

# Corso di formazione per Amministratore di Sostegno



**La presa in carico della Persona con  
disabilità (ex DGRT 1642/2019)**

**Valutazione multidisciplinare e  
progetto di vita**

**Dr. Tiziana Silei Secchini**

**Coordinatore UVMD SdS Zona Firenze  
Dipartimento Rete Territoriale - AUSL Toscana Centro**

# INDICE

Le rete dell'accesso

Punto Unico di Accesso

La presa in carico : il case manager

La continuità della presa in carico

Unità di Valutazione Multidimensionale per la Disabilità (UVM -D)

Il Progetto di Vita (Budget di Salute)

Progetti Attivi e Risorse disponibili

Considerazioni finali

# PREMESSA

**La convenzione delle Nazioni Unite all'art.1 apporta la modifica al concetto di persona con disabilità che definisce:**

- *«persona che presenta durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la sua piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri»*

La disabilità non è più concepita come riduzione delle capacità funzionali determinata da una malattia o menomazione, ma è la risultante di una **relazione complessa tra condizioni di salute e fattori contestuali (ambientali e personali), in una interazione dinamica fra questi elementi che possono modificarsi reciprocamente** (approccio bio-psico-sociale).

# PREMESSA

Il percorso di presa in carico della persona con disabilità è dedicato alle persone con non autosufficienza non determinata dal naturale processo di invecchiamento che presentano *bisogni complessi* e necessitano di *una risposta sociosanitaria integrata e multiprofessionale*.

- La Regione Toscana ha definito politiche che mirano a **valorizzare la centralità della persona, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita**, in una logica diversa dal puro assistenzialismo attuato con l'erogazione di prestazioni, ma **orientata allo sviluppo e al raggiungimento della massima autonomia possibile, della vita indipendente e della personalizzazione degli interventi sociosanitari**. È solo conseguendo maggiori livelli di autonomia, infatti, che la persona può inserirsi socialmente nella vita della comunità, può accedere a percorsi lavorativi e prepararsi a vivere la fase del “dopo di noi”, in assenza dei genitori quali caregiver principali.

# La rete dell'accesso

**Obiettivo generale: definire un sistema di accesso UNITARIO e UNIVERSALISTICO garantendo modalità uniformi di accoglienza e segnalazione del bisogno attraverso una semplificazione delle procedure di accesso e una maggior riconoscibilità dei presidi**

**La DGRT  
1449/2017  
prevede  
l'implementazione di un  
SISTEMA A  
RETE**

- 1. gli sportelli di front-office, il cosiddetto **ACCESSO DIRETTO** del cittadino presso i presidi identificati (Punti Insieme e Segretariato sociale)
- **2. ACCESSO INDIRETTO** a seguito di segnalazioni da altri soggetti e/o servizi del sistema che hanno in carico il soggetto per altri motivi
- **3 .Punto Unico di Accesso** (back office) che rappresenta il punto di raccordo tra l'accesso e la fase di valutazione del bisogno
- *Si tratta di un sistema unico, coordinato e integrato in una logica di rete, di continuità e di appropriatezza fondato su un approccio progettuale e non meramente prestazionale*

# Accesso diretto

## Punti insieme e segretariato sociale



### Accesso diretto



Punti Insieme e Segretariato Sociale costituiscono la porta di accesso del cittadino al sistema integrato dei servizi territoriali per la disabilità.



Si configurano come luogo fisico dove ci si rivolge per segnalare il bisogno indistinto e si trova professionisti in grado di accogliere la domanda.



La persona attraverso questi servizi richiede la valutazione del bisogno; non fa domanda di accesso a prestazioni, servizi e/o contributi.



Il personale presente nei Punti Insieme o Segretariato sociale è formato sulle corrette modalità di accoglienza, sui servizi e procedure relative all'area della disabilità.

# Accesso diretto

## Punti insieme e segretariato sociale

Ascolto della persona e accoglienza del bisogno

Orientamento sulla rete dei servizi

Orientamento verso il servizio sanitario o sociale in caso di bisogno semplice

Individuazione di possibili urgenze e invio al servizio appropriato

Consegna di modulistica e supporto alla compilazione

Registrazione della segnalazione e prima lettura del bisogno (compilazione della scheda di segnalazione)

Apertura della cartella personale e trasmissione della documentazione al PUA nei casi di bisogno complesso

# Accesso Indiretto

L'accesso indiretto avviene a seguito di segnalazione di soggetti/servizi della rete territoriale e/o altri servizi del sistema socio-sanitario aziendale che hanno in carico la persona (MMG, UFSMIA, ospedale, ACOT, percorsi di riabilitazione) .

L'accesso indiretto si realizza nel caso ci si trovi in presenza di un bisogno socio-sanitario valutato come complesso dai servizi sopracitati, e si concretizza tramite l'invio di una segnalazione da parte dei soggetti che hanno in carico la persona direttamente al PUA, attraverso procedura informatizzata (istanza di valutazione alla UVM D).

