sistema di welfare comunitario per le persone con disabilità e qualità dell'integrazione sociosanitaria territoriale partecipata

Logica dell'intervento		**Indicatori obiettivamente verificabili (IOV)** Essi descrivono gli obiettivi di progetto in termini di quantità,qualità, gruppo target, tempo, posto. Un buono IOV dovrebbe essere SMART, cioè: ▪ **Specifico**: ▪ **Misurabile** ▪ **Acquisibile** e ad un costo accettabile. ▪ **Rilevante** rispetto all' obiettivo prefissato ▪ **Tempo** Nel tempo previsto.	**Strumenti di verifica** Le fonti di verifica indicano dove e in che forma le informazioni sul raggiungimento degli obiettivi generali, delle finalità di progetto e dei risultati verranno raccolte.	**Presupposti** I presupposti sono la risposta alla domanda: Quali fattori esterni non sono influenzati dal progetto, ma possono influenzare l'implementazione e la sostenibilità del progetto a lungo termine?
Qual'è l'obiettivo generale a cui il progetto contribuirà?	**Obiettivo generale** ***OG1. Migliorare nel DSS19 le procedure, gli strumenti e le competenze per la valutazione multidimensionale e la progettazione individualizza per delle persone con disabilità secondo i principi della Convenzione Internazionale (CRDP) attraverso la definizione di un percorso condiviso per la valutazione, la progettazione individualizzata e la presa in carico socio sanitaria***	Quali sono gli indicatori chiave collegati con l'obiettivo generale? **IOG1**. Definizione di un percorso condiviso tra Asp, Comuni, ETS, nell'ambito del DSS19 – Rete per la protezione e l'inclusione sociale-Tavolo disabilità e non autosufficienza. Tempo: 6 mesi (1 Semestre) **IOG2**. Sperimentazione /applicazione del percorso Tempo: 6 mesi (2 semestre)	Quali sono le fonti delle informazioni per questi indicatori? 1.1 Accordo di programma DSS19. 1.1.2Progettazione individualizzata ex art. 14 L.328/2000	- Politiche europee e nazionali per l'inclusione sociale delle persone con disabilità. - Politiche nazionali e regionali per l'inclusione e l'integrazione socio sanitaria - L. 328/2000 - Legge delega disabilità

Quali sono gli obiettivi specifici che il progetto realizzerà?	*Finalità del progetto Destinatari iniziali del progetto sono gli operatori pubblici ASP e Comuni e operatori privati ETS impegnati nell'area della disabilità e non autosufficienza nel DSS19, e destinatari finali le persone con disabilità 17/25 anni e le loro famiglie residenti nel DSS19, con le finalità di:*	Quali sono gli indicatori quantitativi o qualitativi che mostrano se, ed in che misura, gli obiettivi specifici del progetto sono realizzati?	Quali sono le fonti delle informazioni che esistono o possono essere raccolte? Quali sono i metodi richiesti per ottenere queste informazioni?	Quali sono i fattori e le condizioni non sotto il controllo diretto del progetto che sono necessarie per realizzare questi obiettivi? Quali rischi devono essere tenuti in considerazione?
	OS1.1 *Migliorare le procedure per la valutazione Multidisciplinare della persona;*	**IOS1.1**Revisione/Definizione di n. 1 procedura/ protocollo operativo per la valutazione multidisciplinare della persona nel DSS19	1.1.Normativa nazionale/Definizione fonti rilevanti 1.2.Normativa regionale/definizione fonti 1.3.Documenti,Protocolli,accordi pregressi ASP-comuni/definizione documenti 1.4.Criticità pregresse nell'attivazione dell'UVM /questionario,intervista a Operatori sociali e sanitari)	Convenzione Internazionale diritti persone con disabilità Strategia Europea Decreti attuativi legge delega del 31/12/2021
	OS1.2 *Promuovere dell'utilizzo di strumenti di valutazione basati su ICF e definire cluster e profili di gravità e funzionamento della persona per la progettazione individualizzata e definizione del budget di progetto/salute;*	**IOS1.2** Formazione degli operatori dei Comuni, ASP e ETS su ICF, ICD e applicazione della scheda SVAMDI/1 percorso formativo. **IOS1.2.1** Definizione dei profili di funzionamento e gravità	2.1. Rilevazione del bisogno formativo attraverso una scheda predisposta dal GdL 2.2. Partecipazione/n. operatori formati (fogli firma) 2.3. Gradimento e apprendimento/schede di rilevazione	
	OS1.3 *Promuovere un linguaggio "People First";*	**IOS1.3** Documentazione e comunicazione revisionati e adeguati al linguaggio P.F/n. documenti e	3.1.Documento Ministero della disabilità 3.2.Documento progetto Osservatorio nazionale/Anffas/Intesa San Paolo	

