

ALL. A

**PRIME INDICAZIONI IN ORDINE ALL'ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 3 MAGGIO 2024, N. 62:
SPERIMENTAZIONE SUL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI BRESCIA**

INDICE

Premessa	3
Definizioni.....	5
1. La Rete territoriale in Regione Lombardia.....	7
1.1. Il quadro di contesto	7
1.2. Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione	9
2. Il processo di attivazione del progetto di vita	10
2.1. Valutazione di base	10
2.2. Presentazione dell'istanza per la predisposizione del progetto di vita	11
2.3. Valutazione Multidimensionale	13
2.3.1. L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	13
2.3.2. Coordinamento dell'UVM	14
2.3.3. Procedimento di valutazione multidimensionale	14
2.3.4. Riordino e unificazione delle equipe di valutazione multidimensionale	15
2.4. Progetto di vita.....	15
2.4.1. Caratteristiche del progetto di vita.....	15
2.4.2. Budget di progetto.....	16
2.4.3. Referente per l'attuazione del progetto di vita	17
3. Monitoraggio della sperimentazione.....	18
4. Trattamento dei dati personali	19

Premessa

Il D.lgs. n. 62/2024 rappresenta un'occasione di riforma delle politiche rivolte alle persone con disabilità in quanto disciplina, in modo particolare, le modalità di realizzazione della valutazione multidimensionale finalizzata all'elaborazione di un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato quale evoluzione di quanto previsto dall'art. 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali».

Considerata la portata innovativa della riforma, che dovrà essere a regime a partire dal 2027, l'art. 33 prevede una fase di sperimentazione di 24 mesi che, ai sensi del D.L. n. 71 del 31 maggio 2024 modificato con successiva legge 21 febbraio 2025, n. 15, in Lombardia si svolgerà nel biennio 2025/2026 nella Provincia di Brescia coinvolgendo:

- n. 2 ATS:
 - o ATS Brescia;
 - o ATS Montagna;
- n. 4 ASST:
 - o Spedali Civili di Brescia (ATS Brescia);
 - o Franciacorta (ATS Brescia);
 - o Garda (ATS Brescia);
 - o Vallecamonica (ATS Montagna);
- n. 13 Ambiti territoriali (n. 205 Comuni):
 - o Ambito Vallecamonica;
 - o Ambito 1 – Brescia;
 - o Ambito 2 - Brescia Ovest;
 - o Ambito 3 - Brescia Est;
 - o Ambito 4 - Valle Trompia;
 - o Ambito 5 – Sebino;
 - o Ambito 6 - Monte Orfano;
 - o Ambito 7 - Oglio Ovest;
 - o Ambito 8 - Bassa Bresciana Occidentale;
 - o Ambito 9 - Bassa Bresciana Centrale;
 - o Ambito 10 - Bassa Bresciana Orientale;
 - o Ambito 11 – Garda;
 - o Ambito 12 - Valle Sabbia.

A livello regionale la sperimentazione permette di sviluppare su un territorio rappresentativo i processi e gli strumenti previsti dalla riforma, per valutarne gli esiti e strutturare il modello su scala regionale a partire dal 2027, tenendo conto delle buone pratiche che verranno riscontrate e delle criticità che potrebbero emergere.

Nello specifico, la sperimentazione permetterà di sviluppare su scala provinciale:

1. il procedimento di definizione del progetto di vita, che comprende:
 - la presentazione dell'istanza per la predisposizione del progetto di vita (art. 23 del d.lgs. n. 62/2024);
 - la valutazione multidimensionale da realizzare in équipe, secondo i criteri di composizione e metodo stabiliti dal decreto (art. 24-25);
 - la formulazione di un progetto di vita rispondente ai bisogni della persona (art. 26), sostenuto da un budget di progetto (art. 28) composto dall'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali;

2. il modello di realizzazione del progetto di vita, mediante la strutturazione di una rete coordinata e integrata di servizi e di strumenti in favore della persona con disabilità.

Il modello è fondato su un raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie nell'ottica di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

Il sistema complessivo dell'offerta di servizi ed interventi in Lombardia a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie è ricco ed articolato, fortemente orientato a supportare l'azione quotidiana di assistenza di queste persone al fine di mantenerle il più possibile nei propri luoghi e ambienti di vita.

Gli indirizzi regionali degli ultimi anni sono orientati in questa direzione ed hanno strutturato il sistema lungo due direttrici principali:

- la presa in carico globale della persona;
- la differenziazione delle risposte in relazione ai bisogni della persona e della famiglia.

L'integrazione sociosanitaria deve continuare e rafforzarsi in diversi ambiti, tra cui:

- la presa in carico per garantire la piena esigibilità dei LEA e dei LEPS;
- il percorso assistenziale integrato costituito dalle fasi di:
 - o accesso,
 - o prima valutazione,
 - o valutazione multidimensionale,
 - o elaborazione del progetto di vita individualizzato-personalizzato e partecipato e del PAI,
 - o monitoraggio degli esiti,
- i Punti Unici di Accesso (PUA);
- l'assistenza territoriale e la rete della domiciliarità.

È necessaria, pertanto, una programmazione coordinata a livello centrale e fortemente integrata a livello territoriale per garantire un approccio olistico e coordinato, capace di offrire le opportune risposte al cittadino in modo unitario, favorendo le sinergie e la collaborazione tra i diversi enti e livelli istituzionali.