**NB:** Tutti i soggetti della rete delle strutture pubbliche informative (es. PASS, URP ) oltre agli sportelli dell'associazionismo e terzo settore possono indirizzare i cittadini agli sportelli di accesso diretto del sistema dei servizi.

# Il Punto Unico di Accesso

Il PUA coordina il sistema della rete dell' accesso e rappresenta il raccordo funzionale tra la segnalazione del bisogno e la fase della valutazione; il nodo di collegamento di tutti i presidi e i soggetti che accolgono la domanda del cittadino, sia in forma diretta che indiretta; ha funzioni di coordinamento operativo, tecnico amministrativo e organizzativo; per fare questo si avvale di un idoneo sistema informativo.

## Principali funzioni previste del PUA:

Riceve la cartella personale dalla rete dell'accesso diretto

Riceve la segnalazione dei casi da parte della rete dell'accesso indiretto

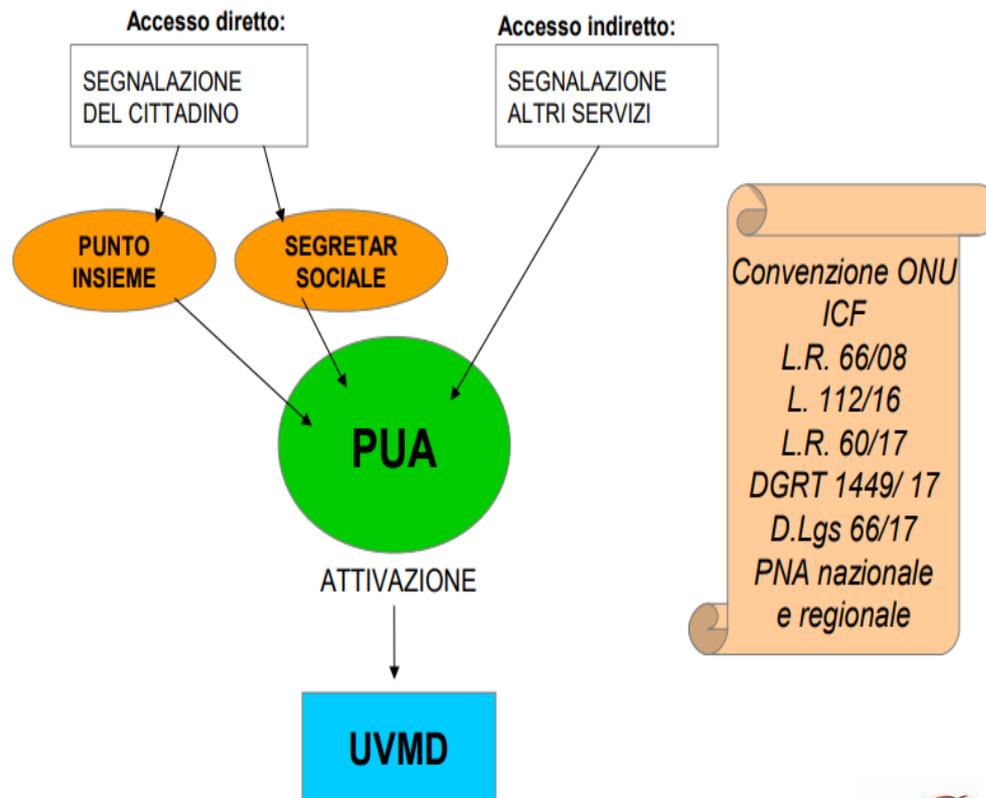
Predisporre le cartelle personali dei casi da valutare in UVM D

Supporta il funzionamento del team di transizione

Gestisce l'elaborazione dei dati di attività (es. debiti informativi nei confronti di SdS, Azienda Sanitaria e Regione)

Supporta gli operatori dei Punti insieme al fine di assicurare una modalità di accoglienza e informazione omogenea e adeguata

# IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO



Convenzione ONU  
ICF  
L.R. 66/08  
L. 112/16  
L.R. 60/17  
DGRT 1449/ 17  
D.Lgs 66/17  
PNA nazionale  
e regionale