		comunicazioni visionati/revisionati		
	OS1.4 *Migliorare le metodologie e i modelli per la progettazione individualizzata;*	**IOS1.4** Documenti/ 1 Modello di progettazione individualizzata e allegata linea guida/istruzione operativa	4.1. Normativa ex art. 14/328, L.112/2016, Studi, documenti ETS es, ANFFAS	
	OS1.5 *Migliorare e valorizzare le conoscenze e le competenze degli operatori, le pratiche nell'area della disabilità mettendo a sistema e diffondendo le esperienze e le pratiche.*	**IOS1.5** Formazione sul campo/N. attività **IOS1.5.1** Implementazione del percorso/n. revisioni, n. valutazioni **IOS1.5.2** Scambi tra operatori/piattaforma **IOS1.5.3** Redazione/pubblicazione documenti	5.1.Analisi documenti/Best practices altri contesti regionali/studi e sperimentazioni (es. ANFFAS)	
	OS1.6 *Applicare il percorso su campione di 25 persone (età 17-25 anni) con disabilità in uscita dal percorso scolastico (passaggio età evolutiva-età adulta)*	**IOS1.6** Valutazioni/n.UVM/UVD e n. SVAMDI, N.25 Progettazioni/N. 22 Progetti individualizzati definiti	6.1.Percorso/procedura DSS19	

Quali sono i risultati concreti previsti per realizzare gli obiettivi specifici? Quali sono gli effetti ed i benefici previsti del progetto? Che miglioramenti e cambiamenti saranno prodotti dal progetto?	***Risultati del progetto***	Quali sono gli indicatori da misurare per verificare se, ed in che misura il progetto realizza i risultati e gli effetti previsti?	Quali sono le fonti delle informazioni sul progresso del progetto?	Quali fattori esterni e condizioni devono essere realizzate per ottenere i risultati previsti?
	***R*1.1.1.2.3.4.** *Adozione nel DSS19 da parte degli operatori di una procedura per la Valutazione Multidisciplinare (UVM/UVD) per le persone con disabilità, di uno strumento di valutazione basato su ICF per l'elaborazione del progetto individualizzato e la definizione del budget di progetto;*	***IR*1.1.1.2.3.4.** Protocollo, Accordo di programma/N. 1 accordo di programma IR2. N. UVM-UVD/N. Schede SVAMDI- 80% utilizzo SVAMDI	2.3.4.Approvazione del percorso da Comitato dei Sindaci 2.3.4.1.Report del Responsabile UVM/UVD	Adesione degli Enti coinvolti (governance distrettuale) Decreti attuativi Legge delega Decreti regionali Motivazione Stabilità del personale Fonti di finanziamento dei progetti
	***R*1.1.1.2.3.4.1.** *Diffusione e utilizzo di un linguaggio People First;*	**IR1.1.1.2.3.4.1.** Documenti prodotti revisionati People first /N documenti prodotti revisionati- 100%	2.3.4.2.Report del Coordinatore GdL Responsabile Ufficio PdZ 3.4.1.1Report dei Responsabili SS Comuni- report finale del Responsabile Ufficio PdZ	
	***R*1.1.1.5.** *Acquisizione da parte degli operatori di conoscenze e competenze adeguate all'utilizzo di metodi e strumenti adottati.*	**I*R*1.1.1.5.** Partecipazione degli operatori alle attività formative n. 30 operatori formati/n. 36 previsti	5.1.Report questionari di apprendimento; Report sessioni formative, laboratori, workshop, formazione sul campo prodotti da Coordinatore GdL/ Responsabile Ufficio PdZ	
	R1.1.1.5.1. *Utilizzo dei prodotti sviluppati (metodologie,*	**IR**1.1.1.5.1. Numero buone pratiche applicate : n. UVM/UVD, n. SVAMDI/n. Progetti Ind.	5.1.1.Report sperimentazione del percorso da parte di Coordinatolre GdL/ Responsabile Ufficio PdZ	

