

**PIANO DI AZIONE REGIONALE PER LE POLITICHE  
IN FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ  
(PAR) 2026/2028**

## Indice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Il Piano di Azione Regionale .....</b>   | <b>4</b>  |
| 1.1. Verso un sistema inclusivo, accessibile e orientato al benessere della persona .....  | 4         |
| <b>2. I capisaldi della riforma nazionale delle politiche sulla disabilità (D.Lgs 3 maggio 2024, n. 62) e legge ispiratrice: la legge regionale 6 dicembre 2022, n. 25 .....</b>   | <b>6</b>  |
| 2.1. La sperimentazione della Riforma e primi esiti .....  | 6         |
| <b>3. La Lombardia e le disabilità: persone, servizi, bisogni .....</b>  | <b>9</b>  |
| 3.1. Caratteristiche sociodemografiche .....   | 9         |
| 3.2. Rete dell'offerta territoriale .....  | 11        |
| 3.3. La disabilità nei PPT: Analisi dei piani di sviluppo del polo territoriale con evidenza di progettualità e sperimentazioni in atto su disabilità nelle programmazioni zonali e nei piani di sviluppo .....  | 13        |
| 3.4. I servizi per l'autismo .....   | 17        |
| 3.5. Progetti e sperimentazioni .....  | 19        |
| 3.6. In prospettiva.....   | 22        |
| <b>4. Le politiche regionali sulle disabilità nel triennio 2026-2028 .....</b>   | <b>27</b> |
| 4.1. Azioni e iniziative del Piano d'Azione Regionale 2026-2028.....   | 27        |
| 4.1.1. Autonomia e autodeterminazione .....  | 28        |
| 4.1.2. Accessibilità e fruibilità .....  | 31        |
| 4.1.3. Inclusione .....  | 38        |
| 4.1.4. Benessere psicofisico .....   | 42        |
| 4.2. Il sistema di monitoraggio .....  | 51        |
| <b>5. Gli strumenti .....</b>  | <b>53</b> |
| 5.1. Algoritmo per la classificazione della disabilità .....   | 53        |
| 5.1.1. Riferimenti normativi e basi progettuali.....   | 53        |
| 5.1.2. Lo sviluppo dell'algoritmo .....  | 53        |
| 5.1.3. Diffusione e sviluppo dell'algoritmo .....  | 54        |
| 5.2. Il modello guida per la valutazione del bisogno/carico assistenziale della persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già misura B1) .....   | 54        |
| 5.2.1. Sviluppo e Sperimentazione dello Strumento di Guida alla Valutazione del Bisogno/Carico Assistenziale della Persona Anziana ad Alto Bisogno Assistenziale e della Persona con Disabilità con Necessità di Sostegno Intensivo Molto Elevato..... | 54        |
| 5.2.2. Finalità dello Strumento.....   | 55        |
| 5.2.3. Caratteristiche dello Strumento .....   | 55        |
| 5.2.4. Sperimentazione .....   | 55        |
| 5.2.5. Analisi dei Dati e conclusioni .....  | 59        |
| 5.3. Il rafforzamento dei servizi .....  | 59        |
| 5.3.1. Contesto e fabbisogni.....  | 59        |
| 5.3.2. Obiettivi.....  | 60        |
| 5.3.3. Strategia di intervento.....  | 60        |
| <b>6. Il sistema informativo di supporto.....</b>  | <b>62</b> |

*Il Piano di Azione Regionale per politiche in favore delle persone con disabilità rappresenta uno strumento strategico attraverso il quale la Regione Lombardia intende dare concreta attuazione ai principi e agli indirizzi contenuti nella recente riforma nazionale in materia di disabilità.*

*In un contesto di profondo cambiamento culturale e organizzativo, la nostra Istituzione si propone di accompagnare questa trasformazione, orientando le politiche regionali verso un modello unitario e integrato. L'obiettivo è superare la frammentazione, affermando una visione capace di riconoscere la persona con disabilità quale individuo portatore di desideri, aspirazioni e potenzialità, protagonista del proprio progetto di vita.*