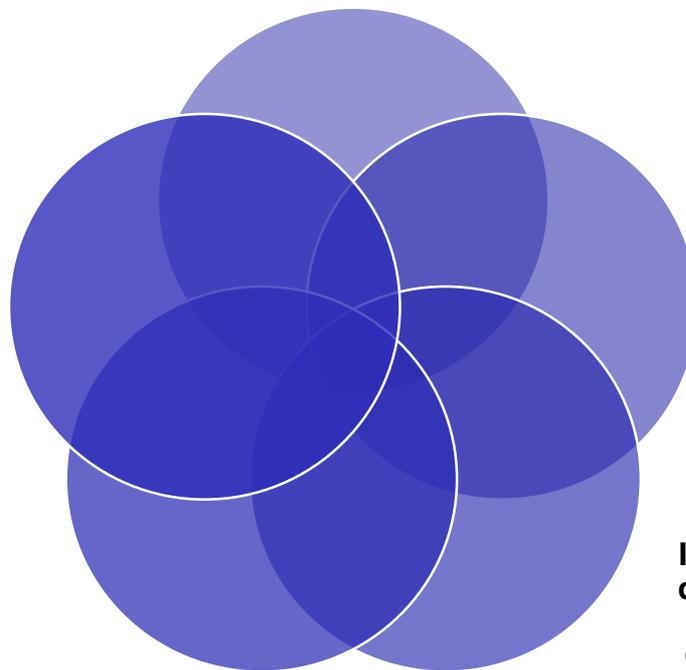
PROFILO DI FUNZIONAMENTO  
PROGETTO DI VITA  
(Budget di salute)



# La Presa in carico

La Presa in carico è una funzione assicurata dai servizi dell'Azienda USL/SdS/comune e si configura come un processo che deve essere garantito attraverso interventi e attività multiprofessionali con particolare riguardo alle situazioni complesse.

Fondamentale la valorizzazione già nella fase di avvio della presa in carico e soprattutto nella fase di progettazione **del ruolo attivo della persona disabile e della sua rete familiare e di prossimità** per promuovere ed incentivare le capacità, le risorse e l'autodeterminazione



Fondamentale al riguardo sono le **fasi valutative e di progettazione multidisciplinare**, indispensabili per la realizzazione del progetto di vita (L.R. 60/2017).

In ogni fase del percorso devono essere **esplicitati compiti e funzioni** di ciascun attore coinvolto con attribuzione di specifiche responsabilità e prerogative.

# La presa in carico : il case manager

Il Case Manager è un membro dell'equipè che ha in carico la persona e viene identificato tra i professionisti sociali e sanitari di riferimento, sulla base del bisogno prevalente e della tipologia di percorso individuato.

E' individuato dalla UVM D nella fase di definizione del Progetto di Vita e i suoi riferimenti sono annotati nella scheda progettuale.

Principali funzioni del Case Manager:

Segnala al Coordinatore dell'UVM D difficoltà nell'attuazione delle azioni previste nel progetto di Vita o eventuali variazioni dei bisogni e propone la rivalutazione del caso (Segnalatore);

Coordina il progetto di vita tra i vari soggetti che hanno un ruolo nell'attuazione delle azioni definite e svolge un ruolo di interfaccia tra la persona e i servizi/soggetti coinvolti per l'attuazione, monitoraggio e verifica del progetto (Facilitatore del progetto)

E' il referente organizzativo per la persona e/o i suoi familiari o il legale rappresentante

# La continuità della presa in carico -1

Il *Case Manager* individuato dalla UVMD ha il compito di promuovere la rivalutazione e ridefinizione del progetto di vita al modificarsi dei bisogni o delle condizioni sociali o sanitarie della persona al fine di garantire la continuità e l'appropriatezza del progetto stesso.

Fasi particolarmente delicate per la continuità assistenziale:

Passaggio dall'età minore, adulta e anziana (Progetto di transizione);

Raccordo tra presidi territoriali e le aree specialistiche (progetto integrato)

Integrazione tra il territorio e l'ospedale e tra territori diversi



# La continuità della presa in carico -2

## TRANSIZIONE MINORE ETA' ADULTA

**La fase di passaggio dalla minore età a quella adulta e il cambio degli interlocutori all'interno dei servizi deve essere caratterizzata da gradualità integrazione e coordinamento. Tutto ciò deve essere ben delineato in un momento FORMALE INTENZIONALE E PROGRAMMATO (Fase di transizione) .**

**Incontra la persona e la famiglia al fine di condividere il progetto di transizione**

# La continuità della presa in carico -3



# UVM DISABILI (UVMD)



UVM D è un articolazione operativa della zona distretto costituita con atto del Direttore che individua i componenti stabili, nomina il coordinatore e definisce le funzioni

Le UVM D è composta da un gruppo stabile e dedicato di professionisti tra cui un **medico di comunità** un **assistente sociale** e un **amministrativo di supporto**

Il nucleo stabile è integrato da professionisti e specialisti di riferimento della persona in base al bisogno prevalente o indicato dai percorsi specifici:

- ❖ MMG/PLS
- ❖ Assistente sociale di riferimento
- ❖ Fisiatra
- ❖ Psichiatra
- ❖ Terapista della riabilitazione
- ❖ Infermiere
- ❖ Educatore
- ❖ Neuropsichiatra infantile
- ❖ Altro specialista di riferimento

# Composizione UVMD Adulti



Azienda USL Toscana centro

## Componenti fisse

Medico del distretto, con funzioni di coordinamento, o suo delegato;

P.O. Sociale Disabilità Zonale o suo delegato;

Amministrativo.

## Componenti stabili

Medico Specialista di riferimento (Psichiatra o Fisiatra).