	procedure, modelli) e delle best practices diffuse dalla comunità di pratiche pubblico-privata nella sperimentazione ***R***1.1.1.6. *Esigibilità per le persone con disabilità della progettazione individualizzata.* ***R*1.1.1.5.1.1** *Disseminazione dei risultati*	**IR**1.1.1.5.1.2. N. Comuni coinvolti che utilizzano i prodotti sviluppati/ n. 13 Comuni - almeno 10 Comuni **IR**1.1.1.5.1.3 N. ETS coinvolti che utilizzano i prodotti - 80% **IR**1.1.1.5.1.4 Network territoriale/ 1 network costituito **IR**1.1.1.5.1.5 N. accessi alla piattaforma ***IR***1.1.1.6. N. richieste PI sperimentazione/ N. progetti elaborati (90% delle richieste) **IR1.1.1.5.1.1**Evento/n. 1 convegno IR1.1.1.5.1.2 Comunicazione/n. 1 brochure, n. 1 newsletter rivolta anche agli altri ambiti	6.1.Report dei Resp. SS Comuni/Resp. UVM e UVD Report finale del Resp. Ufficio PdZ 5.1.1.1.Documento tecnico del progetto/percorso redatto da Coordinatore GdL/Resp. Ufficio PdZ	
Quali sono le attività chiave da effettuare ed in che ordine di sequenza verranno svolte per produrre i risultati previsti?	**Attività** **A.1.1.1.2.3.4.** Costituzione e avvio di GdL (multi attore) all'ambito della "rete territoriale per la protezione e l'inclusione sociale " tavolo tematico della disabilità e non autosufficienza D19 per la revisione di procedure, strumenti, metodi e linguaggio. Analisi dei documenti esistenti e della normativa Nazionale	**Mezzi:** Quali sono i mezzi richiesti per effettuare queste attività, (personale, attrezzature, addestramento, studi, forniture, strutture operative, ecc.). Personale GdL N. 5 Ass. Sociali (3 Comuni DSS19, 1 ASPCT,1 COOP.SOC, 1 Associazione famiglie) N. 4 Medici ASPCT (DSM, UVD, UVM, NPIA) n. 9 ore mensili (tre incontri di tre ore ciascuno in presenza) - Locali del Centro diurno del Comune di San Gregorio di Catania e aula informatica distretto sede di Sant'Agata Li Battiati.	45 ore Cat. D2 costo orario 20,15 = € 906,75 (cofinanziamento) 36 ore Cat. E2 costo orario 24,25 = € 873,00 (cofinanziamento) Utilizzo locali gratuito per attività a rilevanza istituzionale	Quali pre-requisiti sono richiesti prima dell'avvio del progetto? Quali condizioni fuori del controllo diretto del progetto devono essere tenuti presenti per l' implementazione delle attività previste? Partecipazione e accompagnamento delle persone con disabilità Destinazione al progetto di risorse nell'ambito della programmazione locale. Avvio di percorsi per l'inclusione lavorativa