*In questa prospettiva, il Piano offre una cornice di riferimento comune per l'insieme delle politiche regionali che incidono sulla qualità della vita delle persone con disabilità. La sua elaborazione è il risultato di un lavoro corale, che ha interessato tutti gli Assessorati regionali competenti e coinvolto gli enti del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, nella consapevolezza di come la disabilità rappresenti un tema trasversale, che richiede risposte coordinate e coerenti.*

*Il Piano non si limita a individuare singoli interventi, ma propone una visione di lungo periodo, orientata a costruire contesti inclusivi e opportunità reali. In tale quadro, l'accessibilità, il benessere psicofisico, l'inclusione, la valorizzazione delle diversità e dei talenti diventano condizioni essenziali per rendere possibile l'autonomia e l'autodeterminazione, favorendo una partecipazione piena alla vita della comunità.*

*Un'attenzione particolare è rivolta al ruolo dei caregiver, che rappresentano una componente fondamentale del progetto di vita. Il Piano, infatti, riconosce il valore del loro contributo e ne sostiene il ruolo, promuovendo azioni per il supporto, la valorizzazione e la tutela di chi quotidianamente accompagna e sostiene le persone con disabilità.*

*Il valore di questo documento risiede nella sua natura condivisa e nella capacità di tenere insieme visione e concretezza, principi e pratiche. Un Piano che intende orientare l'azione regionale verso una comunità più equa, inclusiva e consapevole, in cui ogni persona possa essere riconosciuta come protagonista del proprio percorso di vita.*

**Elena Lucchini**

# 1. Il Piano di Azione Regionale

## 1.1. Verso un sistema inclusivo, accessibile e orientato al benessere della persona

Il presente Piano di Azione Regionale per la Disabilità nasce dalla volontà di promuovere una visione sistemica e inclusiva delle diverse politiche, fondata sul rispetto dei diritti umani, sull'eguaglianza delle opportunità e sulla piena partecipazione delle persone con disabilità alla vita sociale, culturale, economica e civile della comunità.

Il Piano si colloca all'interno di un contesto normativo di riferimento il cui fondamento principale è rappresentato dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD), dalla Strategia europea per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030, nonché dall'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile e dalla Carta di Solfignano 2025, che pongono quali obiettivi la costruzione di società inclusive, giuste e sostenibili. All'interno di questo contesto, la Regione intende agire con determinazione per garantire l'effettiva fruibilità dei diritti, traducendo principi universali in azioni concrete, misurabili e continuative nel tempo.

Il concetto di **accessibilità** costituisce uno dei pilastri fondamentali del Piano, ma viene inteso in una prospettiva ampia, che supera il mero accesso strutturale o architettonico. Questa visione, sebbene necessaria, è tuttavia parziale e rischia di limitare un concetto ben più ampio e profondo: quello della fruibilità. L'accessibilità, infatti, non è solo la possibilità materiale di "entrare" in uno spazio, ma rappresenta la condizione necessaria per rendere ogni contesto di vita realmente fruibile, vivibile e abitabile da parte di tutte le persone, indipendentemente dalle loro condizioni e abilità fisiche, sensoriali, cognitive o psichiche.

La **fruibilità** assume un ruolo centrale: significa creare ambienti, servizi, percorsi e opportunità che siano autonomamente accessibili, comprensibili e sicuri, che favoriscano l'incontro, l'interazione e la partecipazione attiva di ogni persona. Questo vale non solo per luoghi pubblici e privati come musei, alberghi o ristoranti, ma anche – e soprattutto – per quei contesti non sempre tenuti in considerazione quali luoghi di inclusione.

Per una fruibilità di più ampio respiro è fondamentale un cambiamento di paradigma, perché non si tratta più solo di "rimuovere ostacoli" fisici, ma di progettare e gestire gli spazi in modo nuovo affinché siano naturalmente accessibili a tutti, senza necessità di successivi adattamenti o interventi specifici.

