



**LINEE
GUIDA
PROGETTO
CIVI PNRR**

**IL PROGETTO DI
VITA
PERSONALIZZATO E
PARTECIPATO**



LINEE GUIDA PROGETTO CIVI PNRR:

IL PROGETTO DI VITA PERSONALIZZATO E PARTECIPATO

INDICE

Premessa	Pag. 3
Un nuovo strumento a disposizione della funzione del Segretariato sociale	Pag. 5
Definizioni, strumenti metodologici e funzioni operative	Pag. 7
• Valutazione multidimensionale	
• Il Progetto di Vita	
• Ruoli e competenze	
Le fasi del Processo	Pag. 10
Dalla valutazione dei bisogni alla realizzazione del progetto di vita individuale	
Strumenti essenziali	Pag. 16
• intervista semi strutturata	
• intervista desideri e aspettative	
• scheda di valutazione	

PREMESSA

Il Progetto C.I.V.I. (Casa Inclusione e Vita Indipendente) attivato dall’Ambito Territoriale Sociale della Lomellina nel quadro del Programma Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ai sensi della Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore”, Sottocomponente 1 “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”, rappresenta un incubatore progettuale strategico per consolidare ed accelerare il processo di cambiamento delle politiche per la disabilità già in atto sul territorio Lomellino grazie ai percorsi sperimentali dei Bandi Pro.VI. e Dopo di Noi che, negli obiettivi e nelle finalità del PNRR, costituiscono il vettore principale di trasformazione dei servizi e degli interventi per l’autonomia abitativa e l’inclusione sociale delle persone con disabilità.

Il progetto CIVI prevede l’attivazione di tre azioni portanti che costituiscono gli ambiti di intervento principali di tutta la sua azione che interviene:

- sul processo di progettazione personalizzata dei percorsi di vita delle persone,
- sull’avviamento di due nuove unità abitative (una a Mortara e una a Sannazzaro de Burgondi)
- sull’avviamento di 12 percorsi di autonomia abitativa e occupazionale.

Le Linee Guida oggetto della presente pubblicazione rappresentano pertanto un primo ed importantissimo risultato conseguito dall’Ambito Sociale Territoriale della Lomellina con il coinvolgimento degli operatori delle realtà di terzo settore coinvolte nella co-progettazione del Progetto C.I.V.I. Esse costituiscono, infatti, uno strumento innovativo ed una metodologia di lavoro integrata per effettuare la valutazione multidimensionale e la progettazione personalizzata.

In pratica, grazie all’investimento garantito dal PNRR è stato possibile avviare un processo di ulteriore rafforzamento e infrastrutturazione territoriale interistituzionale per costruire un nuovo contesto o setting di progettazione personalizzata dei progetti educativi individuali, già disciplinati dall’art. 14 della Legge 328/2000, nell’ottica dei progetti per la vita adulta e indipendente, personalizzati e partecipati, previsti dalla Legge Delega 227/2021, ma anche nelle more del processo di ridefinizione dei requisiti di funzionamento dei servizi diurni e residenziali attivato da Regione Lombardia con Decreto 15781 del 4 novembre 2022.

Tale processo avviato dall’Ambito Sociale Territoriale della Lomellina ha assunto una valenza interistituzionale particolarmente inclusiva ed innovativa definendo un processo che integra la funzione pubblica sociale (in capo al servizio di segretariato sociale) con la funzione sanitaria

(in capo ai servizi sanitari territoriali) includendo nella costruzione del progetto individuale anche il supporto operativo diretto garantito dagli enti di terzo settore o dagli assistenti personali che già operano a sostegno delle persone con disabilità.

Le presenti Linee guida definiscono pertanto un primo livello essenziale territoriale procedurale per la progettazione individuale, personalizzata e partecipata, nelle more dei decreti attuativi della Legge 227/2021, concepita come Legge di riordino di tutto l'assetto normativo del welfare della disabilità anch'essa parte integrante e obiettivo strategico del PNRR.