	e regionale di riferimento. Ricognizione e analisi delle carenze amministrative, integrazione SS, tecniche e progettuali nel DSS. Individuazione e trasferimento di modelli procedurali funzionali ad una corretta applicazione dei diritti sanciti dalla CRDP e della normativa relativa alla disabilità. Il GdL procederà con incontri di analisi e valutazione di documenti, focus group con associazione/famiglie e ETS, elaborazione di procedura operativa UVD/UVM, istruzione operativa SVAMDI, linee guida progetto individualizzato. **A.1.1.1.5.** Formazione degli operatori coinvolti (pubblici e privati) in modalità blended: n. 2 sessioni su piattaforma TEAMS e n. 1 sessione in presenza. Successiva formazione sul campo su casi reali/studio con 1 incontro di 4 ore x 4 gruppi di lavoro di n. 9 operatori condotti da n. 1 docente e 1 tutor Operatori coinvolti nel percorso formativo: 8 Medici Distretto (tra cui presenti: Psichiatra,	- Documentazione in formato elettronico (Analisi, studi, documenti/Numero documenti e norme analizzati) Formazione blended: N. 2 docenti interni (1 medico e 1 ass. sociale) x 2 sessioni di 4 ore, totale 16 ore N. 1 docente esterno tot. 4 ore Tot.ore docenza n. 20 Materiale didattico per i partecipanti su cloud. N. 1 segret. Organizz. Interna e accreditamento Pc e proiettore Formazione sul campo: N. 1 docenti e 1 tutor interni per n. 4 ore x 4 GdL Totale 16 ore docenza Totale 16 ore tutoring Materiale di lavoro: PC/notebook, schede progetto, ICF manuale online (rete classificazioni)	€ 27,00x 16 ore= 432,00 (cofinanziamento) €43,00x4 ore= € 172,00 €19,17x 5 ore=95,85 (cofinanziamento) €27,00x16=€432,00 €20,15x16ore=€322,00 Costo forfettario € 360,00	Attività di copragrammazione e coprogettazione dei servizi e degli interventi Necessità di servizi/interventi flessibili e personalizzabili Integrazione con altre programmazioni a livello locale Coinvolgimento delle imprese

	Neuropsichiatra, Fisiatra, Neurologo) 13 Assistenti sociali Comuni (almeno 1 per ogni comune) 1 Psicologi (ASP/Comuni) 13 Operatori ETS (Ass. sociali, educatori, Psicologi) Accreditamento del percorso formativo ECM e ORDIAS a cura dell'ASPCT **A.1.1.1.5.1** Creazione una rete-comunità di pratiche pubblico-privata tra gli operatori formati e non dei Comuni, ASP, ETS allargata ad altri enti pubblici e privati con incontri mensili su piattaforma TEAMS, raccolta documentazione, monitoraggi, condivisioni ,esperienze, progetti, incontri territoriali. **A.1.1.1.6.** Sperimentazione del percorso (Svamdi//UVM/D su 25 giovani-adulti in uscita dal percorso scolastico (anni 17-25) residenti nei 13 Comuni del distretto Le attività sono le azioni o i mezzi che devono essere intrapresi per produrre i risultati. Ricapitolano che cosa sarà intrapreso dal progetto.	Fogli firma registrazione presenze Questionario di apprendimento Questionario di valutazione Piattaforma TEAMS 1 Coordinatore n. 8 ore mensili Equipe UVD/UVM integrata da operatore Comune/ETS/Persona-famiglia Locali ASP Progetti Sostegni	Pacchetto € 6.120,00 (30 mesi) €20,15x8= 161,20x6 mesi= 967,20 Attività istituzionale Il budget di progetto viene definito con l'individuazione e la valutazione dei beneficiari con risorse a valere su: Fondi comunitari, FNA, Fondo L.112/2016, Fondi Regionali, Fondi Comunali, Fondo sanitario, fondi privati.	

