

**LINEE DI INDIRIZZO PER UN NUOVO SISTEMA TERRITORIALE SOCIOEDUCATIVO
PER LA DISABILITÀ ADULTA
DOCUMENTO FINALE TAVOLO DI CO-PROGRAMMAZIONE**

1. Premessa

Azienda Sociale Cremonese, con Determinazione n. 11 del 17 febbraio 2025 (Prot. n. 1880/2025), ai sensi dell'art. 55 del d. lgs. n. 117/2017 e ss. mm ha pubblicato un Avviso pubblico per l'individuazione di Enti del Terzo Settore (ETS) interessati alla co-programmazione di un nuovo sistema di offerta sociale distrettuale rivolta alle persone adulte in condizione di disabilità residenti nell'Ambito Territoriale Sociale Cremonese.

Le riflessioni contenute nel presente documento rappresentano gli esiti della co-programmazione, come indicato all'Art. 10 dell'Avviso, e sono il frutto del lavoro condiviso nel Tavolo di co-programmazione (periodo marzo-maggio 2025) coordinato dall'Équipe Disabilità di Azienda Sociale Cremonese con la partecipazione dei referenti degli ETS: Sentiero, Meraki, LAE, Koala, Gruppo Gamma, Cosper, Agropolis, Dolce, ANFFAS Cremona APS e Fondazione Franca e Giuliana Azzolini.

Sullo sfondo, le novità introdotte dai recenti dispositivi nazionali (Legge 227/2021, Delega al Governo in materia di disabilità¹ e, in particolare, il Decreto Legislativo del 3 maggio 2024 n. 62²) e regionali (L. r. 25/2022³), a partire dalla valutazione multidimensionale per arrivare all'elaborazione ed attuazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato: cambia la visione della persona con disabilità che, nella realtà quotidiana, si trasforma passando da "una condizione patologica da curare" ad una condizione articolata di possibilità e di esercizio di libertà.

Novità che, pur tra incertezze normative e disposizioni operative rispetto al prossimo futuro⁴, costringono il welfare sociale, educativo e socio-sanitario locale a ripensarsi profondamente per fare fronte ai cambiamenti che la "messa a terra" della riforma sulla disabilità provocherà rispetto alle attuali modalità di presa in carico delle persone con disabilità e all' attuale offerta di servizi in interventi.

Il contributo di questo documento si posiziona nel perimetro del welfare sociale e socio-educativo territoriale, nella consapevolezza che sia necessario investire contestualmente in processi collaborativi capaci di attrarre anche i *policy maker* socio-sanitari e sanitari verso un nuovo modello di welfare locale davvero integrato e capace di raccogliere le sfide che ci attendono.

¹ Legge 22 dicembre 2021, n. 227 Delega al Governo in materia di disabilità.

² D.lgs. 3 maggio 2024, n. 62, "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato".

³ Legge regionale 6 dicembre 2022 - n. 25, "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento de diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità".

⁴ Il Decreto Milleproroghe (D.L. 27 dicembre 2024, n. 202), convertito con modificazioni nella Legge 21 febbraio 2025, n. 15, ha posticipato al 1° gennaio 2027 l'entrata in vigore della Riforma della Disabilità, prevista dal D.Lgs. 62/2024. Il rinvio è stato introdotto con l'articolo 19-quater della legge di conversione, che ha anche prolungato da 12 a 24 mesi la sperimentazione del nuovo sistema di accertamento, inizialmente prevista per nove province.

2. Valutazione multidimensionale e progetto di vita nei dispositivi normativi.

Sia la normativa nazionale (L. 227/2021) che regionale (L. r. 25/2022) introducono il **progetto di vita** individuale, personalizzato e partecipato, quale *“progetto della persona con disabilità”, “strumento finalizzato a garantire il diritto alla piena inclusione e partecipazione all’interno della società”⁵* che, *“partendo dai suoi desideri aspettative e preferenze”⁶*, è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, gli interventi, i servizi, i sostegni, formali e informali, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri⁷, compresi *“i contesti lavorativi e scolastici nonché quelli culturali e sportivi, e in ogni altro contesto di inclusione sociale”⁸*.

Il **progetto di vita** deve essere *co-progettato* nella logica del **budget di progetto**, nel quale *“devono essere individuate le risorse necessarie per dare attuazione al progetto individuale, tenuto conto delle concrete necessità dell’interessato”⁹*.

Il procedimento di **valutazione multidimensionale** (Figura 1), derivante dalla richiesta di progetto di vita individuale promossa dalla persona con disabilità, ha il compito di *“evidenziare le condizioni e il contesto di vita, gli interessi, i bisogni, le richieste, i desideri e le preferenze della persona stessa”*. In questo senso dà avvio al percorso di *co-progettazione*¹⁰ del progetto di vita.



Il procedimento di valutazione multidimensionale è svolto sulla base di un metodo multidisciplinare fondato sull’approccio bio-psico-sociale, tenendo conto delle indicazioni dell’ICF e dell’ICD¹¹ e considerando quanto evidenziato dal certificato che riconosce la condizione di disabilità esito della valutazione di base¹².

⁵ Art. 2, Legge regionale n. 25 del 6 dicembre 2022.

⁶ Art. 6, comma 2, Legge regionale n. 25 del 6 dicembre 2022, “Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all’inclusione sociale di tutte le persone con disabilità”.

⁷ Art. 2, D.lgs. 3 maggio 2024, n. 62.

⁸ Art. 2, punto 5), Legge n. 227 del 22 dicembre 2021.

⁹ Art. 7, comma 1, L. r. 25/2022.

¹⁰ Art. 6, comma 2, Legge regionale n. 25 del 6 dicembre 2022, Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all’inclusione sociale di tutte le persone con disabilità.

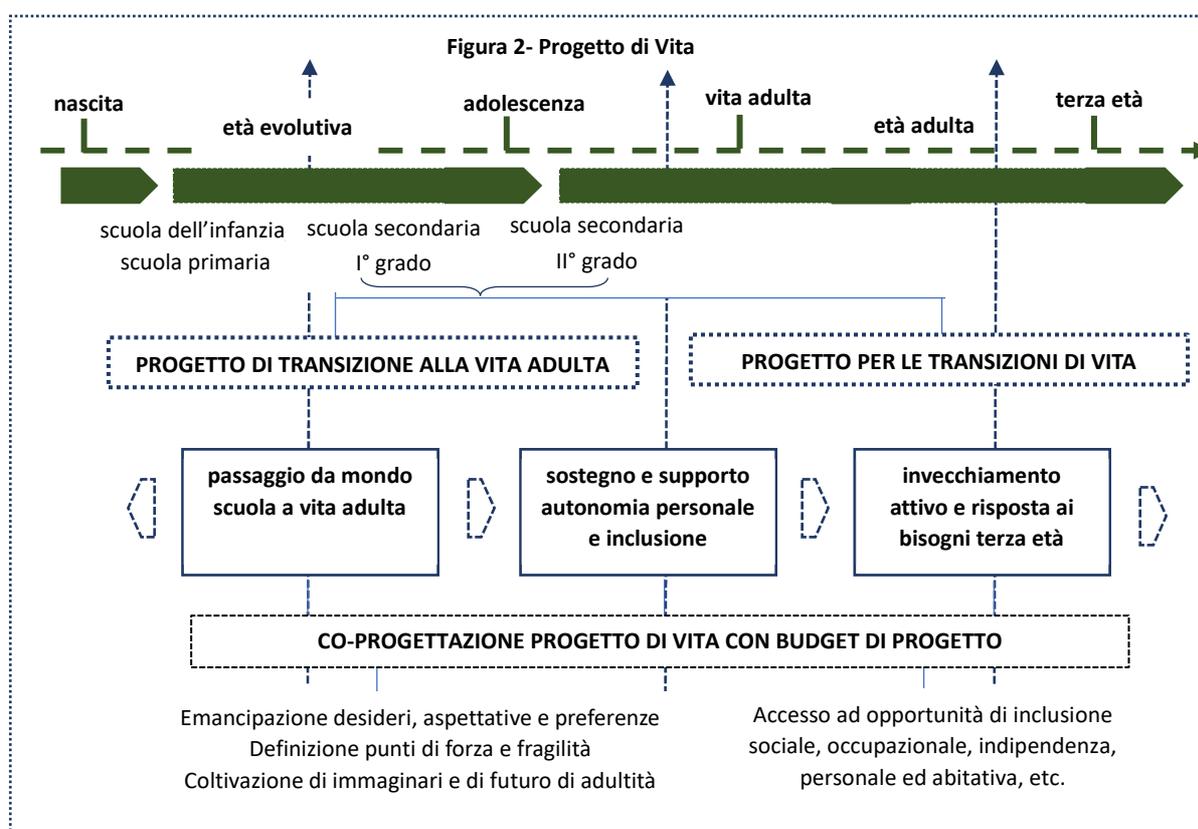
¹¹ Art. 25, comma 1, D.lgs. 3 maggio 2024, n. 62.