All'interno della proceduralizzazione prevista dalle presenti linee guida si definisce un processo operativo sinergico e integrato in cui cooperano l'assistente sociale comunale o di ambito con funzioni di **"case manager"**, le figure sanitarie dell'agenzia socio-sanitaria territoriale con funzioni di supporto clinico (**"clinical manager"**) e le figure dell'assistente personale o del personale degli enti di terzo settore cui afferiscono le persone con disabilità, con funzioni di supporto personale (**"support manager"**).

Tale livello essenziale di proceduralizzazione è suddiviso in precise fasi e scansioni temporali con l'indicazione schematica dei diversi livelli di operatività delle diverse figure professionali coinvolte. Esso prevede inoltre la possibilità di indicare i diversi strumenti osservazionali, diagnostici e di supporto clinico utilizzati durante tutto il processo, con possibilità di fornire una stima indicativa dei tempi delle diverse fasi di lavoro utile a quantificare la mole di lavoro necessario per poter effettuare una costruzione progettuale appropriata.

Più in generale riteniamo significativo apprezzare come il lavoro svolto nell'ambito dell'azione 1 di rafforzamento del processo di valutazione multidimensionale e di progettazione personalizzata appaia strategico sia per sostenere il protagonismo personale della persona con disabilità e di chi la rappresenta sia nel ridurre la frammentazione del disegno complessivo e progettuale dei diversi percorsi di vita, sia per far emergere una rinnovata prospettiva di lavoro sociale molto dialogica. Una prospettiva di lavoro sociale in cui i diversi operatori professionali coinvolti, pur operando ciascuno "per quanto di propria competenza", sono chiamati ed interpellati a mettere in gioco anche una nuova disposizione ad agire caratterizzata da una forte corresponsabilità rispetto agli obiettivi ed agli esiti progettuali relativi al benessere delle persone coinvolte ed alla realizzazione di nuovi contesti di vita personali e comunitari.

Sulla base degli esiti di questo primo step operativo del Progetto C.I.V.I. appare oggi più semplice proseguire nella costruzione dei percorsi di autonomia abitativa e occupazionale delle persone che saranno progressivamente coinvolte nel progetto, ma anche più facile consolidare i processi già in atto sul territorio dell'Ambito Sociale Territoriale della Lomellina, per prevenire l'istituzionalizzazione e promuovere la vita indipendente delle persone con disabilità.

UN NUOVO STRUMENTO A DISPOSIZIONE DELLA FUNZIONE DEL SEGRETARIATO SOCIALE

Le presenti linee guida per la progettazione individuale personalizzata e partecipata rappresentano pertanto un nuovo strumento che potenzia e rafforza in primis la funzione del Segretariato Sociale che istituzionalmente è chiamata ad assolvere alle seguenti funzioni:

- fornire informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi;
- conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio che possono risultare utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi della vita.

In particolare, secondo la normativa regionale vigente (Legge Regionale 3/2008) l'attività di Segretariato Sociale è finalizzata a garantire al cittadino le seguenti funzioni: unitarietà di accesso ai servizi ed alle misure di intervento, capacità di ascolto, funzione di orientamento, funzione di filtro, funzione di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

Il Segretariato Sociale assume di fatto, inoltre, la funzione di punto unico di accesso alla rete sociale dei servizi.

Nella sede di Segretariato sociale sono presenti, infatti, Assistenti Sociali e figure professionali idonee per accogliere ed interpretare e valutare la domanda ed il bisogno del cittadino da orientare sia rispetto all'offerta di servizi esistenti sia, riguardo alle persone con disabilità, rispetto alla costruzione del suo progetto individuale personalizzato e partecipato.

In particolare, durante il percorso di rafforzamento della funzione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale di cui all'Azione A1 del Progetto CIVI, è emersa la necessità di riflettere sulle risposte da fornire ai familiari e/o alle stesse persone con disabilità che si rivolgono al

Servizio per avere informazioni e/o essere orientate sui percorsi da intraprendere per sostenere il percorso di vita della persona con disabilità.