Definizioni

Ai fini del presente documento si condividono le seguenti definizioni:

- ✓ **Responsabile del procedimento amministrativo:** è una figura che opera all'interno della pubblica amministrazione cui è affidata la gestione di un procedimento amministrativo. Il nominativo della persona individuata deve essere comunicato a tutte le parti interessate. Nel caso specifico è individuato dall'Ambito Sociale Territoriale, afferente al territorio di residenza della persona con disabilità ed è il responsabile dell'avvio dell'iter di richiesta dell'elaborazione del progetto di vita.
- ✓ **Referente per l'attuazione del progetto di vita:** è la figura chiave per il governo, il coordinamento e il monitoraggio della fase attuativa del progetto. Garantisce una funzione di regia e di terzietà in un processo organizzato e strutturato.
- ✓ **Coordinatore di UVM:** è colui che guida l'équipe di professionisti all'interno di articolati sistemi organizzativi nel quadro delle politiche sociali e socio-sanitarie di riferimento; svolge funzioni organizzative, amministrative, tecnico-metodologiche e di networking.
- ✓ **condizione di disabilità:** una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri;
- ✓ **persona con disabilità:** persona definita dall'articolo 3, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificato dal Decreto Legislativo 62/2024;
- ✓ **WHODAS:** WHO Disability Assessment Schedule, questionario di valutazione basato sull'ICF che misura la salute e la condizione di disabilità;
- ✓ **ICF:** Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità conformemente agli articoli 21, lettera b), e 22 del Protocollo concernente la costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità, stipulato a New York il 22 luglio 1946, reso esecutivo con decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 4 marzo 1947, n. 1068;
- ✓ **profilo di funzionamento:** descrizione dello stato di salute di una persona attraverso la codificazione delle funzioni e strutture corporee, delle attività e della partecipazione secondo la ICF tenendo conto della ICD, quale variabile evolutiva correlata all'età, alla condizione di salute, ai fattori personali e ai determinanti di contesto, che può ricomprendere anche il profilo di funzionamento ai fini scolastici;
- ✓ **sostegni:** i servizi, gli interventi, le prestazioni e benefici individuati a conclusione dell'accertamento della condizione di disabilità e nel progetto di vita per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, nonché per contrastare la restrizione nella sua partecipazione sociale, graduati in «sostegno» e «sostegno intensivo», in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno;
- ✓ **valutazione multidimensionale:** procedimento volto a delineare con la persona con disabilità il suo profilo di funzionamento all'interno dei suoi contesti di vita, anche rispetto agli ostacoli e ai facilitatori in essi presenti, e a definire, anche in base ai suoi desideri e alle sue aspettative e preferenze, gli obiettivi a cui deve essere diretto il progetto di vita;
- ✓ **progetto di vita:** progetto individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità che, partendo dai suoi desideri e dalle sue aspettative e preferenze, è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, 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 altri;
- ✓ **budget di progetto:** insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale e al sistema dei supporti informali, da destinare al progetto di vita.
- ✓ **vita indipendente:** pieno godimento del diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società con la stessa libertà di scegliere e partecipare delle altre persone. Tale diritto è

garantito favorendo l'accesso ad una serie di servizi a sostegno delle forme diverse di domiciliarità e delle diverse modalità di abitazione previste dalla normativa o altre tipologie di sostegni che favoriscono l'autodeterminazione delle persone, compresa l'assistenza personale anche autogestita, necessari per consentire alle persone di essere incluse nella società e impedire che siano isolate.

1. LA RETE TERRITORIALE IN REGIONE LOMBARDIA

1.1. Il quadro di contesto

La normativa di riferimento che disegna la rete territoriale ed il modello organizzativo a supporto degli interventi di natura sociosanitaria e sociale è rappresentata principalmente da:

- La **l.r. n. 3/2008** "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" e in particolare l'art. 18, commi 1, 2 e 6 il quale stabilisce che il piano di zona, strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale, abbia come ambito di riferimento, di norma, il distretto sociosanitario delle ASL. In Regione Lombardia gli Ambiti territoriali, costituiti per la realizzazione della programmazione sociale a livello locale, garantiscono il raccordo con gli attuali distretti previsti dalla l.r. n. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo e sono attualmente n. 91.
- La **l.r. n. 33/2009** "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" così come modificata in particolare dalla L.r. 23/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo" e dalla L.r. n.22/2021, che definisce l'attuale assetto istituzionale organizzativo ad oggi articolato in 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS), in 26 Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) e in 6 Fondazioni IRCCS di diritto pubblico.

In particolare, di seguito si illustrano le caratteristiche delle articolazioni organizzative che intervengono nell'attuazione della riforma.

L'**Ambito Territoriale** rappresenta la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

Gli Ambiti Sociali Territoriali sono unità organizzative sovracomunali che programmano e gestiscono i servizi sociali in coordinamento e raccordo attraverso le ASST con i servizi socio-sanitari per i cittadini, in linea con le politiche regionali e nazionali. Ogni Ambito può comprendere più Comuni che collaborano nella gestione dei servizi sociali.

Ai sensi dell'art. 18 l.r. n. 3/2008 ciascun Ambito identifica un ente capofila (comune, azienda, comunità montana) di riferimento, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, che coordina le attività in attuazione della programmazione sociale in conformità a quanto stabilito dal Piano di Zona, ossia il documento di programmazione strategica che definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione. Il Piano di Zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa. Il piano di zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del terzo settore. La programmazione dei piani di zona ha valenza triennale (DGR del 15 aprile 2024, n. 2167 con la quale sono state approvate le linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027, in particolare, l'Allegato A dell'anzidetta deliberazione, ha previsto entro il 31.12.2024 l'approvazione del Piano di Zona, nonché di sottoscrizione degli Accordi di Programma).

La Regione Lombardia assegna risorse agli Ambiti Sociali per la realizzazione dei servizi, spesso in collaborazione con ATS (Agenzia per la Tutela della Salute), ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali) e il Terzo Settore.

Le **ASST** sono chiamate a concorrere con tutti gli altri soggetti erogatori del servizio, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione. Al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale e garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, le ASST, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio riconoscono il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli

enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni. Le ASST adottano l'organizzazione interna più idonea al soddisfacimento dei bisogni di salute del territorio di riferimento e si articolano in due settori aziendali: il polo territoriale ed il polo ospedaliero.