Questo approccio si fonda sui principi del design universale, che promuove soluzioni valide per il più ampio numero possibile di persone, a prescindere dalle loro abilità e condizioni.

Quindi fruibilità è anche e soprattutto uno dei pilastri sui quali si appoggia la qualità della vita; è la possibilità per ogni persona di esercitare la propria libertà e di scegliere come, quando e dove vivere la propria quotidianità ed esprimersi senza ostacoli, barriere o discriminazioni.

La fruibilità è un diritto trasversale, che abbraccia ogni ambito dell'esperienza umana: cultura, tempo libero, natura, sport, educazione, salute, lavoro. Garantirla significa costruire una società inclusiva, in cui ciascuno possa partecipare pienamente alla vita collettiva.

Il Piano riconosce inoltre l'importanza fondamentale del **benessere psicofisico** come condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente ed è legato all'autodeterminazione, alla possibilità di costruire relazioni significative, di accedere alla cultura, all'educazione, al lavoro, al tempo libero, al contatto con la natura.

È la condizione sine qua non che consente a ogni individuo di essere parte attiva di una comunità accogliente e rispettosa, dove ogni diversità è riconosciuta come valore e non come limite.

Il vivere in **autonomia** è un obiettivo strategico che mira a sostenere le persone, in particolare quelle con disabilità o fragilità, nell'acquisizione e/o nel mantenimento della capacità di gestire in modo indipendente la propria vita quotidiana, anche attraverso l'accesso a servizi di supporto personalizzati, tecnologie assistive, abitazioni adeguate e reti di sostegno comunitarie che permettano a ciascuno di esprimere pienamente le proprie potenzialità, partecipare attivamente alla comunità e vivere con dignità e libertà. Favorire il vivere in autonomia significa anche promuovere la responsabilizzazione delle persone e delle famiglie, attraverso percorsi di

empowerment e inclusione sociale, oltre che promuovere l'evoluzione dei contesti comunitari al fine di renderli sempre più inclusivi.

Per perseguire questi obiettivi, il Piano si svilupperà lungo gli assi strategici dei principali ambiti della vita di una persona: dall'istruzione all'abitare, dalla mobilità alla cultura, dal lavoro alla salute, dall'inclusione all'accessibilità digitale.

Il Piano non rappresenta un punto di arrivo, ma un percorso dinamico, partecipato e costantemente aggiornato, che si nutre della collaborazione tra istituzioni, enti locali, realtà del Terzo Settore, associazioni di persone con disabilità, cittadinanza attiva e mondo della ricerca. Il suo successo dipende dalla capacità del sistema regionale di promuovere un cambio culturale profondo, che riconosca l'**inclusione** come orizzonte trasversale di tutte le politiche pubbliche.

Premesso quanto sopra, si identificano come obiettivi strategici fondamentali le seguenti parole chiave, che rappresentano il cuore pulsante del Piano e guidano tutte le azioni e le iniziative rivolte a costruire un contesto di vita equo, sostenibile e partecipato, in cui ciascuno possa sentirsi protagonista e parte integrante della comunità:

- **Accessibilità e fruibilità;**
- **Inclusione;**
- **Benessere psicofisico;**
- **Autonomia e autodeterminazione.**

## **2. I capisaldi della riforma nazionale delle politiche sulla disabilità (D.Lgs 3 maggio 2024, n. 62) e legge ispiratrice: la legge regionale 6 dicembre 2022, n. 25**

I più recenti decreti attuativi legati alle riforme di cui al Decreto Legislativo del 3 maggio 2024, n. 62, dedicato alle persone con disabilità e al Decreto Legislativo del 15 marzo 2024, n. 29 rivolto alla popolazione anziana, rappresentano un momento di svolta significativo nelle politiche sociali nazionali. Questi provvedimenti delineano un quadro coerente e strutturato volto a garantire il riconoscimento dei diritti sociali e si fondano su principi condivisi, tra cui: il rafforzamento dei servizi assistenziali, tramite il miglioramento delle strutture e dei servizi di sostegno, con l'obiettivo di assicurare cure appropriate e rispettose della dignità delle persone; la promozione dell'inclusione sociale, attraverso misure che incentivano la partecipazione attiva e l'integrazione nella vita collettiva; la salvaguardia dei diritti.