3.11 Innovatività

INNOVATIVITA'	
Attività	**Descrizione**
Le tecnologie innovative che saranno utilizzate	Le modalità operative gestionali saranno integrate con modalità tecnologiche (sportelli on line, piattaforme, cartelle informatizzate) secondo gli orientamenti di sviluppo della digitalizzazione e in particolare nella P.A.
I processi innovativi che saranno utilizzati	Sviluppo dei processi di integrazione sociosanitaria nel DSS19. Partecipazione alla programmazione, progettazione e gestione (pubblico-privato), collaborazione e scambio interistituzionale pubblico-privato. Partecipazione attiva dei beneficiari e delle loro famiglie; integrazione con altre programmazioni a livello locale.
Le modalità innovative che saranno utilizzate	Comunità di pratiche interistituzionale pubblico-privata, coprogrammazione, co-progettazione dei servizi e degli interventi mirati allo sviluppo di un welfare generativo-comunitario.
I prodotti innovativi che saranno utilizzati	Accordi, patti, accreditamento, i flussi di documenti, informazioni, pratiche, documentazione e forum su piattaforma a disposizione degli operatori e degli enti con specifiche sezioni per i cittadini;
Servizi innovativi per l'area territoriale di riferimento che saranno sviluppati (specificare gli elementi di innovatività dei servizi.	Coinvolgimento delle imprese e delle risorse comunitarie nella produzione di servizi sociali e nella formazione in house finalizzata all'acquisizione di abilità e competenze per l'inserimento lavorativo, produzione di prodotti/servizi e reddito con la partecipazione attiva dei beneficiari.

3.12 Trasferibilità

Il piano per le sue caratteristiche, l'area di azione e metodologia potrebbe essere trasferito agli altri 54 DSS della Sicilia a partire dai 9 DSS della città Metropolitana di Catania, con variazioni legate ai contesti territoriali e all'organizzazione dei servizi. Gli aspetti che consentono una trasferibilità sono legati a:

- L'organizzazione dei distretti sociosanitari della Sicilia a livello di governance è stata uniformata a seguito di D.P. n. 574/GAB (GURS n. 33 del 30/07/2021);
- le risorse economiche derivanti dai Fondi Nazionali e Regionali, Comunitari hanno le medesime regie: regionale (Regione Sicilia) e nazionale (Ministero del lavoro e delle politiche sociali) per cui l'omogeneità teorica in linea programmatica consentirebbe l'utilizzo delle medesime risorse con specificità e innovatività legate ai contesti locali, all'organizzazione della rete dei servizi e al coinvolgimento degli attori multilivello locali a programmi di sviluppo locale (es. aree rurali, interne).

Il processo di trasferibilità potrà partire "dal basso" attraverso la condivisione tra operatori, ETS e istituzioni degli ambiti. Il modello, la sua diffusione e sperimentazione attraverso la comunità di pratiche allargata, la rete dei DSS, le OO.SS., Comitati dei Sindaci, potrà essere proposto e recepito a livello regionale e avere risorse specifiche per la sua implementazione.