Al polo territoriale è attribuito il coordinamento dell'attività erogativa delle prestazioni territoriali, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità. A quest'ultimo afferiscono:

- gli ospedali di comunità previsti dal piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR);
- le case di comunità previste dal PNRR;
- le centrali operative territoriali (COT) previste dal PNRR

Ogni ASST si articola in **distretti** (per un totale di n. 86 a livello regionale) il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona.

Il distretto rappresenta, quindi, il luogo in cui il SSN, nelle sue articolazioni funzionali ed erogative, si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un approccio intersettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei molteplici ambiti di competenza, con una visione orizzontale e trasversale ai bisogni, tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito, integrando inoltre il sistema ospedaliero caratterizzato da intensività assistenziale.

Tale assetto permette di massimizzare l'integrazione dell'intero sistema dei servizi a vantaggio di una presa in carico integrata e intersettoriale (grazie all'integrazione del Terzo Settore e più in generale degli attori sociali del territorio) dei bisogni, in ottica preventiva sia sul versante individuale sia su quello collettivo.

Il luogo di prossimità in cui è possibile concretizzare l'integrazione è pertanto l'Ambito territoriale coincidente con il distretto, in quanto nelle sue diverse articolazioni, esso è chiamato a garantire una risposta integrata nel contesto della rete d'offerta, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico unitaria della popolazione di riferimento.

A questo proposito l'articolazione distrettuale (DGR XI/6760 del 25/07/2022 e DGR XI/7592 del 15/12/2022) può trovare nella **Casa di Comunità** (di seguito CdC) uno snodo fondamentale.

La CdC rappresenta il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e l'attivazione di logiche e processi di sanità di iniziativa, con attenzione specifica alla prevenzione e all'offerta di servizi sanitari e sociosanitari con condizioni cliniche che non richiedono gestione esclusivamente ospedaliera, ma sono gestibili a livello territoriale. Promuove un modello di intervento e di gestione multidisciplinare, garantendo la progettazione integrata di sostegni di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria, rappresentando uno strumento attraverso cui coordinare diversi servizi offerti sul territorio, e valorizzando e potenziando la rete della community care con collegamenti con le Associazioni di volontariato e del Terzo Settore e con le reti sociali informali.

Il **Punto unico di accesso** (di seguito PUA) collocato all'interno della CdC è finalizzato a garantire l'integrazione di servizi sanitari e sociosanitari con quelli socioassistenziali dei Comuni e degli Ambiti sociali, attraverso la valorizzazione delle reti sociali (reti informali, reti di volontariato, Terzo settore, associazioni di pazienti, ecc.). L'approccio integrato nella risposta ai bisogni è applicato sin dall'accesso della persona alla CdC, attraverso il PUA che:

- è presente in ogni CdC e prioritariamente rivolto alle persone con disagio e dell'area della fragilità derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atto a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali;

- costruisce percorsi sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere per l'accesso e la fruizione dei servizi;
- è uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale; come tale richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali.

Inoltre, si richiama la l.r. n. 25/2022 "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità" con la quale si dà avvio, ai sensi dell'art. 9, all'istituzione dei Centri per la vita indipendente. I **Centri Vita Indipendente** (di seguito CVI) formalmente costituiti a seguito di apposita manifestazione di interesse di ATS (l.r. n. 25/2022 e DGR n. XII/984/2022) rappresentano un servizio complementare e integrativo a sostegno delle competenze dei Servizi Sociali di base. Il Centro si propone quindi come "ponte" tra le persone con disabilità, le loro famiglie e i servizi sul territorio rendendo possibili percorsi di accompagnamento alla costruzione di un progetto di vita. Il CVI, nel rispetto dei mandati istituzionali dei diversi enti, contribuisce alla eventuale formulazione della proposta di progetto che potrà essere valutata in sede di UVM.

1.2. Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione

L'accordo interistituzionale tra sistema sociale, sanitario e sociosanitario ha lo scopo di garantire l'effettivo svolgimento del Percorso individuale e la fruizione dei diritti in modo uniforme sul territorio regionale, consentendo altresì adattamenti e soluzioni organizzative locali.

Le regole dell'azione congiunta sono condivise formalmente all'interno di specifici processi di programmazione che esitano in:

- **Accordo di Programma** che le ATS, le ASST e i Comuni degli Ambiti Territoriali sottoscrivono e rivedono ogni 3 anni. L'accordo è stipulato dai sindaci dei comuni aderenti, dal Direttore dell'ATS e dal Direttore dell'ASST.
Si richiama la DGR XII/2167/24 che approva le Linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025/2027.
- **Piano di sviluppo del polo territoriale (PPT)** che, ai sensi dell'art. 7 C. 17 della L.r. 33/2009, ciascuna ASST è chiamata a predisporre con periodicità triennale. Il PPT definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale, assicurando l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali.
Si richiama la DGR XII/2089 del 25/03/2024 che approva le Linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani di Sviluppo del Polo territoriale di ASST per il triennio 2025/2027.

A ulteriore rinforzo di tale impostazione, la DGR XII/3720/2024, nel declinare le modalità di implementazione del distretto e di attuazione dei percorsi definiti all'interno del Piano di sviluppo del polo territoriale di ciascuna ASST, ha indicato l'integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo settore, Associazionismo tra gli obiettivi prioritari.

Alla luce di quanto sopra, si rileva che le sopra richiamate delibere n. XII/2089/24 e n. XII/2167/24 hanno definito le aree di integrazione programmatoria- funzionale tra sociale e sociosanitario condividendo gli elementi di interesse comune che, attraverso un'azione di collaborazione, trovano una declinazione all'interno dei Piani di Zona e dei PPT. Tra le aree definite è prevista l'area autonomia che comprende il progetto di vita indipendente ed i progetti di budget di salute.