¹² Dal 1° gennaio 2026 la gestione del procedimento per la valutazione di base è affidata, in via esclusiva all’INPS, Art.li 9-12, D.lgs. 3 maggio 2024, n. 62.

È compito dell'unità di valutazione multidimensionale (UVM) elaborare il progetto di vita a seguito della valutazione, secondo la volontà della persona con disabilità e nel rispetto dei suoi diritti civili e sociali.

Sui componenti delle UVM e sulle funzioni di coordinamento si attendono disposizioni regionali in merito e, soprattutto, si attende dal legislatore nazionale indicazioni in merito ai criteri e alle modalità con le quali effettuare le valutazioni.

Nel ripensare ad un nuovo sistema territoriale socioeducativo per la disabilità adulta, si tratta di considerare il progetto di vita come un processo a fasi che entri nella vita delle persone con disabilità e dei loro famigliari il più precocemente possibile, almeno a partire dalle principali fasi di transizione di vita: transizione alla vita adulta e, con la maggiore età, nel sostenere le diverse transizioni di vita nel raggiungimento di mete esistenziali degne di essere vissute (Figura 2).



In questa prospettiva, si tratta di assumere quale paradigma del lavoro socioeducativo l'obiettivo del mantenimento della persona nel suo contesto abituale di vita ai fini della sua inclusione sociale, progettando percorsi di sostegno alla domiciliarità anche con il supporto delle unità d'offerta e di forme di residenzialità temporanea e parziale, modulando una pluralità di interventi in ragione dei bisogni della persona e della sua famiglia. Dentro questa visione di lavoro, allora, la rete delle unità d'offerta sociale per la disabilità adulta è chiamata a ripensarsi in una logica complementare e non sostitutiva della famiglia, dei contesti e dei legami, attraverso una riorganizzazione dei processi di lavoro e dei servizi erogati.

3. Integrazione socio-sanitaria

Il tema della valutazione multidimensionale e delle UVM rimandano alla necessità di addivenire a livello locale ad una integrazione socio-sanitaria tra welfare sociale e welfare socio-sanitario e sanitario.

La normativa regionale lombarda prevede già che le UVM siano composte *“in maniera integrata tra équipe pluri-professionali delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e assistenti sociali dei Comuni sulla base di appositi protocolli operativi definiti in Cabina di regia, costituita presso l’Agenzia di Tutela della Salute territorialmente competente”*.

E, tuttavia, il D.lgs. 62/2024 demanda alle regioni di stabilire *“le modalità con le quali, nel caso di predisposizione del progetto di vita, le unità di valutazione multidimensionale [...] e le unità di valutazione operanti presso le Case di Comunità si coordinano o si riunificano con le unità di valutazione [...] per garantire l’unitarietà della presa in carico e degli interventi di sostegno¹³”*.

In ogni caso, il modello lombardo già oggi è chiaro quando prevede un’articolazione territoriale che - nelle intenzioni del legislatore regionale - vuole “collegare” e creare network tra i servizi territoriali, per rafforzare la collaborazione ed integrare le programmazioni, gli interventi, le competenze e autonomie professionali presenti nei servizi sociosanitari e sociali:

- il **Distretto**. È l’articolazione organizzativa che afferisce alla Direzione Sociosanitaria di ASST Cremona e assume un ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali, in stretta collaborazione con i sindaci, per garantire l’offerta sul territorio di tutte le attività (*attività specialistica, cure primarie, consultori, assistenza domiciliare integrata, continuità assistenziale, ecc....*);
- le **Case di Comunità (CdC)**. Rappresentano il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l’assistenza di prossimità e il luogo dell’integrazione dell’offerta di servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la popolazione di riferimento¹⁴;
- i **Punti Unici di Accesso (PUA)**. Collocati presso le CdC, rappresentano la modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/Ambito e Distretto/ASST, primo luogo di ascolto del cittadino e di accoglienza sociale e sociosanitaria e porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l’accesso integrato ai servizi in una visione di comunità;
- le **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**¹⁵. Equipe integrate che operano all’interno dei PUA per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone. La valutazione multidimensionale e la predisposizione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato (*declinato nelle diverse dimensioni di vita e tenuto conto dei diversi cicli di vita e il Budget di Progetto*) sono gli strumenti per promuovere percorsi integrati di presa in carico globale della persona con disabilità e del suo contesto familiare;
- **Centro per la Vita Indipendente (CVI)**¹⁶. È un servizio complementare e integrativo a sostegno delle competenze dei Servizi Sociali di base e può essere definito, prima che un ‘servizio’, un ‘luogo’ o ‘ufficio’ ed ha la funzione di contribuire al progetto di vita della persona per quanto concerne tutti gli aspetti necessari alla vita indipendente.

¹³ Art. 24, comma 7 del D.lgs. 3 maggio 2024, n. 62.

¹⁴ Piano Attuativo di Regione Lombardia per la Non Autosufficienza 2022–2024.

¹⁵ Art. 6, comma 3, Legge regionale n. 25 del 6 dicembre 2022. La normativa regionale specifica che l’UVM deve essere “attivata dall’équipe multidisciplinare con il coinvolgimento dell’ASST, degli operatori di area sociale ed educativa afferenti al comune di residenza, del Centro per la vita indipendente, della scuola, degli enti gestori dei servizi, della persona, nonché dei familiari”. Tra i componenti essenziali dell’unità di valutazione multidimensionale, la normativa nazionale prevede, “ove necessario, un rappresentante dei servizi per l’inserimento lavorativo delle persone con disabilità”.

¹⁶ Art. 6, comma 3, Legge regionale n. 25 del 6 dicembre 2022.

Il legislatore regionale ha fornito gli indirizzi di riferimento per la programmazione sociale territoriale¹⁷ degli Ambiti (Piano di Zona) e contestualmente alle Asst e alle Direzioni di Distretto per orientare la programmazione dei Poli territoriali¹⁸.