L'esigenza principale emersa dal gruppo di lavoro che ha realizzato le presenti linee guida, rispetto agli obiettivi ed alle finalità di questo strumento, risulta prioritariamente quella di poter disporre di una metodologia di lavoro comune a livello d'ambito sociale territoriale che faciliti la ricomposizione dei dati informativi sociali, clinici, di funzionamento ed anche esistenziali delle persone con disabilità nell'elaborazione complessiva del progetto individuale e personale. Esigenza avvertita in particolare per ridurre e contrastare la crescente frammentazione delle risposte ai bisogni dei cittadini generata tendenzialmente dall'impianto e dalla struttura delle diverse norme che disciplinano in modo separato i diversi sostegni e servizi di cui la persona fruisce. Secondo un'osservazione ampiamente condivisa all'interno del gruppo di lavoro, una metodologia di lavoro necessaria per superare una situazione in cui *"... si tende a rispondere ai bisogni della persona in maniera frammentaria, prediligendo attivazioni di singoli sostegni e/o misure, senza un reale coordinamento, né una presa in carico unitaria, che miri a promuovere lo sviluppo, l'educazione, gli interessi e il benessere della persona con disabilità, oltre a garantirgli autonomia, libertà ed uguaglianza."*

Questa frammentazione aumenta la complessità e mette in seria difficoltà il lavoro delle diverse figure degli operatori sociali e sanitari impegnate nella costruzione dei progetti di sostegno. Alle prese con diversi dispositivi normativi tra loro separati e spesso non armonizzati nei tempi e nelle modalità di intervento, all'interno di un contesto sociale e istituzionale caratterizzato, dal punto di vista demografico, da una popolazione fragile ed in età anziana tra le più elevate in Lombardia ed in tutto il paese. E che, per le persone con disabilità, evidenzia in particolare l'emergenza ed il bisogno crescente di fornire risposte abitative e residenziali ai nuclei familiari con figli adulti con disabilità nella prospettiva della vita indipendente e dell'emancipazione dalla famiglia d'origine ancora durante l'esistenza in vita dei genitori.

Alla luce di ciò, nelle fasi di condivisione dei saperi tra le figure professionali impiegate nella stesura delle presenti Linee Guida, si è ritenuto opportuno creare un documento che orienti gli operatori verso una presa in carico globale della persona e la stesura di un progetto di vita personalizzato e partecipato.

In primis le figure professionali coinvolte hanno predisposto un'intervista semi-strutturata, utile per avere il focus sulle domande chiave per il colloquio.

Lo strumento verrà utilizzato in concomitanza con la scheda di valutazione sociale, utile a raccogliere dati propedeutici alla valutazione multidimensionale.

È opportuno evidenziare che gli strumenti citati sono stati pensati e strutturati come strumenti propedeutici alla stesura del progetto personalizzato in favore della persona con disabilità. Tuttavia, per poter redigere il progetto individuale personalizzato e partecipato, è bene disporre del quadro di contesto sociale della persona, della famiglia, dei bisogni di ambedue le parti e orientare gli obiettivi e le finalità verso le aspettative comuni, nell'ottica di migliorare il benessere e la qualità della vita secondo un disegno condiviso e sostenibile rispetto alle aspettative esistenziale ed i bisogni effettivi di sostegno.

L'alleanza con persona e con la sua nella stesura del progetto personalizzato, è fondamentale e imprescindibile per il raggiungimento degli obiettivi e delle mete esistenziali e di sostegno via via individuate e perseguite.

DEFINIZIONI, STRUMENTI METODOLOGICI E FUNZIONI OPERATIVE

Nell'ambito delle presenti linee guida sono state condivise e assunte le seguenti definizioni ed il seguente inquadramento di funzioni operative connessi al lavoro di progettazione individuale personalizzata e partecipata.

La Valutazione Multidimensionale

La valutazione multidimensionale intesa come *l'utilizzo sistematico di strumenti affidabili di individuazione dei bisogni clinici, funzionali ed esistenziali che ha come obiettivo la definizione di un progetto personalizzato di sostegno per il miglioramento del benessere personale e della qualità della vita¹*, costituisce il processo di intervento propedeutico alla costruzione del progetto individuale della persona con disabilità.