2. IL PROCESSO DI ATTIVAZIONE DEL PROGETTO DI VITA

Tenuto conto degli elementi sopra declinati e delle finalità del presente documento, si procede a delineare il processo di attivazione del progetto di vita che, in attuazione di quanto disposto dal D.lgs. 62/2024, si sviluppa all'interno di un'organizzazione a rete articolandosi in un insieme di attività correlate e consequenziali, con il coinvolgimento di diversi attori istituzionali e non e con la conseguente delineazione delle diverse fasi attuative, dei relativi centri di responsabilità e linee di riporto.

Il processo di attivazione del progetto di vita si declina di norma nelle seguenti fasi:

- Valutazione di base: rilascio certificato per il riconoscimento della condizione di disabilità;
- Istanza della persona per attivazione progetto di vita;
- Valutazione multidimensionale;
- Formulazione del progetto di vita, con l'individuazione del referente per l'attuazione dello stesso e del budget di progetto;
- Attuazione del progetto e monitoraggio.

Il Progetto di Vita, come delineato dall'art. 26 del D.Lgs. 62/2024, si basa su una valutazione multidimensionale che prende in considerazione vari aspetti della vita della persona, determinando l'opportunità di garantire risposte adeguate e personalizzate ai diversi bisogni emersi, anche attraverso la definizione del progetto di vita.

L'accomodamento ragionevole è un principio fondamentale in questo processo, poiché permette di adattare - senza imporre un onere sproporzionato o eccessivo per la sua adozione - le risorse e i servizi in modo equo, senza discriminazioni, e con l'intento di rispondere in maniera specifica alle necessità individuali.

Questo approccio si inserisce in una logica più generale di inclusione e pari opportunità, garantendo che ogni persona sia adeguatamente informata sia sul progetto di vita sia sulle altre opzioni attivabili e possa accedere, nei limiti delle risorse formali e informali disponibili, a strumenti e interventi adeguati al proprio percorso di vita.

2.1. Valutazione di base

Il procedimento valutativo di base, come declinato dal Capo II del D.lgs. 62/2024 è un unico procedimento in capo ad Inps volto a riconoscere la condizione di disabilità, che:

- sostituisce quella prevista oggi per il riconoscimento della condizione di «handicap» (l. n. 104/1992), pur permanendo tutti i benefici ad essa connessi;
- include gli attuali accertamenti di invalidità civile, sordità e cecità civile sordocecità, di disabilità ai fini scolastici e lavorativi.

Il procedimento si attiva su richiesta dell'interessato, dell'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, o del tutore o amministratore di sostegno se dotato di poteri, con la trasmissione, in via telematica, del certificato medico introduttivo.

Il riconoscimento della condizione di disabilità costituisce il risultato del procedimento valutativo di base, comprendente:

- l'accertamento e la verifica delle condizioni di salute della persona descritta nel certificato medico introduttivo, con i codici ICD;
- la valutazione del carattere duraturo e le specifiche compromissioni dello stato di salute, funzionali, mentali, intellettive o sensoriali in conformità alle indicazioni dell'ICF, tenendo conto dell'ICD;
- i deficit funzionali e strutturali che ostacolano, in termini di salute, l'agire della persona;
- l'individuazione del profilo di funzionamento, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, con necessità di sostegni continuativi;

- la ricaduta delle compromissioni funzionali e strutturali in termini di capacità;
- la valutazione del livello necessario di sostegno.

Nel caso di riconoscimento della condizione di disabilità, tale certificato individua:

- la necessità di sostegno o la necessità di sostegno intensivo;
- la relativa intensità di sostegno, differenziata tra i livelli di lieve e media (comma 1), elevata e molto elevata (comma 3).
- i presupposti per la concessione di assistenza protesica, sanitaria e riabilitativa, previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- gli elementi utili alla "definizione di non autosufficienza, nonché di disabilità gravissima";
- i requisiti necessari per l'accesso ad agevolazioni fiscali, tributarie e relative alla mobilità, conseguenti all'accertamento dell'invalidità e ad ogni altra prestazione prevista dalla legge.

Il certificato sostituisce a tutti gli effetti anche le certificazioni relative all'accertamento delle seguenti:

- Invalidità Civile di cui alla Legge 118/1971;
- Cecità Civile;
- Sordità Civile;
- Sordocecità;
- Condizione di Disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica;
- Condizione di Disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa.

Il certificato di norma ha una validità non limitata nel tempo e non necessita di rinnovi o aggiornamenti periodici per mantenere la sua efficacia. In casi specifici (ad es. per l'attivazione di servizi di inclusione lavorativa) o in caso di variazioni significative della condizione personale, la normativa prevede l'aggiornamento/integrazione del certificato per accedere o potenziare i servizi dedicati alla persona.

2.2. Presentazione dell'istanza per la predisposizione del progetto di vita

La richiesta del **progetto di vita** ai sensi del D.Lgs. n. 62/2024 può essere presentata da:

- la persona in possesso del certificato della condizione di disabilità;
- la persona in possesso del vecchio certificato ex articolo 3 della l. 104/92, senza sottoporsi alla valutazione di base.

L'evoluzione della normativa nazionale in tema di riforma sulla non autosufficienza (D.Lgs. 29/2024) e di riforma della disabilità (D.Lgs. 62/2024) potrà determinare la necessità di aggiornare la disciplina regionale finalizzata a indirizzare i diversi target di popolazione verso il percorso più appropriato (es. PAI, Progetto di vita).

L'Ente capofila dell'Ambito Sociale Territoriale individuato nell'ADP sottoscritto per l'attuazione del piano di zona afferente al territorio di residenza della persona con disabilità, ai sensi dell'art. 23 comma 2 del D.Lgs. n. 62/2024, è individuato quale ente titolare del procedimento per la predisposizione del progetto di vita.

La richiesta per l'avvio del procedimento e l'elaborazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato può essere effettuata secondo due modalità:

1. L'**unità di valutazione di base** informa la persona con disabilità e, se presente, l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, il tutore o l'amministratore di sostegno, se dotato di poteri, che può, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 62/2024, presentare l'istanza per l'elaborazione del progetto di vita attraverso l'invio del certificato della condizione di disabilità da parte della stessa commissione.