Sul tema dell'integrazione socio-sanitaria per la disabilità, il Piano di Zona 2025-2027 dell'Ambito Cremonese esprime un orientamento che richiede di essere declinato operativamente: *“Si ritiene di fondamentale importanza portate avanti percorsi di co-programmazione sociale e sanitaria integrati sia a livello micro (presa in carico integrata) che a livello macro (programmazione zonale): da incontri, focus group e momenti di confronto integrati emergono priorità comuni che saranno oggetto, oltre che del presente documento di programmazione sociale, anche della programmazione sanitaria. Le priorità da attenzionare nel prossimo Piano di Zona risultano quindi in linea anche con quelle contenute nel Piano di sviluppo del Polo Territoriale di ASST (PPT) oltre al bisogno direttamente espresso dalle persone con disabilità, dalle loro famiglie e dai diversi interlocutori della rete territoriale. In particolare, i temi che hanno trovato maggior risonanza in termini di priorità e di valore sociale e che emergono dal percorso di co-programmazione portato avanti all'interno degli incontri di Cantiere relativi a questa macro-area di policy, ruotano attorno al Progetto di Vita Personalizzato e Partecipato delle persone con disabilità anche alla luce delle recenti riforme normative (Legge delega 227/2021 e D. Lgs. 3 maggio 2024 n. 62, L. R. Lombardia n. 25/2022). In particolare, vengono attenzionati, nell'ottica del Progetto di Vita, i temi legati ad una riqualificazione della componente emancipativa dei servizi e degli interventi in sostegno alle persone con disabilità dall'infanzia (dimensione educativa della scuola) all'età adulta (vita indipendente) sempre con particolare attenzione alla delicata transizione dall'adolescenza all'età adulta ed all'uscita dal sistema scolastico¹⁹.”*

Il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale 2025-2027 di ASST di Cremona, aggiunge al quadro della possibile integrazione socio-sanitaria alcuni elementi in più:

“La collaborazione tra i servizi di ASST e gli Ambiti di riferimento per una presa in carico integrata delle progettualità rappresenta quindi un punto cardine per la programmazione territoriale. Gli obiettivi prioritari si struttureranno nel seguente modo: attivazione e rafforzamento delle Equipe Multidisciplinari; potenziamento dei rapporti di cooperazione con tutti gli attori territoriali di interesse attraverso accordi anche formali.

Il processo dinamico ed interdisciplinare, attraverso il quale vengono identificate la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona e la consistenza delle risorse disponibili, deve trovare applicazione secondo modalità integrate, assicurate anche dalla partecipazione della figura dell'Assistente Sociale dei Comuni all'interno del Punto Unico di Accesso (PUA) presente nelle Case di Comunità.

Tale modello di funzionamento è già stato avviato nella Casa di Comunità di Casalmaggiore in forte sinergia con il CONCASS e verrà esteso nei due Punti Unici di Accesso afferenti al Distretto di Cremona in stretta collaborazione con l'Azienda Sociale Cremona ed il Comune di Cremona.

La garanzia del processo dinamico, interdisciplinare, unico ed integrato attuato nel PUA prevede nel corso del triennio 2025-2027:

- *protocolli di coordinamento delle prassi/attività territoriali effettive tra i vari soggetti coinvolti nel sistema integrato (Azienda Socio-Sanitaria Territoriale, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Ambiti Territoriali Sociali, Unità d'Offerta Sociosanitarie e Sociali, Associazionismo/Enti del Terzo Settore ecc.);*

¹⁷ [DGR n. 2167 del 15 aprile 2024.](#)

¹⁸ [DGR n. 2089 S del 25 marzo 2024.](#)

¹⁹ [Piano di Zona dell'Ambito Sociale Cremonese per il triennio 2025-2027](#), pag. ne 81 e 82.

- *individuazione di percorsi giuridico-amministrativi ed operativo-gestionali per garantire l'effettiva operatività nei tre Punti Unici di Accesso degli assistenti sociali di Ambito (comunali);*
- *protocolli/procedure operative di Distretto/Ambito per il funzionamento dell'équipe integrata tra ambito territoriale sociale ed ambito sanitario per la valutazione multidimensionale;*
- *obiettivi di operatività e di networking in co-programmazione e co-progettazione con Associazionismo/Enti Terzo Settore al fine di rafforzare la valutazione multidimensionale e l'efficacia delle équipe integrate;*
- *istruzioni/procedure/linee di semplificazione dell'accesso e della riconoscibilità dell'appropriatezza di ricorso al Punto Unico di Accesso;*
- *istruzioni/procedure/linee di omogeneizzazione "minima" degli interventi e dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari esigibili attraverso il Punto Unico di Accesso;*
- *potenziamento della valutazione multidimensionale unificata/integrata e delle definizioni del Progetto di Assistenza Individuale (PAI), redatto tenendo conto dei fabbisogni assistenziali individuati nell'ambito della valutazione multidimensionale unificata;*
- *formazione comune sulla definizione del Progetto di Vita e sugli strumenti di valutazione e di monitoraggio e percorsi di formazione congiunta in merito alle tematiche afferenti all'area della disabilità e della non autosufficienza (es. valutazione integrata con Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute);*
- *diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socioassistenziali intesa come la possibilità per anziani e disabili di vivere a domicilio (misura B1-Misura B2-Dopo di Noi-Progetti ecc.);*
- *attenzione alle fasi della transition (minore-adulto e adulto-anziano) in cui è divenuta indispensabile la costituzione di équipe che prevedano la presenza di personale medico e sociale;*
- *coinvolgimento del Terzo Settore e del Volontariato quali portatori di un prezioso contributo alla lettura dei bisogni portando il vissuto delle persone incontrate per co-costruire percorsi e sperimentazioni sostenibili e rispondenti ai bisogni delle persone. Il Terzo Settore impegnato sul territorio dei Distretti di ASST che costituisce già una risposta alla domanda di salute distrettuale, andrà ulteriormente valorizzato a partire dal considerarli 'testimoni privilegiati' ed attori in grado di esprimersi in merito alla realizzazione di interventi in quanto esperti dei bisogni e delle esigenze della cittadinanza²⁰.*

Ora la sfida è arrivare a definire un modello organizzativo coerente con la sinergia di tutti gli attori istituzionali.

I percorsi formativi su ICF-ADAT e ICF-Scuola attualmente in corso e proposti da Azienda Sociale Cremonese e Asst di Cremona vanno in questa direzione.

4. Il ruolo del Terzo Settore

La normativa regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità (Legge regionale n. 25/2022) si limita a considerare il Terzo Settore quale erogatore di servizi nell'ambito delle unità di offerta sociosanitarie e socio-assistenziali in cui sono inserite persone con disabilità²¹.

Su questo livello, Regione Lombardia annuncia l'avvio di un "processo di revisione del funzionamento e finanziamento a partire dalle unità d'offerta sociosanitarie e socio-assistenziali" che, ad oggi, non risulta attuato.

²⁰ Piano di Sviluppo del Polo Territoriale 2025-2027 ASST di Cremona, pag. 80-82.

²¹ Art 10 comma 1 della Legge Regionale n. 25/2022, "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento de diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità".

Al tempo stesso, sottolinea che i “*criteri di accreditamento, funzionamento, finanziamento e controllo*” devono:

- permettere e favorire il diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale, garantendo condizioni di vita tali da realizzare concretamente il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato ed evitare l'isolamento o la segregazione;
- introdurre elementi di flessibilità nell'organizzazione e gestione dei servizi e delle attività proposte per permettere la realizzazione degli interventi definiti dal progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato nella logica del budget di progetto;
- prevedere interventi che garantiscono la formazione di ambienti di vita assimilabili a quelli familiari, il passaggio in condizioni ordinarie dell'abitare e la de-istituzionalizzazione, anche attraverso la riconversione delle risorse, in favore di percorsi inclusivi.