Essa, in linea con i principi OMS, parte dal presupposto che il benessere personale è una condizione bio-psico-sociale che deve tener conto, non solo delle caratteristiche dell'individuo, ma anche delle risorse del suo ambiente di vita, in relazione ai suoi desideri e alle aspettative personali in un'ottica di miglioramento della qualità di vita.

Alla valutazione multidimensionale pertanto sono affidati i compiti di:

¹ Definizione di Roberto Franchini, pedagogo Opera Don Orione e Docente di Metodologie Educative Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

- Cogliere i bisogni, le aspettative e le risorse della persona con disabilità e del suo ambiente, coerentemente alla fase di vita e al contesto in cui si trova.
- Individuare i bisogni di supporto decisivi per sostenere il benessere psicofisico e materiale, l'autodeterminazione, le relazioni interpersonali, l'inclusione sociale, la tutela dei diritti, lo sviluppo personale; quali fattori decisivi per migliorare la qualità della vita delle persone;
- identificare le barriere da superare per la realizzazione personale presenti in un determinato contesto di vita e gli elementi facilitatori che hanno una funzione di sostegno alla realizzazione del progetto individuale.

Il Progetto Di Vita

Il progetto individuale ai sensi dell'art.14 della Legge 328/2000, rappresenta lo strumento cardine per avviare il percorso di vita della persona con disabilità che *assume la valenza di Progetto di Vita nella misura in cui riesce a determinare un cambiamento della prospettiva esistenziale della persona.*²

Esso, pertanto, identificherà gli obiettivi generali e specifici finalizzati a realizzare, in un tempo definibile, il miglioramento della qualità della vita dell'interessato, i sostegni attivabili, le risorse economiche necessarie per garantire la sua sostenibilità, definendo uno specifico Budget di Progetto Individuale.

Ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000, il Comune predispone d'intesa con ASST e con la persona interessata e/o famiglia la stesura del progetto insieme a tutti i soggetti della rete dei servizi coinvolti o attivabili per la sua attuazione.

Il Progetto individuale è costruito sulla base degli esiti della valutazione multidimensionale e comprende le aspettative/desideri della persona con disabilità, nonché le sue abilità e le capacità residue, in tutte le dimensioni del vivere quotidiano.

Il bisogno della persona dovrà essere valutato anche in relazione all'ambiente in cui la stessa vive, individuando gli interventi più idonei a consentire il mantenimento e l'utilizzo e la messa in pratica delle sue capacità e abilità, offrendo sostegni e supporti.

Nel Progetto vengono indicate le risorse necessarie nel corso del tempo per completare le diverse fasi, considerando gli aspetti della vita delle persone e gli obiettivi specifici di ciascuna fase. Le risorse sono da intendersi nella più ampia accezione: risorse economiche, in termini

² DGR 6218/2022 Dopo di NOI Regione Lombardia

di prestazioni e servizi da mobilitare, di natura privata afferenti alla comunità, del privato in genere, della famiglia d'origine (budget di progetto).

Il Progetto Individuale deve quindi:

- definire gli obiettivi da perseguire;
- contemplare i diversi interventi/sostegni da attivare per rispondere globalmente ai bisogni della persona;
- prevedere i tempi di realizzazione;
- individuare le risorse necessarie (economiche, professionali, tecnologiche, di comunità) e la loro origine;
- indicare il nominativo e la qualifica professionale del case manager.

Ruoli e Competenze

L'equipe multidisciplinare è formata da:

1. I BENEFICIARI.

- la persona con disabilità ed eventualmente chi la rappresenta o assiste secondo una misura di protezione giuridica;
- il soggetto che ha responsabilità genitoriale in caso di minori con disabilità;