La persona ha facoltà di richiedere alla commissione che il certificato attestante la condizione di disabilità venga trasmesso secondo le modalità definite da INPS all'Ente capofila dell'Ambito Sociale Territoriale individuato nell'ADP sottoscritto per l'attuazione del PdZ e afferente al territorio di residenza della persona con disabilità, al fine di avviare l'iter per l'elaborazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

La trasmissione del certificato ha valore, a tutti gli effetti, di presentazione dell'istanza di parte per l'avvio del procedimento per l'elaborazione del progetto di vita individuale.

2. in via autonoma, ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 62/2024, e in qualsiasi momento mediante istanza:
 - diretta all'Ente capofila dell'Ambito Sociale Territoriale individuato nell'ADP sottoscritto per l'attuazione del piano di zona afferente al territorio di residenza della persona con disabilità;
 - al Comune di residenza della persona con disabilità, al PUA della Casa di Comunità a cui afferisce il Comune di residenza della persona o altri uffici individuati dall'Ambito che provvederanno alla trasmissione dell'istanza all'Ente capofila di Ambito.

Nelle more dello sviluppo di un sistema applicativo per la trasmissione informatizzata e gestione dell'istanza, la domanda viene presentata via pec o in forma cartacea direttamente all'Ente capofila dell'Ambito ovvero in uno dei punti di ricezione previsti in forma cartacea. Qualora l'istanza sia presentata in uno dei punti di ricezione individuati, l'ufficio preposto alla ricezione provvede a trasmettere formalmente l'istanza all'indirizzo pec dell'Ente capofila dell'Ambito Sociale Territoriale individuato.

È onere di tutti i soggetti coinvolti nel procedimento (es. INPS/responsabile dell'uff. di piano/ PUA/Comuni...), oltre a chi opera dimissioni protette e ai servizi sanitari specialistici, assicurare la più ampia diffusione/informazione sul proprio territorio delle modalità per la presentazione/ricezione dell'istanza per l'elaborazione del progetto di vita.

Gli Ambiti Sociali Territoriali, sulla base della propria organizzazione individuano il **responsabile del procedimento**.

L'avvio del procedimento è comunicato all'istante da parte del responsabile del procedimento, entro **quindici giorni** dalla presentazione:

- del certificato della condizione di disabilità inviato a cura dell'INPS;
ovvero
- dell'istanza presentata all'Ambito Territoriale;
ovvero
- dell'istanza presso il Comune di residenza della persona con disabilità o presso il PUA della Casa di Comunità o presso altri uffici individuati dall'Ambito.

La comunicazione dell'avvio del procedimento contiene:

- a. la data di presentazione dell'istanza o dell'assenso manifestato alla commissione ai sensi dell'articolo 15, comma 3, del D.Lgs. 62/2024;
- b. l'indicazione che la persona con disabilità può farsi assistere da una persona che lo supporta e facilita l'espressione delle sue scelte e l'acquisizione della piena comprensione delle misure e dei sostegni attivabili con il progetto di vita;
- c. la data entro cui termina il procedimento per la redazione del progetto di vita;
- d. l'indicazione del responsabile del procedimento;
- e. nel caso di cui all'articolo 15, comma 3 D.Lgs. n. 62/24, l'indicazione della trasmissione del certificato della condizione di disabilità e del deposito della documentazione.

Ai sensi dell'art. 23 comma 7 i termini per la conclusione del procedimento per la formazione del progetto di vita sono determinati in **120 giorni** dalla data di comunicazione dell'avvio dello stesso.

2.3. Valutazione Multidimensionale

2.3.1. L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

L'organizzazione del Servizio per la predisposizione del Progetto di vita identifica la Casa di comunità - o eventualmente altro luogo messo a disposizione da parte dell'Ambito Territoriale Sociale in qualità di Ente referente del Responsabile del Procedimento - quale luogo fisico accessibile di raccordo e di riferimento, in cui viene assicurata la costituzione dell'UVM e per i procedimenti di valutazione da attivarsi sulla base delle istanze ricevute.

Presupposto preliminare e necessario per l'avvio del processo di valutazione multidimensionale in capo all'équipe è l'individuazione da parte di ASST ed Ambito territoriale dei propri referenti delle diverse aree organizzative coinvolgibili nel percorso di valutazione (area anziani, persone in condizioni di disabilità, minori con bisogni sociosanitari/sanitari in carico alla NPI), che faranno parte dell'UVM per ogni singolo progetto di vita.

Al fine di dare corso al procedimento:

- Il Responsabile del procedimento, successivamente all'invio della comunicazione di avvio del procedimento all'istante, si coordina con il direttore di Distretto al fine di attivare l'UVM, la cui composizione dovrà tenere conto dei percorsi già attivati in favore della persona e quindi sarà differenziata in base all'operatore di riferimento indicato dall'ente capofila d'Ambito territoriale o ai professionisti sanitari designati dalla ASST;
- il Coordinatore di UVM, entro i successivi 15 gg lavorativi, comunica la data in cui verrà effettuata la valutazione multidimensionale dell'istante.

Le figure che costituiscono la componente essenziale dell'UVM (art. 24 D Lgs n. 62/2024) sono:

- a) la persona con disabilità;
- b) l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, il tutore o l'amministratore di sostegno, se dotato di poteri;
- c) la persona - nominata dall'interessato anche all'interno dei componenti dell'unità di valutazione multidimensionale - che faciliti l'espressione delle sue scelte e l'acquisizione della piena comprensione delle misure e dei sostegni attivabili con il progetto di vita. L'attività di supporto della persona comprende l'adozione di tutte le strategie utili nell'acquisizione delle scelte, anche attraverso la migliore interpretazione della volontà e delle preferenze. Qualora il facilitatore non sia personale afferente a servizi pubblici, le spese sono a carico della persona con disabilità;
- d) un assistente sociale, un educatore o un altro operatore sociale dell'Ambito territoriale/Comune;
- e) uno o più professionisti sanitari designati dalla ASST col compito di garantire l'integrazione sociosanitaria;
- f) un rappresentante dell'istituzione scolastica nei casi di inclusione degli studenti con disabilità (ex D.Lgs n. 66/2017);
- g) ove necessario, un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità (ex legge 12 marzo 1999, n. 68) ovvero il Collocamento Mirato del Centro per l'Impiego della Provincia di Brescia della sede territoriale più prossima (art. 24, punto g, del D.Lgs. n.62/2024);
- h) il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta della persona con disabilità.