## Componenti a chiamata

Esperto della patologia (medico, psicologo, ecc.);

Infermiere;

Esercente la professione della Riabilitazione;

MMG;

Ass. Sociale che ha in carico l'utente.

## Composizione UVMD Minori



### Componenti fisse

Medico del distretto con funzioni di coordinamento o suo delegato;  
P.O. Sociale Disabilità Zonale o suo delegato;  
Amministrativo.

### Componenti stabili

Medico Specialista di riferimento  
(Neuropsichiatra Infantile).

### Componenti a chiamata

Esperto della patologia (specialista, ecc.);  
Infermiere;  
PDF o MMG;  
Ass. Sociale che ha in carico l'utente.

# **UVM D - Coordinatore nominato dal Direttore** **SdS/ZD**

Promozione in collaborazione con gli altri componenti stabili del **REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO** della UVM D Zonale

**COORDINAMENTO** della equipe UVMD attraverso instaurazione di rapporti stabili sia con i componenti fissi che con gli specialisti SMIA, SMA SERD Riabilitazione ecc..

Coordina e alloca le diverse fonti di finanziamento alla scopo di costituire un budget unico

Coordinamento della **CALENDARIZZAZIONE** dei casi da discutere nella seduta sulla base dei criteri di urgenza e priorità stabiliti nel regolamento

Verifica con il supporto degli altri componenti stabili la completezza della documentazione per la valutazione dei casi richiedendo eventualmente documentazione integrativa

Individua e convoca i professionisti necessari per la valutazione della persona e ove necessario i referenti di altri servizi o enti

E' il riferimento per il case manager per la richiesta di rivalutazione del caso e per la segnalazione di difficoltà di attuazione delle azioni previste dal progetto di vita

# UVM D - Funzione amministrativa

Supporta il coordinatore attraverso il raccordo con gli uffici amministrativi per la conoscenza il coordinamento e l'allocazione del risorse economiche allo scopo di comporre il budget unico della UVM D Zonale

Convoca le sedute dell'UVM d e trasmette il calendario dei casi da discutere

Raccoglie ogni eventuale altra documentazione utile

Redige il verbale della seduta

Si raccorda con gli altri uffici amministrativi competenti per l'attivazione delle azioni individuate nel progetto di vita

Gestisce e aggiorna eventuali graduatorie e/o liste di attesa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni

# UVMD Medico Specialista/ Psicologo (Area Disabilità)

La presenza dello specialista assume un ruolo specifico a seconda che la persona disabile sia minore o adulta.

Nel caso di **PERSONA MINORE** è il neuropsichiatra della UF SMIA zonale che ha in carico il bambino predispone il **profilo funzionale** e si raccorda con la scuola per la **predisposizione del PEI**, promuovendo l'inclusione scolastica e formativa dei bambini, alunni e studenti con disabilità (L. 104/92).

Nel caso di **PERSONA ADULTA** lo specialista di riferimento viene individuato sulla base del bisogno prevalente della persona.

La UVMD attiva la collaborazione e promuove l'interscambio di più specialisti (Psichiatra, Fisiatra, Neurologo, Psicologo ecc.), nonché delle altre figure sanitarie e socio sanitarie necessarie per la valutazione del caso.

**COMPITI** La valutazione della persona (esamina documentazione sanitaria) in collaborazione con altri specialisti e con gli professionisti coinvolti nella presa in carico (assistente sociale, MMG o Pediatra di famiglia)

**COMPITI** Effettua accertamenti ambulatoriali e/o domiciliari connessi alla definizione dei progetti

# Funzioni UVM D

EFFETTUA la valutazione multidimensionale del bisogno

DEFINISCE il profilo di funzionamento della persona secondo procedure definite a livello regionale

(il profilo di funzionamento per i casi in età scolare ricomprende competenze e misure per l'inclusione scolastica e la redazione del PEI)

DEFINISCE il progetto di Vita della persona

PROMUOVE la partecipazione della persona (e/o del suo legale rappresentante) sia nella fase valutativa che in quella progettuale

NOMINA il case manager della persona

Monitora, rivaluta e eventualmente ridefinisce il progetto

# Gli strumenti e le strategie di intervento

Progetto di vita e Budget di salute nascono come risposta al “diritto della persona con disabilità di poter predisporre di uno strumento che ricomponga in un unico ambito progettuale le indicazioni diagnostiche e i piani di intervento riferiti sia agli aspetti sanitari che a quelli sociali e sociosanitari”

**PROGETTO DI VITA** : nel rispetto dell'autonomia della persona, delle sue capacità di autodeterminazione individua la gamma di interventi, servizi e supporti che possono essere attivati per svilupparne le capacità e le potenzialità

**BUDGET DISALUTE**: consente di coordinare i percorsi e i servizi attivati **INTORNO** alla persona e di rendere note alla **UVMD** tutte le possibilità e le risorse che possono supportare il Progetto di vita