Il decreto 62/2024, al contrario, assegna agli Enti di Terzo Settore un ruolo importante nel processo di costruzione dei progetti per la vita delle persone con disabilità, su specifica richiesta da parte delle persone titolari del progetto. In particolare, il decreto 62 prevede espressamente la possibilità che, sempre su richiesta del titolare del progetto, i rappresentanti degli Enti di Terzo Settore possano essere coinvolti nella costruzione del progetto già partecipando attivamente alla fase di valutazione multidimensionale da parte delle EVM territoriali.

La norma nazionale riconosce agli Enti di Terzo Settore ed ai loro rappresentanti “*di poter prendere parte attiva, se interpellati dalla persona con disabilità, a tutto il processo di costruzione del progetto personalizzato supportando la persona nelle varie fasi di co-progettazione:*

- *partecipando alle UVM territoriali già durante la valutazione multidimensionale;*
- *supportando la persona nella strutturazione di una propria proposta progettuale;*
- *supportando la persona nella richiesta di accomodamenti ragionevoli;*
- *supportando la persona nella costruzione del Budget di Progetto all'interno del quale possono anche confluire risorse economiche e/o organizzative o progettuali di natura privata²²”.*

La Legge 22/2021 e il D.lgs. 62/2024 definiscono un processo caratterizzato da un elevato livello collaborativo tra operatori degli enti pubblici e operatori degli Enti di Terzo settore, collocando la costruzione del progetto di vita all'interno di quei processi collaborativi che possono realizzare compiutamente un percorso di amministrazione condivisa. Tali processi collaborativi dal punto di vista giuridico sono già previsti dalla legge 241/90 (come i patti di sussidiarietà), sono stati rinnovati dall'art. 55 e ss del Codice del Terzo settore, che disciplina gli istituti collaborativi tra enti pubblici ed enti di Terzo settore quali la co-programmazione e la co-progettazione; hanno trovato ampio sostegno dalla sentenza 131 della Corte Costituzionale del 2021, che ha proprio evidenziato il favore istituzionale per le procedure di amministrazione condivisa nella gestione di beni pubblici a tutela degli interessi generali della collettività da cui sono scaturite anche Le Linee Guida sulla co-progettazione.

Le procedure collaborative appaiono particolarmente adatte alla costruzione dei progetti personalizzati che, per loro natura sono caratterizzati da un elevatissimo livello di personalizzazione contingente; devono essere attivati attraverso il concorso di più istituzioni e di più soggetti che si attivano insieme per concorrere al fine di dare compiuta realizzazione ad un percorso di vita; richiedono la condivisione e la compartecipazione di apporti diversi di risorse da parte di tutti i soggetti in gioco, in un'ottica di corresponsabilità.

Per la definizione di un nuovo sistema territoriale socioeducativo, è necessario costruire uno spazio di lavoro integrato tra ETS che si occupano di inclusione scolastica ed ETS che si occupano di erogare servizi per la disabilità

²² “Progetto personalizzato, qual è il ruolo del Terzo settore nella sperimentazione?”, di Marco Bollani in Vita.it, 10 Gennaio 2025.

adulta, perché il progetto di vita della persona con disabilità deve comparire il più precocemente possibile nella relazione educativa, sia in quella naturale tra i genitori e il bambino, sia in quella professionale²³. L'età evolutiva rappresenta la fase nella quale i servizi già iniziano a progettare in vista del futuro, sostenendo genitori e figli in un indispensabile processo di orientamento.

Nella definizione di un nuovo sistema territoriale socio-educativo per la disabilità adulta sono almeno quattro gli aspetti di collaborazione tra Enti locali e del Terzo Settore:

- concorrere nelle funzioni di presa in carico sociale delle persone con disabilità e dei loro famigliari a partire dalla fase di valutazione multidimensionale e successivamente nelle diverse fasi di co-progettazione del progetto di vita;
- concorrere a promuovere nel territorio un approccio generativo o di comunità capace di realizzare un welfare che rigeneri le risorse (già) disponibili, responsabilizzando le persone che ricevono aiuto, al fine di aumentare il rendimento degli interventi delle politiche sociali a beneficio dell'intera collettività;
- sostenere ed accompagnare il progetto di vita della persona con disabilità a partire dall'età evolutiva, costruendo sistemi di interventi ed azioni specifiche capaci di connettere tra di loro le reti di inclusione scolastica (SAAP, Scuole) e le reti delle unità di offerta sociosanitarie e socio-assistenziali nel territorio cremonese;
- riorganizzare la rete delle unità d'offerta sociale (SFA, CSE e CAH), in modo da rispondere con le proprie competenze e la propria organizzazione ad un'ampia possibilità di offerte complementari ed articolate, in grado di modularsi costantemente sulla domanda, ampliando quindi le funzioni tradizionali che svolgono.

7

5. Governance del sistema territoriale socio-educativo per la disabilità adulta

In relazione a quanto sinora rappresentato, si può meglio comprendere che per ripensare un nuovo sistema territoriale socioeducativo per la disabilità adulta sia necessario anzitutto ripensare un nuovo *modello di governance* a rete partecipata pubblico-privato sociale capace di presidiare la complessità dei processi di innovazione e cambiamento in generale sulla disabilità e, in particolare, sulla disabilità adulta.

Azienda Sociale Cremonese, quale ente strumentale dei 48 Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale Cremonese, deve assumere il duplice ruolo istituzionale di *connettore* delle reti socio-educative territoriali all'interno di una visione distrettuale e di *facilitatore* dei processi di integrazione tra i diversi attori e sistemi del welfare locale (sociale, educativo, socio-sanitario e sanitario).

Per restare sul piano tecnico, si ritiene necessario costituire una **Unità di Staff tecnico-operativo** quale "luogo" nel quale i diversi attori del welfare socioeducativo locale possano co-programmare e co-progettare l'innovazione e il cambiamento da attivare nel territorio cremonese. Si tratta di individuare un piccolo gruppo di professionisti del pubblico e del privato sociale che operano nei sistemi e servizi per la disabilità in età evolutiva ed in età adulta del welfare sociale locale, con il coordinamento dell'Équipe Disabilità di Azienda Sociale Cremonese.

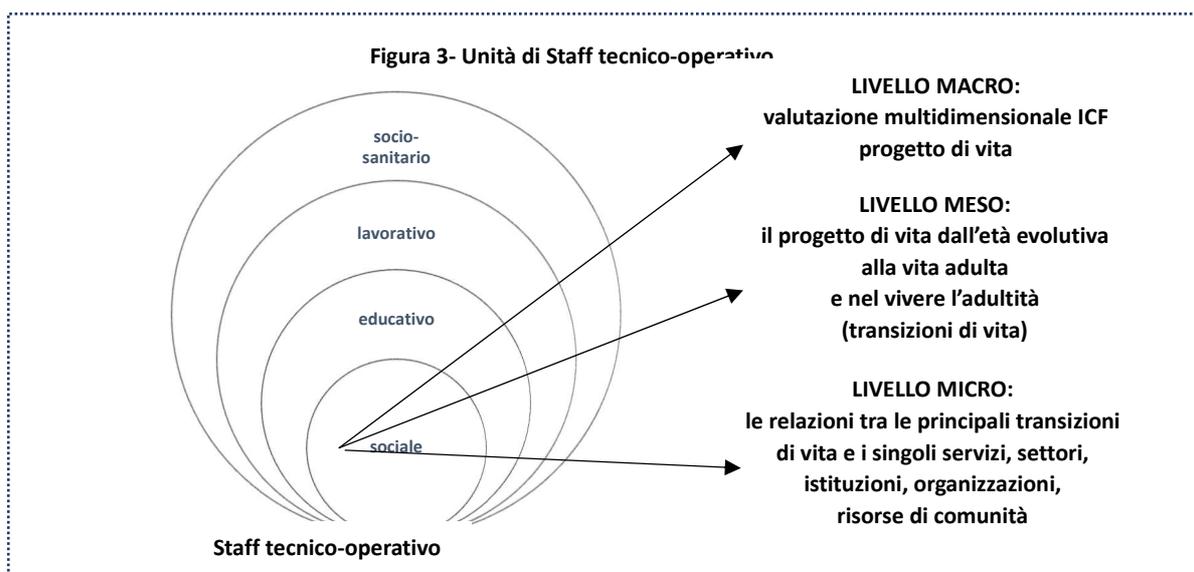
L'**Unità di Staff tecnico-operativo** deve assumere su di sé una molteplicità di funzioni su tre livelli di intervento (Figura 3).