Inoltre, su richiesta della persona con disabilità o di chi la rappresenta o su richiesta degli altri componenti dell'UVM e senza oneri a carico della pubblica amministrazione, può essere previsto il coinvolgimento di ulteriori figure quali:

- i) il coniuge, un parente, un affine, una persona con vincoli di cui alla legge 20 maggio 2016, n. 76 "Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze" o il caregiver come definito all'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205;
- j) un medico specialista o medici specialisti dei servizi sanitari o sociosanitari;

- k) un rappresentante di associazione, fondazione, agenzia o altro ente con specifica competenza nella costruzione di progetti di vita, anche del Terzo settore;
- l) referenti dei servizi pubblici e privati, anche informali, presso i quali sono attivi servizi/percorsi/interventi a favore della persona con disabilità.

Al fine di meglio definire ruoli, responsabilità e tempistiche connesse allo specifico procedimento di valutazione multidimensionale e di definizione del progetto di vita (compresi gli aspetti connessi al referente per l'attuazione del progetto), sarà necessario definire "Accordi Operativi" tra gli Ambiti territoriali e le ASST, mediante la regia di ATS.

2.3.2. Coordinamento dell'UVM

Tra i componenti dell'UVM è individuato quale coordinatore dell'iter il professionista rientrante tra le figure di cui alla lettera d) "assistente sociale, un educatore o un altro operatore sociale dell'Ambito territoriale/Comune" ovvero di cui alla lettera e) "professionista sanitario".

Le modalità/criteri di individuazione del coordinatore sono rimessi al Direttore del Distretto Sanitario in accordo con il Responsabile dell'Ambito Territoriale Sociale, tenuto conto degli "Accordi Operativi" presenti a livello territoriale, di cui al paragrafo precedente.

Il coordinatore dell'UVM provvede al raccordo tra l'ASST e l'Ambito territoriale sociale nonché al perfezionamento della composizione della specifica UVM per la persona prevedendo, in particolare:

- il coinvolgimento del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta della persona con disabilità, del rappresentante dell'istituzione scolastica nei casi di inclusione degli studenti con disabilità, e, ove necessario, di un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità;
- il coinvolgimento, su richiesta della persona con disabilità o di chi la rappresenta o su richiesta degli altri componenti dell'UVM di ulteriori figure di cui alle lettere i), j), K) e l) del paragrafo 2.3.1;

tenuto conto della necessità di ricomposizione dei processi valutativi come indicato nel paragrafo 2.3.4.

Qualora la persona con disabilità non scelga la figura di supporto (facilitatore), il coordinatore con il coinvolgimento della persona, della sua famiglia e dei componenti dell'UVM, promuove ogni azione per assicurare che la persona venga messa nelle condizioni di comprendere le misure e i sostegni attivabili con il progetto di vita.

2.3.3. Procedimento di valutazione multidimensionale

Il procedimento di **valutazione multidimensionale** è svolto sulla base di un metodo multidisciplinare e fondato sull'approccio bio-psico-sociale, tenuto conto delle indicazioni dell'ICF e dell'ICD e si articola in fasi, svolte collegialmente al fine di definire il profilo di funzionamento nei diversi ambiti di vita della persona con disabilità.

La valutazione multidimensionale tiene conto degli esiti della valutazione di base e ne rappresenta un approfondimento finalizzato all'individuazione dei sostegni attivabili con il progetto di vita.

Le fasi sono quattro e di seguito evidenziate (art. 25 D.lgs. 62/2024):

- a) rilevazione degli obiettivi della persona – ad esito della valutazione di base - secondo i suoi desideri e le sue aspettative e conseguente definizione del profilo di funzionamento, anche in termini di capacità e performance dell'ICF, nei differenti ambiti di vita liberamente scelti;
- b) individuazione delle barriere e i facilitatori negli ambiti di cui alla lettera a) e le competenze adattive;
- c) formulazione delle valutazioni inerenti:
 - al profilo di salute fisica, mentale, intellettiva e sensoriale,
 - ai bisogni della persona
 - ai domini della qualità di vita, in relazione alle priorità della persona con disabilità;

- d) definizione degli obiettivi da realizzare con il progetto di vita, tenuto conto di eventuali piani specifici di sostegno già attivati e dei loro obiettivi.

Nel caso di minori, la valutazione multidimensionale tiene conto anche del profilo di funzionamento redatto ai fini scolastici.

2.3.4. Riordino e unificazione delle equipe di valutazione multidimensionale

Il D.lgs. n. 62/2024 richiede altresì il riordino e l'unificazione delle equipe di valutazione già attive secondo i principi di razionalizzazione, efficienza e in co-programmazione con gli enti del terzo settore, nonché nel rispetto dei livelli essenziali (art. 24 comma 4).

Le attività delle equipe di valutazione multidimensionali presenti sul territorio e già operanti si caratterizzano per:

- a) l'individuazione di prestazioni e trasferimenti monetari connessi alla condizione di non autosufficienza, eccettuata quella dei soggetti anziani;
- b) l'individuazione di prestazioni e trasferimenti monetari connessi alla condizione di "disabilità gravissima" di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 26 settembre 2016, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 280 del 30 novembre 2016;
- c) l'individuazione delle misure di sostegno ai caregiver;
- d) la redazione dei progetti individuali di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328;
- e) l'individuazione dei servizi, degli interventi e delle prestazioni di cui all'articolo 4 della legge 22 giugno 2016, n. 112 (Dopo di Noi);
- f) la definizione dei bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ai sensi dell'art. 21 del DPCM Lea 12 gennaio 2017;
- g) eventuali ed ulteriori ambiti.