2. PROFESSIONISTI:

- CASE MANAGER: individuato tra gli operatori dei servizi sociali o dei servizi sociosanitari di riferimento (assistente sociale), con il compito di istruire la prima analisi del bisogno e raccogliere i desideri, le aspettative e le preferenze della persona con disabilità e presentare il caso all'unità di valutazione di cui fa parte. Successivamente ha il compito di trovare le risorse economiche adeguate e supervisionare la realizzazione del progetto, monitorarne l'attuazione e assicurare il confronto con la persona con disabilità e i suoi referenti familiari.
- CLINICAL MANAGER: Una o più figure professionali sanitarie (medico e/o infermiere) designate dal Distretto sanitario col compito di garantire l'integrazione sociosanitaria, da identificare, sulla scorta della documentazione e del primo colloquio avuto con il case manager;
- SUPPORT MANAGER: Una figura professionale del terzo settore (educatore, psicologo, pedagogista) specializzata nella presa in carico globale e nell'attuazione di progetti di vita per le persone con disabilità. Il Support Manager ha il compito di creare e

mantenere le reti di sostegno all'interno del territorio per realizzare i desideri, i bisogni e le aspettative precedentemente espressi.

A seconda dei bisogni, la UVM può avvalersi di altri professionisti specializzati:

- medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o specialisti individuati dai servizi sociosanitari;
- Uno specialista di salute mentale psicologo o psichiatra per il supporto nella valutazione del benessere emotivo della PcD, della sua Qualità di Vita e qualora ci siano da analizzare tratti psicopatologici che richiedono una terapia farmacologica e un approfondimento specialistico.
- Un rappresentante dell'istituzione scolastica in caso di soggetti in età scolare;
- Un membro dei servizi per l'impiego in caso di soggetti in età lavorativa.
- Una figura che svolge funzione di facilitatore (educatore o operatore sociale), deve essere un contatto di fiducia della PcD che offre un sostegno durante gli incontri con l'UVM e/o se necessario durante tutto il processo di valutazione.
- Rappresentanti di associazioni di riferimento, su richiesta della persona con disabilità;
- Un rappresentante dei servizi pubblici e privati che già erogano servizi o prestazioni alla PcD e/o altri soggetti che già erogano sostegni informali (non a pagamento es. volontari);

LE FASI DEL PROCESSO:

Dalla Valutazione dei bisogni alla realizzazione del Progetto di vita individuale

FASE 1: ACCOGLIENZA

In questa primissima fase l'assistente sociale comunale riceve una richiesta di sostegno da parte della persona con disabilità o del suo caregiver (parente, ADS o Tutore, assistente personale). Il primo contatto prevede la raccolta delle informazioni anagrafiche tramite *un'intervista semi-strutturata* (allegato 1) e la descrizione del bisogno contingente. Se la PcD non è presente si decide di fissare un ulteriore appuntamento di conoscenza e approfondimento, eventualmente a domicilio se la PcD ne fosse agevolata. Si ricorda al

richiedente di avere a disposizione per allora la documentazione necessaria (allegato 2) al fine di completare la richiesta di sostegno.

FASE 2: RACCOLTA DEL BISOGNO

In questo secondo incontro L'AS incontra personalmente la PCD se non l'ha fatto in precedenza e il caregiver o facilitatore se necessario a favorire una migliore comunicazione e una maggior conoscenza. L'accesso al domicilio permette di osservare l'ambiente di vita e valutare le abitudini quotidiane ed eventuali barriere architettoniche presenti nell'abitazione. Durante questa fase viene raccolta la documentazione personale, somministrate le scale ADL/IADL sulle autonomie presenti e svolta l'intervista sui desideri e aspettative della PCD (allegato 3). Qualora non fosse possibile intervistare direttamente la persona perché non in grado di comunicare, è possibile interrogare il caregiver/facilitatore che può fare le veci della persona solo se la conosce in modo approfondito e possiede un legame significativo con lei. Questa valutazione è fondamentale per dirigere i futuri interventi seguendo le preferenze e le predisposizioni delle PCD, non è possibile costruire un progetto di vita non tenendo conto di questi elementi. Questa fase è molto importante per la raccolta del bisogno, approfondendo tutti gli aspetti ad esso collegati legati alla storia di vita personale, e permettendo di valutare l'entità della presa in carico individuale. Una volta concluso l'incontro, AS dovrà compilare con i dati raccolti la scheda di Valutazione (vedi allegato 4) nelle sue parti di competenza.