Primo livello (macro) la funzione di Cabina di regia dei processi di presa in carico sociale della persona con disabilità e dei suoi famigliari (valutazione multidimensionale e del progetto di vita).

Un punto di riferimento unitario per i diversi attori e professionisti che operano nel welfare sociale locale:

²³ Viaggiatori inattesi. Appunti sull'integrazione sociale delle persone disabili, di Carlo Lepri, Franco Angeli, 2011.

- si interfaccia con i professionisti socio-sanitari che andranno a comporre l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e coordina i diversi professionisti socio-culturali che prenderanno parte alla procedura di valutazione;
- promuove la conoscenza e l'utilizzo degli strumenti e risorse ICF-ADAT nei confronti degli attori istituzionali e del privato sociale che si occupano specificatamente di disabilità adulta nei diversi sistemi sociale, educativo e socio-sanitario per implementare progressivamente reti e comunità di pratiche ICF da parte dei professionisti della cura e del *care* socio-educativo;
- attiva, coordina e sostiene la sperimentazione del PdV con budget di progetto quale strumento tecnico di co-progettazione nelle diverse fasi di transizione, dall'età evolutiva alla vita adulta e nel vivere l'adulthood (transizioni di vita), come indicato al punto precedente;
- attiva, coordina e sostiene la sperimentazione dei sistemi di sostegno nelle diverse fasi di transizione, dall'età evolutiva alla vita adulta e nel vivere l'adulthood (transizioni di vita) che verranno successivamente descritti;
- attiva, coordina e sostiene il processo di costruzione di una rete territoriale di offerta socioeducativa capace di ripensare i propri servizi in relazione alla domanda.

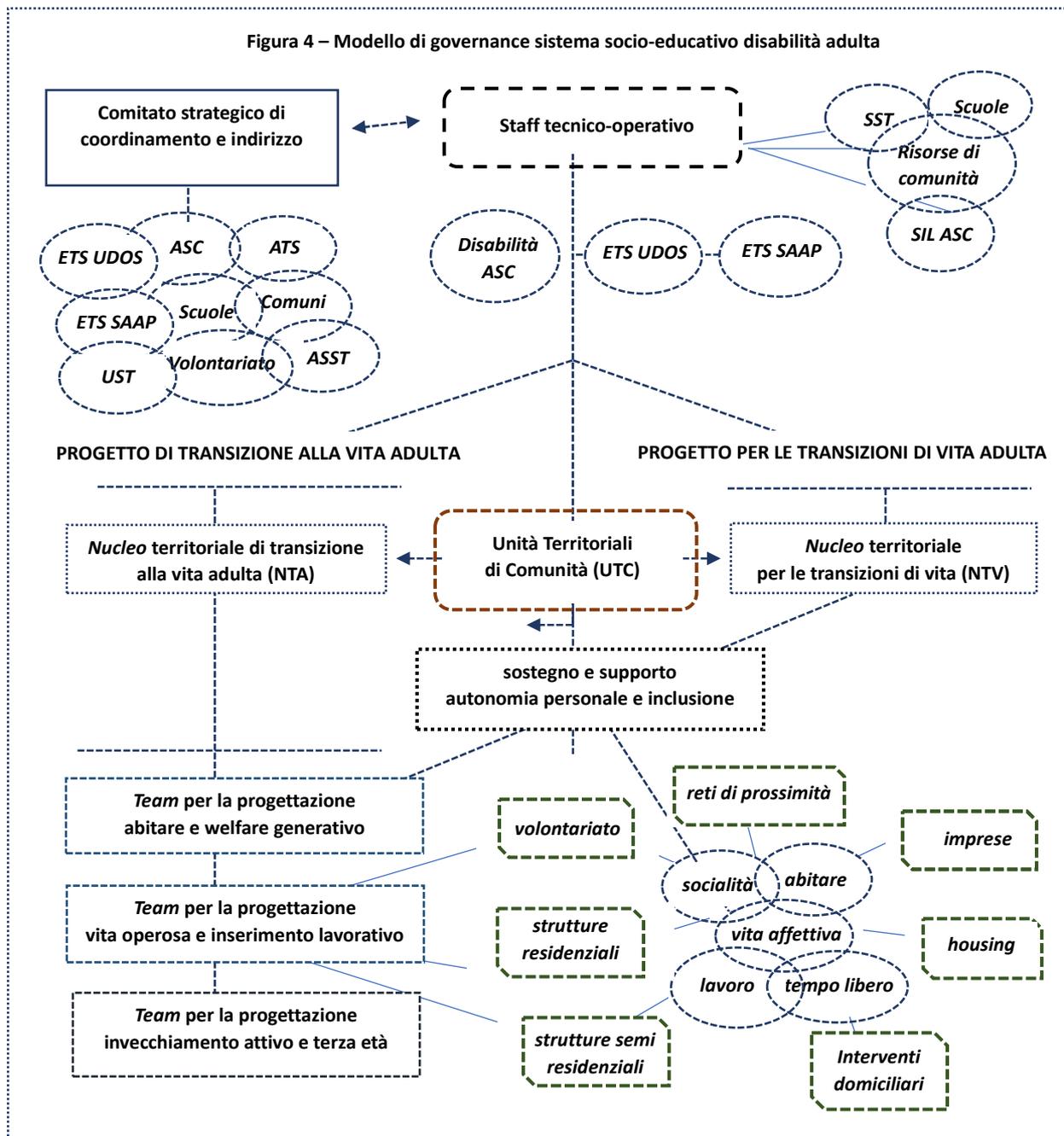


Secondo livello (meso) presidiare la co-progettazione di sistemi di sostegno nelle diverse fasi di transizione, dall'età evolutiva alla vita adulta e nel vivere l'adulthood (transizioni di vita).

All'interno dell'Unità di Staff tecnico-operativo, giocano un ruolo importante le **Unità Territoriali di Comunità (UTC)**. Le UTC vogliono essere piccoli nuclei di operatori socio-educativi che lavorano a stretto contatto con l'Équipe Disabilità di Azienda Sociale Cremonese (Figura 4):

- il **Nucleo territoriale di transizione alla vita adulta (NTA)**. Si occupa dei ragazzi con disabilità e dei loro familiari nelle diverse fasi di transizione dall'età evolutiva al mondo adulto, in particolare nel passaggio dalla scuola secondaria di 1° grado alle superiori (*fascia 13-14 anni*) e nell'avvicinarsi della conclusione del ciclo scolastico (*fascia 16-18 anni*);
- il **Nucleo territoriale per le transizioni di vita (NTV)**. Si inserisce nel *continuum* di vita, agendo, dapprima, una funzione *ponte* nel delicato passaggio all'adulthood post-scolastica (*fascia 18-20 anni*) e, successivamente, sostenendo la persona con disabilità e i suoi familiari nelle diverse transizioni di vita (*abitare, vita affettiva, lavoro, etc.*). È in questa fase che si comincia a fare i conti sul serio con il proprio

futuro (desideri, aspettative e preferenze) e con una strada davanti (sostegni e servizi) che deve essere costruita passo per passo.