3.13Durata-Cronoprogramma

Attività n.	Anno 2022				Anno 2023				Anno 2024		
	Trimestre				Trimestre				Trimestre		
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III
PREPARAZIONE											
REALIZZAZIONE											
AS1. Diritti e innovazione nel sistema di welfare comunitario per le persone con disabilità/Qualità dell'integrazione sociosanitaria territoriale partecipata											
A1.1.1.2.3.4. Costituzione e avvio di GdL (multi attore) all'ambito della "rete territoriale per la protezione e l'inclusione sociale " tavolo tematico della disabilità per la definizione del modello di valutazione multidimensionale e progettazione individualizzata											
A1.1.5. Formazione degli operatori coinvolti (pubblici e privati) corso e formazione sul campo											
A1.1.5.1 Creazione una rete-comunità di pratiche pubblico-privata tra gli operatori formati e non dei Comuni, ASP, ETS allargata ad altri enti pubblici e privati.											
A1.1.6. Sperimentazione del percorso (Svamdi//UVM/D su 25 giovani-adulti in uscita dal percorso scolastico (anni 17-25) residenti nei 13 Comuni del distretto											
A1.1.7.Diffusione e disseminazione dei risultati											
AS2 Innovazione nella programmazione e progettazione e gestione dei servizi e degli interventi											
A2.2.1. Pubblicazione di avviso per la costituzione di un tavolo permanente per la coprogrammazione e la coprogettazione locale e avvio di incontri della Rete Territoriale allargata a nuove adesioni per l'analisi socioeconomica del territorio e individuazione di bisogni e priorità.											
A2.2.2. Definizione di protocollo d'intesa/regolamento, modulistica, convenzioni, avvisi, e schemi finalizzati ad accompagnare e semplificare il percorso											
A2.2.3. Costituzione e avvio di un tavolo per la coprogrammazione e la coprogettazione degli interventi nel DSS19 in integrazione , con definizione di 4 aree di lavoro sui temi: istruzione, lavoro, abitare, partecipare											
A2.2.4 Definizione partecipata di check list relative standard di qualità dei servizi e interventi non standardizzati											
A2.2.5. Definizione e avvio progetti su: scuola, lavoro, abitare e partecipare											

3.14 Piano finanziario

Piano finanziario AS1

Piano finanziario AS1								
Voci di spesa	**Numero**	**Unità**	**Costo unitario in Euro**	**Costi complessivi in Euro**	**Cofinanziamento Comuni**	**Cofinanziamento Asp**	**Cofinanziamento ETS**	**Finanziamento**
1. Costi delle attivitá di progetto								
1.1 Costi d'investimento (beni e servizi)								
A.1.1.1.5 Formazione tecnica	16	ore	€ 27,00	€ 432,00	€ 302,40	€ 129,60		
A.1.1.1.5 Formazione specialistica	4	ore	€ 43,00	€ 172,00				€ 172,00
A.1.1.1.5 Materiale di formazione	36	kit	€ 7,00	€ 252,00	€ 176,40	€ 75,60		
A.1.1.1.5 Segreteria organizzativa	5	ore	€ 19,17	€ 95,85			€ 95,85	
A.1.1.1.5.1 Piattaforma	40	30 mesi	€ 5,10	€ 6.120,00				€ 6.120,00
Totale costi d'investimento (beni e servizi)				**€ 7.071,85**	**€ 478,80**	**€ 205,20**	**€ 95,85**	**€ 6.292,00**
2. Costi del personale direttamente coinvolto nella realizzazione del progetto								
A.1.1.1.2.3.4/A3A.1.1.1.5.1 Coordinatore del progetto	144	ore	€ 20,15	€ 2.901,60	€ 2.901,60			
A.1.1.1.2.3.4 Personale D2 A.S. Ed.	45	ore	€ 20,15	€ 906,75	€ 453,37	€ 151,12	€ 302,24	
A.1.1.1.2.3.4 Personale medico	36	ore	€ 24,25	€ 873,00		€ 873,00		
Totale costi del personale				**€ 4.681,35**	**€ 3.354,97**	**€ 1.024,12**	€ 302,24	
COSTO TOTALE				**€ 11.753,20**	**€ 3.833,77**	**€ 1.229,32**	**€ 398,09**	**€ 6.292,00**