Con particolare riferimento alle persone già in carico che presentano in via autonoma istanza di progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, il coordinatore dell'UVM dovrà promuovere, con il coinvolgimento dei componenti dell'equipe multidisciplinare, nonché della persona e della sua famiglia, le azioni necessarie al fine di ricomporre i diversi processi valutativi - già esperiti o in corso - all'interno dell'operato dell'equipe, perseguendo una riunificazione operativa, secondo un modello di flessibilità di funzionamento delle equipe stesse.

Resta salva la possibilità per il cittadino di richiedere la valutazione ai fini dell'accesso alla singola prestazione/misura senza procedere all'istanza di progetto di vita (art. 13 D.lgs. n. 62/2024).

2.4. Progetto di vita

Il modello organizzativo delineato discendente dal D.lgs. n. 62/2024, integrandosi nell'ambito del sistema d'offerta territoriale già esistente, richiede che per le persone con disabilità il piano assistenziale individuale sia inserito nel più ampio contesto del Progetto di vita coordinandosi/completandosi in modo appropriato con gli eventuali altri sostegni diretti e indiretti già attivi/attivabili per la persona e la sua famiglia in ambito sociale, e dinamicamente finalizzati, attraverso la ricomposizione di servizi e interventi, la valorizzazione della solidarietà organizzata e dei rapporti di vicinato, a perseguire gli obiettivi definiti nel progetto stesso con la persona e la sua famiglia all'esito di una valutazione multidimensionale che evolutivamente accompagna nel tempo la persona.

2.4.1. Caratteristiche del progetto di vita

Sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale, l'UVM predispone il progetto di vita che individua:

1. gli obiettivi della persona con disabilità;
2. gli interventi individuati nelle seguenti aree:
 - a. apprendimento, socialità ed affettività;
 - b. formazione, lavoro;

- c. casa e habitat sociale;
 - d. salute;
3. i servizi, le misure relative ai processi di cura e di assistenza, gli eventuali accomodamenti ragionevoli, i sostegni e gli interventi idonei e pertinenti a garantire la piena inclusione e il godimento, sulla base di uguaglianza con gli altri, dei diritti civili e sociali e delle libertà fondamentali, incluse le prestazioni di cui ai LEA;
 4. i piani operativi e specifici individualizzati delle azioni e dei sostegni correlati agli obiettivi del progetto, con indicazione di eventuali priorità, o, nel caso di piani già esistenti, il loro riallineamento, anche in termini di obiettivi, prestazioni e interventi;
 5. gli operatori e le altre figure coinvolte nella fornitura dei sostegni indicati con l'indicazione di compiti e responsabilità;
 6. il referente per la sua attuazione;
 7. la programmazione di tempi e le modalità delle verifiche periodiche e di aggiornamento, anche al fine di controllare la persistenza e l'adeguatezza delle prestazioni rese rispetto agli obiettivi;
 8. il dettaglio e l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche, private e del terzo settore, già presenti o attivabili anche in seno alla comunità territoriale, alla rete familiare nonché al sistema dei supporti informali, che compongono il budget di progetto.

Nel caso in cui la persona con disabilità - o chi la rappresenta - abbia presentato una proposta di progetto di vita, l'UVM ne verifica l'adeguatezza, l'appropriatezza e, contestualmente, definisce il budget di progetto.

Partecipano alla predisposizione del progetto di vita anche i responsabili dei servizi o loro delegati che condividono come strutturare gli interventi di loro competenza e come integrare le loro competenze e risorse con quelle di altri ambiti. Devono ritenersi responsabili dei servizi e degli interventi anche i referenti dei soggetti privati che erogherebbero tali sostegni ovvero anche eventuali soggetti che forniscano sostegni informali, inclusi i caregiver.

Ad avvenuta definizione del progetto di vita i componenti dell'UVM, unitamente ai responsabili dei vari servizi e interventi previsti e da attivare nell'ambito del progetto, lo approvano e lo sottoscrivono. Il progetto è sottoscritto dalla persona con disabilità secondo le proprie capacità comunicative o da chi ne cura gli interessi.

Ad avvenuta sottoscrizione del Progetto di vita, il coordinatore comunica al responsabile del procedimento la conclusione dell'iter e lo stesso procede a darne comunicazione scritta all'istante entro 120 gg dalla data di avvio del procedimento, fatta salva l'interruzione dei termini laddove intervenuta.

Con la sottoscrizione, il progetto diventa immediatamente vincolante e operativo. Fondamentale risulta l'attività costante di monitoraggio dell'adeguatezza del progetto da parte del Referente per l'attuazione. Il progetto può essere modificato su richiesta di una delle parti al fine di assicurare il mantenimento della coerenza dello stesso con i cambiamenti dei bisogni intervenuti.

Laddove tali cambiamenti determinano una nuova definizione degli obiettivi del Progetto, il processo sarà attivato con una nuova valutazione multidimensionale e il conseguente sviluppo del processo come sopra descritto.

2.4.2. Budget di progetto

L'attuazione del progetto di vita è sostenuta dal budget di progetto individuale comprende e ricomprende al suo interno le risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, disponibili e attivabili sia di emanazione pubblica (previdenziale, sociale, sanitaria, ...) che di carattere privato (personali, familiari e sociali).

Fondamentale, ai fini della costruzione del budget di progetto, risulta la piena conoscenza del quadro delle misure di welfare, tra cui anche gli strumenti per l'inserimento lavorativo e i supporti per

l'inclusione scolastica a favore del cittadino lombardo nonché le risorse presenti nella comunità di riferimento della persona con disabilità.