Gli operatori socio-educativi delle UTC sono professionisti che operano nel servizio educativo di inclusione scolastica (SAAP) e nelle unità d'offerta sociali per disabili del territorio (SFA, CSE e CDD).

In quest'ottica, le UTC non esauriscono la propria funzione nelle fasi di transizione dall'età evolutiva all'adulthood e con l'ingresso nel mondo degli adulti alla maggiore età delle persone con disabilità, ma devono poter continuare a rappresentare un *punto di riferimento* nelle diverse *transizioni di vita*: presidiare l'andamento del progetto di vita, aggiornandolo in relazione alle mete esistenziali, agli imprevisti della vita, rimodulandolo in

relazione ai bisogni di sostegno e al raggiungimento di obiettivi condivisi, alle risorse e alle opportunità che si manifestano via via che la vita va avanti. Non solo. Le UTC concorrono con le istituzioni pubbliche del welfare sociale territoriali (Unità di Staff tecnico-operativo) a valutare la proposta di inserimento nella rete di unità d'offerta sociale e sociosanitaria per le persone con disabilità più efficace per sostenere ed accompagnare il PdV della persona stessa, ne curano l'inserimento nella struttura scelta e si attivano per monitorare l'andamento con lo staff della struttura e concorrono a valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati nel PdV.

Terzo livello (micro): presidiare il processo di costruzione di una rete territoriale di offerta socioeducativa capace di ripensare i propri servizi in relazione alla domanda. Il sistema è oggi composto da reti sociali e socio-sanitarie organizzate in strutture diurne e residenziali che devono rispondere a requisiti di funzionamento costruiti da Regione Lombardia nel 2008-2010²⁴, secondo una priorità che si basa sulla «condizione di gravità» e sull'intensità più o meno alta del bisogno di sostegno²⁵. Per i servizi diurni: dal Servizio di formazione all'autonomia (SFA), nel caso di basso sostegno, al Centro socio-educativo (CSE) fino ad arrivare al Centro diurno per persone con disabilità (CDD). Analogamente per i servizi residenziali sono previste le Comunità alloggio per disabili (CA), le Comunità socio-sanitarie (CSS) e le Residenze sanitario-assistenziali per persone con disabilità (RSD). Nel 2022, con l'approvazione della L. r. n. 25, Regione Lombardia ha stabilito che le unità di offerta sociosanitarie e socio-assistenziali in cui sono inserite persone con disabilità debbano introdurre: elementi di flessibilità, prevedere regole e interventi che garantiscano la formazione di ambienti di vita assimilabili a quelli familiari e garantire condizioni di vita tali da realizzare concretamente il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. Si tratta allora di avviare un percorso di ripensamento complessivo, cercando un possibile equilibrio tra servizi "tradizionali" ed innovazione, anche alla luce dei nuovi bisogni che si manifestano anche nel territorio cremonese.

6. Le Unità Territoriali di Comunità (UTC): dall'età evolutiva alla vita adulta

Il Nucleo territoriale di transizione alla vita adulta (NTA) ha il compito di progettare e realizzare lo **Spazio Orientamento**. Lo Spazio Orientamento è un servizio che si occupa specificamente di intervenire *nella fase di transizione dall'età evolutiva alla vita adulta del ragazzo con disabilità*.

Lo Spazio Orientamento vuole essere una proposta che si inserisce nel sistema di supporto all'inclusione scolastica e che, pertanto, prevede una co-progettazione integrata con i *team* docenti delle Scuole Secondarie di I° e II° grado e con gli operatori del servizio di assistenza educativa scolastica (SAAP) dei comuni dell'Ambito.

Lo Spazio Osservazione, allora, deve potersi caratterizzare per una parte di tempo curricolare e la rimanente extracurricolare, articolando una serie di attività ed iniziative in un contesto di piccolo gruppo per uno o due giornate alla settimana e per alcuni periodi dell'anno scolastico. Lo Spazio Osservazione deve prevedere un percorso di incontri con i genitori dei figli con disabilità che si iscrivono, in modo da potere iniziare a costruire, per i servizi, una relazione educativa e rappresentare, per i genitori, un confronto con il futuro, che assume concretezza già durante la fanciullezza e la preadolescenza, coinvolgendoli in un processo di orientamento propedeutico al progetto di vita dei loro figli.

7. Le Unità Territoriali di Comunità (UTC): le transizioni di vita

Il Nucleo territoriale per le transizioni di vita (NTV) ha il compito di progettare e realizzare il **Laboratorio Orientamento**. Il Laboratorio Orientamento è un servizio che si rivolge a persone adulte con disabilità e ai loro *famigliari nelle transizioni di vita per orientare, sostenere ed accompagnare nello sviluppo del futuro progetto*

²⁴ "L'offerta di servizi e il percorso di vita", a cura di Laura Abet, Renzo Bagarolo, Diletta Cicoletti e Giovanni Merlo in "Come cambia il welfare lombardo" di Cristiano Gori, Maggioli, 2011.

²⁵ "Welfare sociale e disabilità in Lombardia 2018-2023. Cambia il discorso?", di Giovanni Merlo, Roberto Franchini e Alice Melzi in "In cerca di un nuovo modello. Lo stato del welfare in Lombardia" a cura di Cristiano Gori, Maggioli, 2024.

di vita. È un servizio *altro e altrove* rispetto alle strutture semiresidenziali e residenziali per persone adulte con disabilità che, tuttavia, agisce in sinergia con gli Enti gestori dell'offerta sociale del territorio per co-progettare interventi ed iniziative che favoriscano la conoscenza e la valutazione delle abilità possedute e consentire alle famiglie di essere orientate nel progetto di vita dei propri figli.

Il Laboratorio Orientamento vuole essere una esperienza formativa *intensiva e in situazione* della durata di *tre mesi* che si articola in quattro fasi:

- una *prima fase di conoscenza e valutazione* con gli strumenti e risorse ICF-ADAT, set di strumenti per valutare i bisogni prioritari di una persona adulta con disabilità, a partire dai quali è possibile definire le priorità di intervento secondo un approccio *evidence based*;
- una *seconda fase di co-progettazione individualizzata* con la persona con disabilità ed i suoi famigliari;
- una *terza fase di realizzazione e monitoraggio* dell'esperienza formativa;
- una *quarta fase di bilancio e di co-progettazione del progetto di vita* per il prossimo futuro.

Il percorso formativo deve avvenire *in situazione* perché l'autonomia non è una condizione biologica o occasionale ma una dimensione, una costruzione che non si impara se non sperimentandola, provandola, nelle condizioni ed opportunità della vita.

Il percorso formativo deve potere progettare interventi ed attività per ciascuna delle seguenti aree;

- *autonomia personale*: cura e gestione di sé e dell'ambiente, gestione economica;
- *occupazionale*: inserimento in strutture semi residenziali, percorsi di formazione al lavoro, invii al SIL (Servizio per l'Integrazione Lavorativa);
- *abitativa*: esperienze nei week end, inserimento in strutture residenziali, co housing, esperienze abitative in autonomia, vita con i genitori;
- *tempo libero*: inserimento in attività ludico ricreative e sportive, associazioni culturali e gruppi di auto mutuo aiuto;
- *relazioni ed affettività*: implementazione di tutte le occasioni di inclusività, scambio e incontro con l'altro (es. frequentare corsi, andare in discoteca e ai concerti, viaggiare, etc.).