# IL PROGETTO DI VITA

Il concetto della centralità della persona con disabilità all'interno dei percorsi di accompagnamento ed inserimento sociale, affermato dal quadro normativo - a partire dalla Convenzione ONU - trova la sua sintesi nel progetto di vita, così come definito nella delibera di Giunta regionale 1449 del 2017;

Il Progetto di vita è il documento che, a partire dal profilo funzionale della persona, dai bisogni e dalle legittime aspettative e nel rispetto della propria autonomia e capacità di autodeterminazione, individua il ventaglio di possibilità, servizi, supporti e sostegni, formali (istituzionali) e informali, che possono permettere alla persona di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare le sue potenzialità, di poter partecipare alla vita sociale, di avere, laddove possibile, una vita indipendente e poter vivere in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri.

# Progetto di vita

- Il Progetto di vita della persona diventa dunque la sede nella quale **riunificare le risposte**, in termini di **obiettivi, sostegni e opportunità**, offerte dai sistemi sanitario e sociale, previdenziale e scolastico, lavorativo, ambientale/domestico e socio-relazionale, scelte in accordo con la persona e/o con i familiari. In esso devono confluire programmi e progetti individualizzati e personalizzati di cui sono titolari enti e soggetti diversi (PAP, PEI, PARG, PRI, ecc.), sotto la regia di un unico soggetto, la UVM disabilità.
- Uno strumento, dunque, pensato per **accompagnare in maniera dinamica l'evoluzione della persona**, in grado cioè di considerare i diversi bisogni espressi in altrettante fasi di vita e di coniugare il diritto all'autodeterminazione con interventi mirati a supportare ed accrescere le potenzialità e le capacità della persona stessa.
- Il **processo** che contraddistingue il progetto di vita si genera attraverso la **valutazione multidimensionale del bisogno, partendo dalla definizione del profilo funzionale della persona e considerando in maniera flessibile il variare dei contesti, le specifiche aspirazioni, i suoi desiderata.**

# IL BUDGET DI SALUTE

Il **budget di salute** costituisce il paniere di possibilità che la UVMD mette a disposizione della persona per la **realizzazione del progetto di vita** e deve ricomprendere tra le altre, le risorse previste a livello **previdenziale**, quelle **previste dai percorsi riabilitativi e assistenziali** garantite dai LEA, nonché i pacchetti assistenziali aggiuntivi; tutte le risorse costituite dall'apporto della famiglia adeguatamente sensibilizzata, informata e specificamente formata; le risorse del privato sociale, del volontariato e di tutte le associazioni che si occupano di disabilità ; nonché tutte le risorse che la UVMD può ricercare per il miglioramento delle performance ambientali.

- Gli interventi più significativi attivabili dalla UVMD sono :
- 1. Progetto Vita Indipendente (regionale e ministeriale)
- 2. Progetto Gravissime Disabilità
- 3. Dopo di Noi (Legge 112/2016)
- 4. Progetto In-aut
- 5. Inserimenti in struttura semiresidenziale o residenziale
- 6. Inclusione scolastica: rapporto con le scuole e ee.II.
- 7. Adattamento domestico

# LA PARTECIPAZIONE DELLA PERSONA

**La partecipazione della persona con disabilità alle fasi di valutazione e definizione del Progetto di vita è strategica rispetto alla efficacia dello stesso e deve essere pratica valorizzata e quanto più estesa all'interno di questo percorso, per meglio individuare preferenze, aspirazioni, desideri e talenti.**

La partecipazione della persona e della famiglia è assicurata con modalità definite prevedendo due distinti momenti di condivisione :

1. **fase istruttoria della valutazione**, nel quale sono indagati i bisogni, le legittime aspirazioni della persona, i suoi desideri, aspettative e preferenze;
2. **illustrazione preliminare di Progetto di vita**, al fine del coinvolgimento attivo e consapevole della persona nella definizione dello stesso.

**NB: La famiglia (o il legale rappresentante) deve essere coinvolta in tutti i casi di minore età, tutela, curatela e amministrazione di sostegno e può, comunque essere attivamente coinvolta sia dalla persona con disabilità che dai servizi, ove se ne ravvisi l'opportunità.**

**L'accettazione del Progetto di vita deve essere sancita attraverso la sottoscrizione dello stesso; analogamente, ogni eventuale rifiuto, anche solo parziale, deve essere attestato nel medesimo.**

# Amministratore di sostegno

Rappresenta **un ulteriore tassello del sistema di promozione, protezione e partecipazione**