Piano finanziario AS2

Piano finanziario AS2								
Voci di spesa	**Numero**	**Unità C19**	**Costo unitario in Euro**	**Costi complessivi in Euro**	**Cofinanziamento Comuni**	**Cofinanziamento Asp**	**Cofinanziamento ETS**	**Finanziamento**
1. Costi del personale direttamente coinvolto nella realizzazione del progetto								
A2.2.1/2./3./4./5Coordinamento AS2	194,00	ore	€ 20,15	€ 3.909,10	€ 1.954,55			€ 1.954,55
A2.2.1./2. Personale Ufficio Piano D2	56,00	ore	€ 20,15	€ 1.128,40	€ 564,20			€ 564,20
A2.2.2./3./4./5Personale ASP D2	30,00	ore	€ 20,15	€ 604,50		€ 302,25		€ 302,25
A2.2.2./3./4./5Personale ASP E2	30,00	ore	€ 24,25	€ 727,50		€ 363,75		€ 363,75
A2.2.2./3./4./5 Personale ETS	60,00	ore	€ 20,15	€ 1.209,00			€ 604,50	€ 604,50
A2.2.2./3./4./5 Personale Comuni	60,00	ore	€ 20,15	€ 1.209,00	€ 604,50			€ 604,50
Totale costi del personale				€ 8.787,50	€ 3.123,25	€ 666,00	€ 604,50	€ 4.393,75
2. Costi di gestione								
Materiale di consumo				€ 500,00	€ 500,00			
Costi di comunicazione, etc.				€ 1.000,00				€ 1.000,00
Totale costi di gestione				**€ 1.500,00**	**€ 500,00**			**€ 1.000,00**
3. Costi per attività di informazione, divulgazione, sensibilizzazione sul territorio del DSS19								
A2.2.5. Evento territoriale	1	giorni	€ 500,00	€ 500,00	€ 250,00		€ 250,00	
A2.2.3. Animazione territoriale	24	ore	€ 483,60	€ 483,60			€ 483,60	
Totale costi informazione				**€ 983,60**	**€ 250,00**		**€ 733,60**	
COSTO TOTALE				**€ 11.271,10**	**€ 3.873,25**	**€ 666,60**	**€ 1.338,10**	**€ 5.393,75**
Cofinanziamento	**€ 5.877,95**							
Finanziamento	**€ 5.393,75**							

Riferimenti normativi

Internazionali

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006.

Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2031, adottata dalla Commissione Europea nel marzo 2021.

Nazionali

Legge 5 febbraio 1992, n. 104, "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

Decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1996, n. 503, "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici".

Legge 12 marzo 1999, n. 68, "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

Legge 8 novembre 2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Legge 9 gennaio 2004, n. 6, "Introduzione nel libro primo, titolo XII del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali".

Legge 3 marzo 2009, n. 18, "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità", con protocollo opzionale, emanata a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità".

Legge 22 giugno 2016, n. 112, "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".

Decreto 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" Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Decreto legislativo 12 aprile 2017, n. 66, "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'art. 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107".

Decreto 21 giugno 2017, “Ripartizione alle regioni delle risorse del fondo per l’assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare per l’anno 2017”, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Linee guida sulla vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 21novembre 2019, “Riparto del fondo per l’assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare per l’anno 2019”.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 21novembre 2019, “Riparto del fondo per l’assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare per l’annualità 2020”.

Decreto 7 dicembre 2021 “Riparto per l’annualità 2021 delle risorse del fondo per l’assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Piano nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), Programma Next Generation EU (NGEU)

Piano operativo per la presentazione da parte degli ambiti territoriali di proposte di adesione di cui alla Missione 5 “Inclusione e coesione”, componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore”, sottocomponente 1 “servizi sociali, disabilità e marginalità sociale, - Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 del PNRR, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, 2021.

Legge 22 dicembre 2021, n. 227, “Delega al Governo in materia di disabilità”.

Regionali

Legge regionale del 9 maggio 1986, n. 22, di riordino dei servizi socio-assistenziali;

D.P.R.S. n. 589/GAB. del 31 agosto 2018, art. 3 comma 4 lett. b), che disciplina le modalità e i criteri di erogazione ai Distretti Socio Sanitari per gli interventi finanziari in favore dei disabili gravi

Legge regionale del 9 maggio 2017, n. 8, art. 9 comma 1, di “Istituzione del Fondo unico regionale per la disabilità e per la non autosufficienza” modificata dall’art. 30 della legge regionale n. 8/2018;

D.P. n. 574/GAB, Linee guida per la programmazione del Piano di Zona 2021”.