11

Alle famiglie viene proposto un calendario di incontri individuali e a piccoli gruppi con le altre famiglie di chi frequenta, nel medesimo periodo, il Laboratorio. Il Laboratorio Orientamento rappresenta, per il sistema dei servizi, uno *spazio di lavoro polifunzionale* attraverso il quale poter *valutare* la persona con disabilità e co-progettare contestualmente il *progetto di vita*.

8. Flessibilizzazione e trasversalità del sistema di offerta sociale in Centri Multiservizio.

L'innovazione ed il cambiamento con la sperimentazione del nuovo sistema territoriale socioeducativo per la disabilità adulta deve vedere l'orientamento delle unità d'offerta e del lavoro per l'inclusione scolastica verso un'evoluzione che risponda ai bisogni delle persone e concorra a costruire nuovi modelli di intervento superando la logica del presidio verso quella del percorso.

È importante, come abbiamo già sottolineato, assumere quale paradigma del lavoro socioeducativo l'obiettivo del mantenimento della persona nel suo contesto abituale di vita ai fini della sua inclusione sociale, progettando percorsi di sostegno alla domiciliarità anche con il supporto delle unità d'offerta e di forme di residenzialità temporanea e parziale, modulando una pluralità di interventi in ragione dei bisogni della persona e della sua famiglia.

È necessario, allora, costruire spazi di lavoro integrato tra ETS che si occupano di inclusione scolastica ed ETS che si occupano di erogare servizi per la disabilità adulta, perché il 'diventare grande' della persona con disabilità deve comparire il più precocemente possibile nella relazione educativa, sia in quella naturale tra i genitori e il bambino, sia in quella professionale.

Per quanto riguarda le unità d'offerta sociale per la disabilità adulta (SFA, CSE e CAH), inoltre, è necessario che gli ETS gestori si pensino inseriti una rete territoriale che si propone come un'unica unità d'offerta entro la quale la proposta della persona trova una collocazione propria, al di là delle appartenenze formali. Questo richiede ovviamente una forte capacità di condivisione e di relativizzazione delle proprie esigenze in favore del disegno comune, una necessaria e costante rinegoziazione nei luoghi di presidio e coordinamento.

L'attenzione deve essere posta oggi a tutelare una maggiore corrispondenza fra i bisogni e la risposta, e richiede una capacità del sistema di non involvere su sé stesso e sulle consuetudini organizzative. La possibilità evolutiva cresce se crescono le esperienze e le sperimentazioni poiché queste evitano che le organizzazioni metabolizzino e neutralizzino i cambiamenti attraverso la routine, le resistenze professionali. Occorre, necessariamente, che le realtà possano agire in un sistema di regole più aperto e favorente lo sviluppo dell'innovazione.

Un'area di lavoro che i servizi devono assumere riguarda l'empowerment dei contesti per creare condizioni per restituire appartenenze e legami territoriali. L'approccio sistemico deve diventare un tratto distintivo per il progetto individuale e occorre che la rete dei servizi si riveda in questa direzione. Va sviluppata la competenza a trattare questo approccio, soprattutto da parte dei Servizi Sociali territoriali, attraverso la sperimentazione concreta di progetti individuali e di territorio co-costruiti sulle specifiche situazioni, ma anche attraverso la condivisione delle modalità e degli aspetti culturali/professionali attraverso momenti specifici di approfondimento.

Inoltre, non è più rinviabile un processo di flessibilizzazione delle unità d'offerta sociale e socio-sanitaria per la disabilità ed una ridefinizione dei servizi della rete in Centri Multiservizio. Occorre ora dare compimento alle indicazioni normative per poter rispondere ai bisogni descritti in precedenza, valorizzando le risorse organizzative, di competenza, di spazi, di strumenti di cui dispongono i Servizi spingendo verso l'innovazione di progetto e di processo affinché il percorso di ogni persona disabile trovi interlocutori reali e concretezza attuativa. Si prevede pertanto che i servizi semiresidenziali e residenziali interessati, attraverso la modifica/integrazione della Carta dei Servizi, individuino le funzioni aggiuntive che intendono svolgere, rivolte anche a persone non iscritte.

In primo luogo, attivare processi di "scentramento dei centri"²⁶: è oggi necessario (e possibile) pensare ad una organizzazione che non basi più il suo baricentro sul luogo e sulle sue regole e attività, ma sulle persone, sui loro progetti, desideri, richieste e mete esistenziali e consideri come suo spazio di elezione dove svolgere il proprio lavoro tutti gli spazi di vita sociale della comunità.

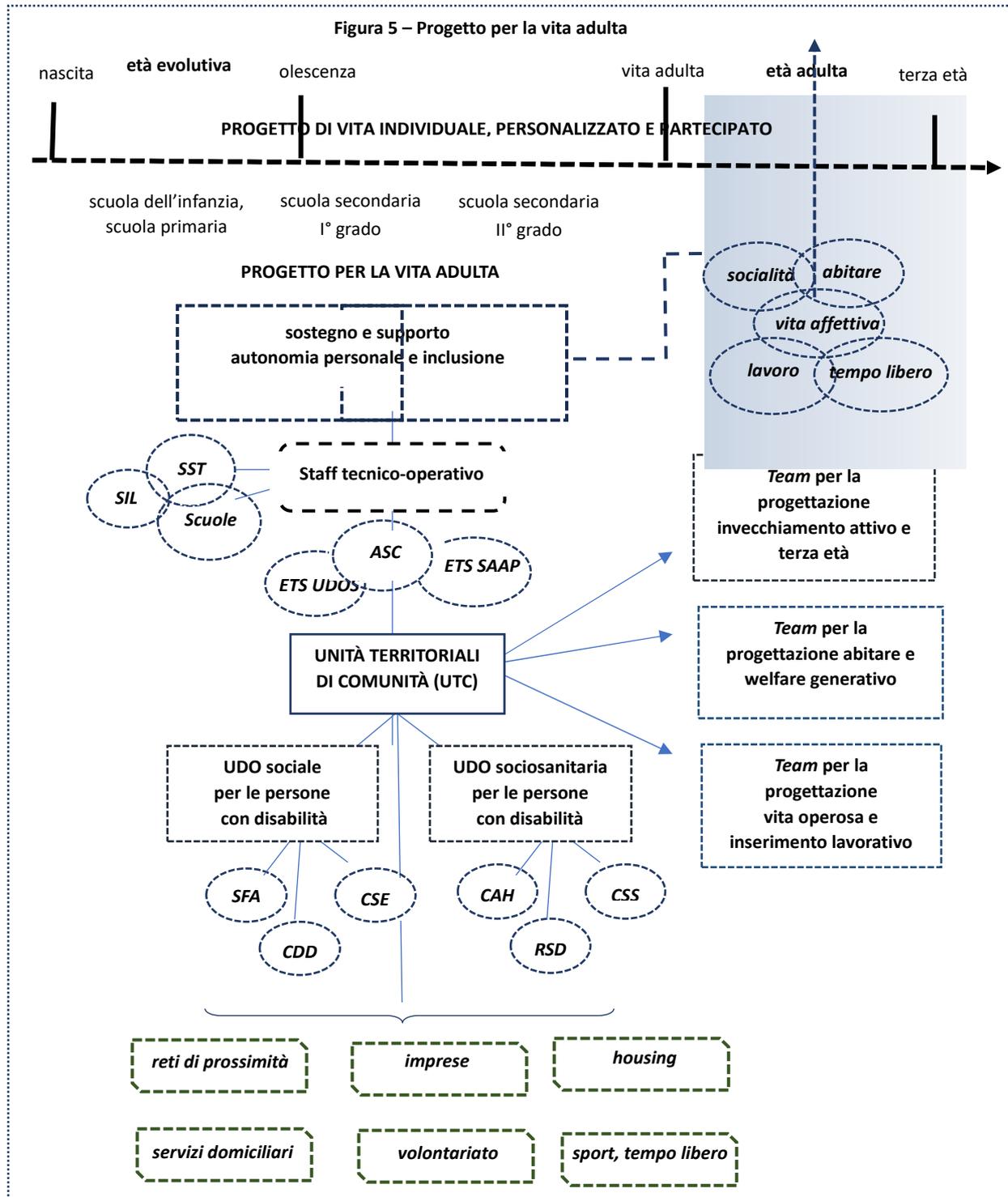
In secondo luogo, la *dimensione esistenziale*. La ricerca della pienezza esistenziale, la possibilità di definire i propri obiettivi di sviluppo (grandi o piccoli che siano), essere sostenuti nel perseguirli, rappresenta, oggi, la nuova vera evoluzione del concetto di educazione in materia di disabilità. Non imporre un modello di persona predefinito, ma permettere che ogni umanità si sveli, con le proprie limitazioni e i propri punti di forza, con le proprie convinzioni e i propri timori, con i propri limiti e le proprie aspettative.