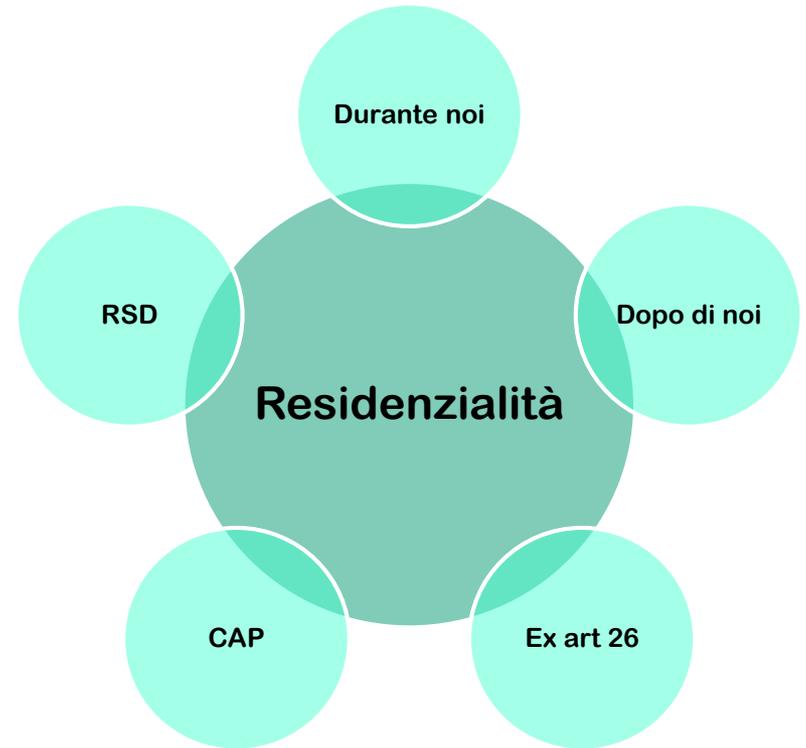
Introdotta dalla legge 9 gennaio 2006 n.4 che ha segnato un **cambiamento** nell'approccio della tutela delle persone fragili

La legge regionale 4 marzo 2020 n.18 e le linee di indirizzo per la sua attuazione (DGR 1452/2020) hanno focalizzato l'attenzione sulle **azioni di formazione e promozione** di questa figura:

Rappresenta **strumento di tutela** delle persone prive in tutto o in parte di autonomia, maggiormente flessibile e adattabile alle specifiche situazioni

Garantisce **supporto in termini di rappresentanza, assistenza e partecipazione** con l'obiettivo di sostenere la capacità residua della persona con disabilità e di valorizzare la centralità della persona e il **principio di autodeterminazione**

# Progetti UVMD Firenze



Azienda USL Toscana centro



# DISABILITA' GRAVISSIME

DGRT 680/2022 e DGRT 1071/2023

## DESTINATARI

- **Persone con disabilità gravissima (come definita dal DM 26 settembre 2016)**
- **indennità di accompagnamento e rispondenza a specifici criteri individuati dalla DGRT 680/2022 e DGRT 1071/2023**
- **ISEE per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria non superiore a 60.000,00 euro**
- **NON è A DOMANDA DIRETTA**

## SPESE AMMISSIBILI

- **contributo economico** finalizzato all'assunzione di un assistente personale o figura professionale di ambito sociale o all'acquisto di servizi e prestazioni presso soggetti accreditati o tramite libretto famiglia;
- **assistenza domiciliare diretta**, in termini di ore di assistenza alla persona e supporto alla famiglia, erogate dal servizio pubblico;
- **ricoveri di sollievo** in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare.

## CONTRIBUTO

- **ADULTI** Contributo economico mensile per assistente personale (contratto di lavoro): minimo euro 900,00 e massimo euro 1.200,00.
- **MINORI** : assegno di cura contributo minimo euro 800,00 e massimo euro 1.100,00.

# FONDO DESTINATO AL CAREGIVER

## DGRT 212/201 DGRT 717/2022 DGRT 78/2023

### DESTINATARI

- Caregiver familiari, come definiti dalla L. 205/2017, con priorità nei confronti di caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima
- **Requisiti** : indennità di accompagnamento oppure riconoscimento L.104/92 art.3 comma 3 e rispondenza a specifici criteri individuati dalla DGRT 717/2022 e 78/2023
- **NON è A DOMANDA DIRETTA**

### CONTRIBUTO

- **Contributo economico** mensile di euro 400,00 (assegno di cura) In presenza di altri contributi, lo stesso è ridotto fino alla concorrenza massima di tutti i contributi pari a euro 1.400,00 mensili. Tale tetto è ridotto a euro 1.100,00 mensili quando la persona con disabilità gravissima di minore età è già beneficiaria di un assegno di cura, finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori.
- L'erogazione è subordinata alla presentazione di dichiarazione, da parte del caregiver relativamente alla attività di cura del congiunto e alla eventuale, conseguente, ridotta capacità lavorativa

## RISORSE DESTINATE ALLA SLA

DGRT 721/2009 DGRT 1053/2011 DGRT  
723/2014

### DESTINATARI

- Persone con patologie dei motoneuroni nella **fase avanzata della malattia** assistite al domicilio (decreto dirigenziale n. 5725/2009 criteri fase avanzata e n. 8064/2021 elenco patologie)
- Tutte le persone che hanno i requisiti previsti, ricevono il contributo; non c'è lista di attesa