Gli Enti del Terzo Settore in questo contesto rappresentano una importante risorsa nella rete di prossimità, in quanto, grazie alla propria capacità di produrre innovazione e flessibilità, possono contribuire alla definizione della risposta idonea alla necessità di sostegno rilevata in sede di valutazione, in una logica di co-programmazione e co-progettazione con l'Ente pubblico favorendo l'integrazione delle risorse e degli interventi pubblici e privati.

Ai sensi dell'art. 28 comma 8 del d.lgs. 62/2024 la persona con disabilità può autogestire il budget di progetto con obbligo di rendicontazione in conformità con quanto stabilito dal decreto 14 gennaio 2025, n. 17 "Regolamento concernente le modalità, i tempi, i criteri e gli obblighi di comunicazione ai fini dell'autogestione del budget di progetto".

L'UVM unitamente ai responsabili dei vari servizi e interventi, ciascuno per le risorse di rispettiva competenza, possono accogliere la richiesta dell'autogestione del budget di progetto in sede di predisposizione del progetto di vita, tenuto conto della situazione di contesto della persona e di quanto indicato dall'art. 3 comma 2 del regolamento stesso.

Il coinvolgimento dei responsabili di diversi servizi al processo di definizione del budget di progetto consente di valutare, già prima dell'approvazione finale del progetto di vita, la sostenibilità e la percorribilità dello stesso, sia in termini di disponibilità delle risorse che di tempistica di realizzazione delle attività previste.

2.4.3. Referente per l'attuazione del progetto di vita

L'UVM individua e nomina il **referente per l'attuazione del progetto di vita** (art. 29 D.lgs. 62/2024) della persona per il governo e il coordinamento del progetto complessivo, nonché per la ricomposizione delle risorse.

In una prospettiva di governance, il referente dell'attuazione diventa una figura chiave per garantire la qualità degli interventi: è "colui che tira le fila", tesse una rete con professionisti e strutture, opera a stretto contatto con l'équipe e tutti gli attori, compresa la famiglia, che a diverso titolo collaborano al progetto, garantendo una funzione di regia e di terzietà in un processo organizzato e strutturato.

Per questa funzione sono quindi richieste conoscenze costantemente aggiornate relative alla rete dei servizi del territorio, alle modalità di accesso e alle risorse formali e informali disponibili, capacità nella facilitazione e accompagnamento nell'accesso alle risorse territoriali, competenze nelle tecniche di sviluppo di empowerment familiare e comunitario, esperienza nella valutazione dei bisogni complessivi di salute del soggetto e della sua famiglia, misurandoli e monitorandoli nel tempo.

Considerati i contenuti della funzione, si indica pertanto che tale figura sia identificata nell'Assistente Sociale dell'Ambito/Comune in caso di prevalenza di bisogni di natura sociale e sia identificata in una figura sanitaria afferente alla Casa di Comunità in caso di prevalenza di bisogni di natura sanitaria (ad es. minore seguito esclusivamente dalla UONPIA).

Il referente svolge i seguenti compiti:

- a. dà impulso all'avvio dei servizi, degli interventi e delle prestazioni previsti dal progetto e ne monitora la realizzazione raccogliendo, se del caso, le segnalazioni trasmesse dai terzi;
- b. assicura il coordinamento tra i singoli servizi o piani operativi interfacciandosi con i responsabili e i referenti degli interventi, dei servizi e delle prestazioni;
- c. promuove il lavoro di rete a livello territoriale con il volontariato, il privato sociale ed altri soggetti per lo sviluppo delle azioni di sostegno previste in favore della persona;
- d. garantisce il pieno coinvolgimento della persona con disabilità e del suo caregiver o di altri familiari nel monitoraggio e nelle successive verifiche;
- e. aggiorna periodicamente l'UVM;
- f. richiede la convocazione dell'UVM al fine di rimodulare il progetto di vita, laddove necessario.

3. MONITORAGGIO DELLA SPERIMENTAZIONE

Si prevede la costituzione di una Cabina di Regia stabile composta da rappresentanti dei diversi referenti coinvolti (DG Famiglia; DG Welfare; DG Istruzione, Formazione e Lavoro; INPS; ATS; ASST; Ambiti) con il compito di:

- seguire lo sviluppo della sperimentazione nei diversi territori coinvolti raccogliendo buone prassi e criticità
- favorire la condivisione tra le diverse realtà coinvolte di soluzioni organizzative adottate (ad es. per favorire l'accessibilità dei documenti alla persona con disabilità)
- restituire periodicamente esito monitoraggio quale base per gli atti programmatori richiesti a Regione

La Cabina di Regia in tutta la fase di sperimentazione ha il compito di monitorare le fasi di realizzazione delle attività e valutare eventuali azioni correttive da intraprendere, in stretto raccordo con il livello nazionale.

L'analisi degli esiti, nel corso della sperimentazione, consentirà di individuare prospettive di replicabilità e estensione del processo a tutto il territorio regionale.

Regione Lombardia, ai sensi dell'art. 4 del decreto 12 novembre 2024, n. 197 "Regolamento recante la disciplina per la procedura di sperimentazione della valutazione multidimensionale e del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato, le relative modalità, le risorse da assegnare e il monitoraggio" acquisisce i dati aggregati e anonimi secondo il modello di cui all'Allegato 1 al medesimo decreto e con le seguenti scadenze:

- 31 luglio i dati riferiti alla sperimentazione alla data del 30 giugno;
- 31 gennaio i dati riferiti alla data del 31 dicembre.

Le modalità di trasmissione saranno specificate con successiva circolare operativa.

Dall'attuazione del presente provvedimento non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

4. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In considerazione dei processi in fase di sviluppo ai sensi del D.Lgs. 62/2024 e di quanto sopra riportato, saranno avviate le attività necessarie in risposta agli adempimenti di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003, Regolamento UE N. 2016/679 e D.Lgs. 101/2018).