In terzo luogo, rileggere gli attuali SFA nel territorio cremonese alla luce dei dispositivi normativi regionali. Con gli SFA²⁷, diversamente dai CSE e dalle CAH, Regione Lombardia nel 2008 aveva introdotto nuovi elementi nella direzione di promuovere una cultura pro-inclusiva delle persone con disabilità: si introducono termini come "inclusione sociale", "autonomia di vita" e "autodeterminazione". La finalità dello SFA è infatti quella di "favorire l'inclusione sociale della persona potenziando o sviluppando le sue autonomie personali", per acquisire

²⁶ "Prospettive e possibilità di cambiamento del funzionamento dei servizi semiresidenziali per persone con disabilità in Lombardia", di Giovanni Merlo in Lombardia Sociale, 22 Dicembre 2021.

²⁷ DGR n. 7433 del 13 giugno 2008, Definizione dei requisiti minimi per il funzionamento delle unità di offerta sociale "Servizio di Formazione all'Autonomia delle persone disabili".

competenze sociali, acquisire/riacquisire il proprio ruolo nella famiglia o emanciparsi dalla famiglia e anche “all’acquisizione di prerequisiti di autonomia utili all’inserimento professionale”.



Le coordinate normative che definiscono il Servizio di Formazione all’Autonomia alleggeriscono i vincoli strutturali tipici degli altri servizi, in particolare quelli afferenti al sistema socio-sanitario: la possibilità di fruire di

uno spazio soggetto a norme di sicurezza, ma in qualsiasi struttura idonea alla civile abitazione, favorisce l'individuazione di luoghi del territorio caratterizzati da inclusività (ad es. condomini) e prossimità ai luoghi della comunità, all'esterno delle grandi strutture destinate esclusivamente alle persone con disabilità²⁸. Anche la flessibilità dell'orario di accesso al servizio (sebbene quasi sempre gli SFA siano organizzati in base ad una fruizione full time dalle 8,30 alle 16,00) si conforma alla progettualità individualizzata.

Il "Centro" può e deve diventare semplicemente la sede del servizio: un luogo di riferimento (e anche di ritrovo) ma non più il luogo *prevalente ed esclusivo* dove si svolgono "le attività delle persone con disabilità". Attività che devono essere sensate e significative, perché inserite e coerenti con il progetto di vita delle persone che non può più essere "proprietà esclusiva" dei responsabili del servizio ma deve essere il frutto di un'attenta e impegnativa attività di ascolto e di confronto e di cui la persona con disabilità deve essere l'unica titolare. La normativa non cristallizza in definizioni rigide il "fruitore tipo" del Servizio di formazione all'Autonomia. Tolto il rispetto di parametri anagrafici (dai 16 ai 35 anni di età) non vengono circoscritti livelli funzionali specifici come, ad esempio l'autonomia deambulatoria o eventuali comportamenti problematici²⁹.

Lo SFA "è basato sui percorsi individualizzati, pertanto l'organizzazione richiesta deve rispondere a requisiti di flessibilità che consentano ad ogni persona accolta di raggiungere il maggior grado di autonomia possibile": per questa ragione, la capacità ricettiva non viene identificata con un numero di posti ma su numero massimo di progetti contemporaneamente attivi (definita nel numero massimo di 35); la durata e l'intensità degli interventi devono variare "in relazione agli obiettivi da raggiungere o raggiunti e sempre in base al progetto individualizzato che pertanto deve prevedere momenti intermedi di verifica e di eventuale riprogettazione"; non sono previste regole fisse di apertura ("fermo restando un funzionamento garantito annuale, l'orario giornaliero e settimanale dovrà essere consono alla realizzazione delle attività previste nei progetti individualizzati"); la frequenza non può durare troppo nel tempo (massimo 5 anni), perché l'obiettivo deve "mirare ad una graduale riduzione dell'intervento dello SFA fino alla dimissione che può avvenire per una raggiunta integrazione personale, sociale e/o lavorativa (con l'eventuale attivazione del Servizio di Inserimento lavorativo) oppure per necessità di interventi che richiedono una maggiore protezione sociale o socio sanitaria"; l'organizzazione delle attività deve essere programmata per moduli (formativo, della durata massima di tre anni, all'interno del quale vengono realizzati gli interventi e le attività necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti nel progetto individualizzato; di consolidamento, della durata massima di 2 anni, previsto e riservato a coloro che non abbiano raggiunto pienamente, durante il percorso del modulo formativo, gli obiettivi previsti dal progetto individualizzato); lo SFA può erogare anche un modulo di monitoraggio, che può rappresentare una opportunità per coloro che "hanno concluso il percorso di consolidamento o che, pur non avendo frequentato alcun modulo, necessitano, su segnalazione del servizio inviante, di interventi di sostegno temporaneo da parte dello SFA, per affrontare nuove situazioni di vita o situazioni di crisi".

In quarto luogo, come abbiamo più volte sottolineato, raccogliere la sfida di concorrere con le istituzioni pubbliche del welfare locale (Comuni, Azienda Sociale Cremonese) nell'assumersi la responsabilità della presa in carico delle persone con disabilità e dei suoi famigliari nella sua globalità, facendosi carico di rispondere il più possibile ai desideri ed aspettative di futuro.

In questo senso, allora, le Unità Territoriali di Comunità (UTC) possono rappresentare concretamente la volontà di rivedere il proprio agire quotidiano nel territorio cremonese (Figura 5).

²⁸ Le attività connesse al percorso socioeducativo individualizzato saranno inoltre "da realizzarsi prevalentemente attraverso il coinvolgimento delle risorse strutturali e strumentali del territorio e del contesto di vita della persona". Si inizia quindi a tracciare l'offerta di un servizio fuori ed oltre il confinamento delle persone con disabilità in strutture di protezione che rischiano di determinare, nei fatti, una sorta di "mondo a parte" rispetto alle comunità ed ai territori.

²⁹ Lo SFA si rivolge a persone "che (...) non necessitano di servizi ad alta protezione, ma di interventi a supporto e sviluppo di abilità utili a creare consapevolezza, autodeterminazione, autostima e maggiori autonomie spendibili per il proprio futuro, nell'ambito del contesto familiare, sociale, professionale".