### CONTRIBUTO

- Contributo economico mensile per assistente personale (contratto di lavoro): euro 1.650,00

# VITA INDIPENDENTE REGIONALE

## DGRT 117/2022, DGRT 1564/2023, DGRT 1517/2023

### DESTINATARI

- persone con disabilità con capacità di esprimere direttamente, o attraverso un amministratore di sostegno, la propria volontà
- maggiore età
- certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92

### CONTRIBUTO

- **Contributo economico mensile:** minimo euro 800,00 e massimo euro 1.800,00
- E' un intervento a domanda da parte della persona

### SPESE AMMISSIBILI

- assistente personale o figura professionale di ambito sociale
- trasporto pubblico, privato e privato sociale (biglietti trasporti, spese trasporto privato sociale e carburante per trasporto privato)
- altre spese, purché motivatamente connesse al perseguimento degli obiettivi di vita indipendente
- Tutte le spese ammesse a finanziamento sono soggette a rendicontazione,

# VITA INDIPENDENTE MINISTERIALE In-Aut

## DGRT 759/2023

### DESTINATARI

- età superiore a 18 anni
- condizione di disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità -
- certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92 o riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale, non inferiore al 100% -
- residenza sul territorio della Società della Salute/ zona distretto

### CONTRIBUTO

- Contributo economico mensile: minimo euro 800,00 e massimo euro 1.800,00
- E' un **intervento a domanda da parte della persona** (Bando In Aut pubblicato da ciascuna SdS/ zd il 15 settembre di ogni anno sulla base dei fac-simile approvati con decreto dirigenziale n. 15621/2023) Possono presentare domanda anche le persone con disabilità, già collocate in lista di attesa per il finanziamento dei progetti regionali di vita indipendente, anche se è possibile beneficiare di un solo contributo.

### SPESE AMMISSIBILI

- assistente personale o figura professionale di ambito sociale
- housing e co-housing (affitto, materiale di consumo, utenze)
- trasporto pubblico, privato e privato sociale (biglietti trasporti, spese trasporto privato sociale e carburante per trasporto privato)

# Progetto In Aut – Indipendenza e Autonomia

**Il Progetto In Aut – Indipendenza e Autonomia** ha l'obiettivo di sostenere progetti integrati, personalizzati, che consentano alle persone con disabilità di condurre una vita autonoma, attraverso misure in grado di favorire la crescita della persona e il miglioramento della propria autonomia, nell'ambito dell'università, formazione, lavoro, auto-imprenditorialità, supporto alla genitorialità, alla vita domiciliare e sport.

Il bando prevede **una maggiore premialità di punteggio per i richiedenti più giovani** e per facilitare il loro percorso.

I bandi sono emanati dalle **Società della Salute** o dalla **Zona Distretto**, a cui le persone con disabilità residenti nella zona territoriale di riferimento possono presentare domanda.

Per ciascun progetto è previsto **un contributo massimo mensile di 1.800 euro** per la copertura delle spese relative all'assistente personale, spese di vitto, alloggio e trasporto e il progetto può avere una durata **da un minimo di 6 mesi ad un massimo di 12 mesi**.

# DOPO DI NOI Legge 112/2016

DGR 753/2017 - DGR 308/2020 - DGR 308/2020 - DGR 539/2021 - DGR 515/2022 - DGR 368/2023

## DESTINATARI

- **Persone con disabilità prive del sostegno familiare o in vista del venir meno del sostegno familiare.**
- Priorità di accesso:
  - a) persone con disabilità grave mancanti di entrambi i genitori, del tutto prive di risorse economiche reddituali e patrimoniali, che non siano i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità;
  - b) persone con disabilità grave i cui genitori, per ragioni connesse, in particolare, all'età ovvero alla propria situazione di disabilità, non sono più nella condizione di continuare a garantire loro nel futuro prossimo il sostegno genitoriale necessario ad una vita dignitosa;
  - c) persone con disabilità grave, inserite in strutture residenziali dalle caratteristiche molto lontane da quelle che riproducono le condizioni abitative e relazionali della casa familiare.

## INTERVENTI

- percorsi programmati di accompagnamento verso l'autonomia e di uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare (attività di preparazione all'autonomia)
- rivalutazioni delle condizioni abitative per le persone già inserite in un percorso di residenzialità extra-familiare (deistituzionalizzazione);
- soluzioni alloggiative con caratteristiche di abitazioni, gruppi-appartamento o soluzioni di cohousing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare (esperienze di residenzialità condivisa).
- **NON E' A DOMANDA DIRETTA**

# Progetto Dopo di Noi - L. 112/2016

"Dopo di Noi", ([Legge 112/2016](#)) è un percorso per favorire l'**autonomia**, il **benessere e la piena inclusione sociale delle persone con disabilità grave**, mediante interventi di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare e di supporto alla domiciliarità.