FASE 3: RIUNIONE D'EQUIPE

In questa terza fase, AS presenterà il caso all'equipe degli assistenti sociali dell'ambito, discutendone eventuali criticità e opportunità. Verranno valutati i presupposti per una presa in carico individuale qualora la richiesta richieda un cambiamento di vita per la persona con disabilità (es. bisogno di residenzialità, di un'occupazione, di un'assistenza dedicata e personalizzata).

In questo caso, si potrà procedere con la convocazione dell'equipe multidisciplinare (modulo di convocazione UVM, vedi allegato 5) per analizzare meglio il caso e richiedere la consulenza di professionisti specifici nell'ambito della disabilità che possano valutare e rispondere al bisogno/desiderio espresso. Oltre al modulo di convocazione si invierà tutta la documentazione fino ad allora raccolta affinché tutti i partecipanti possano prenderne visione prima dell'incontro.

FASE 4: UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVM)

Una volta convocata l'UVM l'Assistente sociale presenterà il caso ai vari professionisti coinvolti sintetizzando i risultati delle scale/interviste somministrate e sottolineando punti di forza e i limiti emersi. Ciascun professionista riporterà le proprie considerazioni svolte in base all'analisi della documentazione letta e si valuteranno i **sostegni già in atto**, ossia le risorse formali (se erogati a pagamento) o informali (se erogati in maniera volontaria o dalla famiglia) che la PCD già possiede e che possano servire da facilitatori per eventuali interventi. In questa analisi vengono prese in considerazione anche le **risorse personali** (beni materiali, ausili, trasporti ecc.) e la **rete sociale** di sostegno che può rappresentare una base di partenza per la progettazione. Infine, si individueranno i sostegni mancanti e fondamentali al fine di rispondere al bisogno emergente e individuate delle **misure pubbliche** utili per fronteggiare le spese. Per fare questo sarà necessaria la presenza del support manager che conosca le realtà e i servizi presenti sul territorio a cui la persona con disabilità può fare richiesta.

FASE 5: CONDIVISIONE DI INTENTI

Dopo aver determinato i sostegni necessari e confermato la loro disponibilità e le eventuali tempistiche di azione, l'assistente sociale condividerà con la PcD e il suo Caregiver una sintesi delle migliori opportunità a disposizione sul territorio tramite un **colloquio di restituzione**. Se tali soluzioni vengono accolte ed accettate, si potrà iniziare con la stesura del progetto individuale che prevede la compartecipazione dei presenti alla sua piena realizzazione tramite un modulo di condivisione di intenti e di corresponsabilità alla sua riuscita (richiesta di adesione al Progetto di Vita-allegato, allegato 6).

FASE 6: PROCESSO DI VALUTAZIONE

In questa fase l'assistente sociale coinvolge, in base alle analisi precedentemente svolte, l'ente del terzo settore (**support manager**) a cui rivolgersi per l'avvio del mandato.

Quest'ultimo potrà condurre ulteriori **valutazioni specialistiche** se lo riterrà opportuno, (vedi ruoli e competenze) tramite i professionisti all'interno della sua équipe di lavoro, per stilare al meglio il progetto di vita della persona partendo dal bisogno emerso.

Di seguito un breve schema riassuntivo con le principali tipologie di valutazione:

<i>VALUTAZIONI</i>	<i>CONTENUTO</i>	<i>ESEMPI SCALE UTILIZZATE</i>	<i>FIGURA PROFESSIONALE</i>	<i>TEMPI</i>
DIAGNOSI e comorbidità	Approfondimento diagnostico	CODIFICARE CON DSM 5 E ICD 10	Medico Psichiatra	non quantificabile
Valutazione della Qualità di Vita	Valutazione dei bisogni individuali e sociali	POS autovalutativa e eterovalutativa San Martin	Educatore psicologo	2 ore
Valutazione del comportamento adattivo e disadattivo	Valutazione dei limiti e delle potenzialità	VINELAND SVAP-R VAP-H (per i tratti psicopatologici)	Psicologo	da 1 a 4 ore
		ADL, IADL, BARTHEL,	Infermiere o educatore	30 minuti
Valutazione dei bisogni di sostegno e dei sostegni in atto	Analisi dei sostegni necessari e in atto	SIS	Educatore Psicologo Assistente sociale	da 1 a 3 ore