Legge regionale 4 aprile 2022, n.5, Norme per l’accesso al lavoro dei non vedenti e dei disabili.

Riferimenti bibliografici

Arena, G., (2020), *Sussidiarietà orizzontale ed enti del Terzo Settore*, in Impresa Sociale n.3.

CRDP, (2007), *The Convention on the Rights of People with Disabilities* of the United Nations.

Bellanca, N., Biggieri, M. (2010), *Dalla relazione di cura alla relazione di prossimità. L'approccio delle capability alle persone con disabilità*, Collana Biòtopi, Napoli, Liguori.

Cosentino, A. (2009), *Dalla S.Va.M.Di. al progetto di vita*, Atti corso formazione, Regione Veneto, Verona, Centro Polifunzionale Don Calabria.

De Ambrogio, U., Guidetti, C., (2016), *La coprogettazione. La partnership tra pubblico e terzo settore*, Roma, Carrocci.

Giaccardi, C., Magatti, M. (2014), *Generativi di tutto il mondo, unitevi!*, Milano, Feltrinelli.

Griffo, G.E.A., (2009), *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e ICF*, in G. Borgnolo e altri (a cura) ICF e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, Trento, Edizioni Erickson.

Marra, A. (2009), *Ripensare la disabilità attraverso i disability studies in Inghilterra*, Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico, vol.1 (3).

Nussbaum M. (2002), *Giustizia Sociale e Dignità Umana*, Bologna, il Mulino.

Nussbaum, M., (2007), *Le nuove frontiere della giustizia. Disabilità, nazionalità, appartenenza di specie*, Il Mulino, Bologna.

Oliver, M. (1996), *Understanding Disability: From Theory to Practice*, Basingstoke, Macmillan.

Pantrini P. (2017), Orizzonte Vela: continua l'impegno di Fondazione CRC per la trasformazione dei servizi rivolti a persone con disabilità, www.secondowelfare.it, 30 novembre 2017.

Pfeiffer, D. (2001), *The Conceptualization of Disability. Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where We Are and Where We Need to Go*. Research in Social Science and Disability, New York, Elsevier Science.

Sen A.K. (1986), *Scelta, benessere, equità*, Bologna, Il Mulino.

Sen, A. K. (2009), "*Capability Reach and Limits*", in E. Chiappero-Martinetti (a cura di), Debating Global Society: Reach and Limits of the Capability Approach, Milano, Fondazione Giacomo Feltrinelli.

WHO/OMS (2001), *International Classification of functioning, disability and health*, Ginevra, World Health Organization ICF, Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, Trento, Edizioni Erickson.

Riferimenti siti web

https://asc.istat.it/ASC/

https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8376&furtherPubs=yes

https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health

https://www.camera.it/leg18/126?tab=2&leg=18&idDocumento=3347&sede=&tipo=

https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_RiformeInvestimentiMissioni.pdf
https://apps.who.int/iris/handle/10665/41003

http://daru.org.au

https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-5809-legislatura-11

https://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2020&num=1134

https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/salute-sociale/interventi-socio-sanitari/FOGLIA18/#id2

http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2019DG00000001967

https://www.fondazionecrc.it/images/documenti-progetti/vela/2016-vela-descrizione.pdf

https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2021/DD-450-del-09122021-PNRR-Adozione-piano-operativo-presentazione-proposte.pdf

http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g07-56/g07-56-d.pdf

http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g11-30o2/g11-30o2.pdf

https://www.aspct.it/amministrazione-trasparente/bilanci/bilancio-preventivo-e-consuntivo/2019/20190816/relazione_sulla_gestione_2018_(allegato_b_alla_delib._n.812-2019).pdf

https://lineediattivita.dipartimento-famiglia-sicilia.it/index.php?option=com_content&view=article&id=162&Itemid=113

http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g21-33o2/g21-33o2.pdf

https://disabilita.governo.it/it/notizie/le-parole-giuste-online-il-glossario-sulla-disabilita/