I protagonisti sono le persone con disabilità grave in età adulta, prive del sostegno familiare o in vista del venir meno della rete di genitori e congiunti, in una logica di **personalizzazione** degli interventi e **partecipazione** in modo attivo e fattivo del proprio progetto di vita.

L'obiettivo è favorire percorsi di **progressiva autonomia** delle persone con disabilità, compatibili con le loro abilità e competenze, nonché sostenere soluzioni alloggiative domiciliari di tipo familiare, alternative ai grandi istituti.

E' attivo su tutto il territorio regionale, attraverso la realizzazione di progetti presentati dalle Società della Salute, Zone Distretto, Comuni e Aziende USL, in co-progettazione con le associazioni e le fondazioni che operano a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

# Progetto Dopo di Noi - L. 112/2016

I **progetti presentati** composti da varie attività diretti a sostenere:

- 1.percorsi programmati e personalizzati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione (**Ambito A**)
- 2.il supporto alla domiciliarità in **soluzioni alloggiative** in abitazioni, gruppi appartamento o soluzioni di **co-housing** supportato che riproducano le condizioni abitative e le relazioni della casa familiare (**Ambito B**);
- 3.percorsi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia e una migliore gestione della vita quotidiana (**Ambito C**).

Il progetto prevede inoltre la stipula di sinergie con ordini professionali, dirette a facilitare le persone con disabilità e le loro famiglie, negli aspetti ed adempimenti di carattere fiscale, economico, finanziario e patrimoniale, ed anche giuridico e legale.

# ADA - interventi adattamento domestico

## Premessa

Il modello prevede presenza di esperti di accessibilità nelle UVMD delle Zone distretto/Società della Salute, che, in modo integrato, realizzano sopralluoghi presso il domicilio delle persone con disabilità con la finalità di redigere una **consulenza** che sarà poi consegnata alla famiglia.

La consulenza è la parte più importante e innovativa del servizio: si tratta infatti di un documento che nasce da una valutazione degli **aspetti ambientali** del domicilio, **aspetti sanitari** e **valutazione sociale** e produce l'insieme delle **soluzioni progettuali volte a migliorare l'autonomia della persona nella sua abitazione e a facilitare l'eventuale attività di chi presta assistenza**

La grande novità è che con la deliberazione 1446/2018, questo tipo di intervento entra a far parte, in modo stabile, degli interventi che la UVMD può prevedere all'interno del progetto di vita della persona con disabilità al fine di sostenere la permanenza a domicilio ed evitare l'istituzionalizzazione, nell'ottica del miglioramento della qualità della vita.

E' compito dell' UVMD, attivare il servizio chiedendo direttamente al Centro Regionale Accessibilità (CRA) la messa a disposizione dell'esperto.

# ADA - interventi adattamento domestico

Le **soluzioni** proposte nella consulenza riguarderanno tre aree d'intervento:

- 1.opere edilizie
- 2.arredi e attrezzature
- 3.tecnologie per l'accessibilità e l'automazione dell'ambiente

La delibera prevede anche l'erogazione di un **contributo economico massimo di € 5.000,00** indipendentemente dalla tipologia degli interventi e dalla spesa prevista.

Il contributo è da intendersi come cofinanziamento al costo di realizzazione .

ZD/SdS USL Toscana Centro	Numero richieste 2021	Numero richieste 2022
SdS Firenze	5	7
ZD Firenze Sud-Est	5	8
SdS Fiorentina Nord-Ovest	6	6
SdS Valdinievole	1	0
SdS Mugello	2	0
SdS Empolese	0	7
SdS Pratese	0	4
SdS Pistoiese	0	0
<b>Totale ASL TC</b>	<b>19</b>	<b>32</b>

# IN SINTESI

Obiettivo finale del percorso normativo Regionale è realizzare le seguenti condizioni:

- **piena ed efficace partecipazione e inclusione sociale della persona con disabilità** su una base di eguaglianza con gli altri: **garanzia del diritto allo svolgimento di un ruolo attivo nella comunità** (inserimento scolastico/lavorativo), **partecipazione alla vita culturale, alle attività ricreative, allo sport e al tempo libero, attraverso progetti di inclusione sociale** che riconoscano la possibilità alla persona di esprimere le proprie capacità e, laddove possibile, realizzare una vita indipendente
- **Il diritto alla definizione del profilo funzionale e alla valutazione multidimensionale dei bisogni** che consenta un'allocazione equa di risorse, benefici e interventi, al fine di superare la frammentazione, la variabilità di approccio e la ridondanza dei diversi percorsi valutativi finalizzati all'erogazione e/o all'attivazione di specifici interventi e servizi;
- La possibilità di accedere a tutto quello che occorre per il **soddisfacimento dei bisogni e delle aspirazioni della persona attraverso la definizione del Progetto di vita.**

# GRAZIE DELL'ATTENZIONE