FASE 7: PROGETTAZIONE

Dopo il processo di valutazione, si convoca nuovamente l'UVM al fine di condividere quanto emerso e iniziare la fase di progettazione. Per fare questo sarà necessario partire dai desideri e bisogni personali e definire insieme **obiettivi specifici raggiungibili** utilizzando indicatori il più possibile concreti e misurabili. Successivamente sarà essenziale individuare **interventi idonei** al raggiungimento dei risultati attesi e compiere una **stima delle risorse** necessarie (formali e informali) al raggiungimento degli obiettivi. Questo lavoro richiede tempo e uno studio meticoloso dei sostegni da attivare, a tal scopo può essere utile la compilazione della **scala SIS** (Support Intensity Scale) che permette una misurazione accurata delle ore e della tipologia di sostegno necessario al fine della compilazione del budget di progetto. In quest'ottica è essenziale tenere conto delle abilità già possedute dalla persona e inserire i sostegni solo dove serve, in modo da promuovere l'autonomia e non interventi puramente assistenziali.

FASE 8: CALCOLARE IL BUDGET DI PROGETTO

A questo punto sono presenti tutte le informazioni per calcolare il **budget complessivo**, che costituisce una stima delle risorse economiche necessarie per l'avviamento progettuale. Questo dato costituisce un valore tanto più attendibile se nella sua costruzione si è in grado di elaborare i costi attraverso una mappatura accurata di tutte le **risorse economiche pubbliche e private**. A partire da esso è possibile valutare gli eventuali spostamenti di risorse per modificare i sostegni in funzione delle necessità.

È fondamentale pianificare strategie di sostegno individualizzate tenendo conto di quelle già in possesso della PcD (formali e informali) integrandole a quelle comunali e statali in un'ottica trasformativa e non cumulativa. La PcD è importante che collabori anche in minima parte alle spese progettuali al fine di trasmettere la sua partecipazione attiva al progetto e non come destinatario passivo degli interventi.

Per la rendicontazione è necessario che l'assistente sociale richieda dei preventivi agli enti erogatori di sostegno e insieme a un collaboratore amministrativo e al support manager elabori un quadro delle spese e delle misure/risorse da attivare per eventuali integrazioni.

FASE 9: CONDIVISIONE PROGETTUALE

In questa fase è importante condividere il progetto con tutti gli attori che ruotano intorno alla sua costruzione, mettendo al centro la persona con disabilità, coinvolgendola attivamente in questa fase insieme al caregivers/facilitatore, agli operatori e professionisti coinvolti nel suo progetto di vita.

È inoltre auspicabile poter condividere il progetto con l'UVM affinché svolga un ruolo di controllo definendo i tempi e le modalità di verifica dei risultati.

FASE 10: VERIFICA DEGLI ESITI E RIVALUTAZIONE DEGLI OBIETTIVI PROGETTUALI IN UN'OTTICA DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA.

Trascorso un tempo prestabilito per la verifica (tendenzialmente due anni) l'assistente sociale incontrerà la PcD e il suo caregiver/facilitatore per un **colloquio individuale** e per una prima valutazione degli esiti progettuali. A tal fine potrà essere nuovamente somministrata la scala dei desideri e aspettative, per coglierne i **progressi e le criticità** progettuali. In un secondo momento convocherà UVM, dove fondamentale sarà la presenza del support manager

erogatore dei sostegni, per compiere un'**analisi dei risultati** raggiunti e una rivalutazione degli obiettivi.

Il progetto di vita deve essere inteso non come un percorso statico ma in continuo mutamento, che cresce e si modifica in funzione dell'età, dei bisogni e necessità personali. L'obiettivo finale è quello di dare alle persone con disabilità l'opportunità di vivere una vita piena e soddisfacente, potendo garantirgli i sostegni necessari per la sua realizzazione personale e umana.