I capisaldi della Riforma nazionale delle politiche sulla disabilità, sanciti dal D.Lgs 3 maggio 2024, n. 62, rappresentano un importante passo avanti nel rafforzamento dei diritti e delle opportunità delle persone con disabilità. La riforma si basa su principi fondamentali quali l'inclusione sociale, l'autonomia, la partecipazione attiva e il rispetto della dignità di ogni individuo.

La "persona al centro" è il punto cardine della riforma che riconosce l'individuo come soggetto attivo e protagonista delle proprie scelte di vita, riconoscendo l'importanza di un approccio olistico che tenga conto delle diverse dimensioni della vita della persona, rafforzando il ruolo delle famiglie e delle reti di supporto.

Regione Lombardia crede profondamente nei principi di questa riforma. Per questo stiamo lavorando con grande impegno per accompagnare il cambiamento, sia sul piano culturale, sia sul piano organizzativo. Un forte e consolidato background culturale è una condizione indispensabile e da costruire per concretizzare il cambiamento promosso dal D.Lgs 62/2024.

Una trasformazione così profonda impatta inevitabilmente anche sui processi interni degli enti coinvolti, e il nostro compito è quello di facilitare, sostenere e armonizzare questo percorso.

Fondamentale risulta ancora una volta la valutazione multidimensionale e personalizzata, capace di "cogliere" i desideri e le aspettative, di individuare i bisogni e le reali esigenze e di proporre e pianificare interventi mirati e flessibili, attraverso l'integrazione tra i servizi sociali, sanitari, educativi e del lavoro, favorendo un modello di intervento più coordinato e sinergico tra i diversi attori coinvolti. Per rendere più efficiente ed efficace l'intero sistema di welfare, sarà indispensabile prevedere momenti formativi rivolti agli operatori nonché alle famiglie e alle stesse persone con disabilità, oltre che l'utilizzo di strumenti digitali e innovativi per la gestione dei servizi.

La legge regionale 6 dicembre 2022, n. 25, rappresenta un esempio concreto di come le politiche regionali possano contribuire alla realizzazione di un sistema più inclusivo e rispettoso dei diritti di tutte le persone con disabilità. Questa legge regionale si propone di rafforzare le azioni di integrazione tra i diversi livelli di governo e di promuovere iniziative di sensibilizzazione, accessibilità e autonomia. In particolare, si concentra sulla creazione di reti di supporto territoriali, sulla promozione di servizi personalizzati e sulla valorizzazione delle risorse locali per favorire l'inclusione sociale e lavorativa delle persone con disabilità. In questo contesto, assumono un ruolo importante i Centri di Vita Indipendente (CVI), dedicati a favorire l'autonomia delle persone con disabilità.

Il CVI offre un supporto personalizzato, un accompagnamento, formazione e strumenti per vivere in modo indipendente e partecipare attivamente alla comunità; non sostituisce ruoli, funzioni e competenze che le norme attribuiscono alle diverse istituzioni, ma collabora alla definizione e implementazione del progetto di vita della persona con disabilità.

### **2.1. La sperimentazione della Riforma e primi esiti**

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevedeva l'approvazione, entro il 2021, di una legge delega in materia di disabilità, attuata con la L. 227/2021, cui ha fatto seguito il D.Lgs n. 62

del 3 maggio 2024, recante la “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, dell’accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e l’attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”. Tale riforma si colloca in un quadro più ampio di revisione del sistema di welfare e va letta in parallelo con la riforma organica degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti, approvata con la L. 33/2023 e attuata dal D.Lgs 29/2024.

All'interno di questo contesto normativo, particolare rilievo assume la sperimentazione prevista dall'art. 33, comma 2, del D.Lgs 62/2024, avviata dal 1° gennaio 2025 per una durata di ventiquattro mesi. La sperimentazione è finalizzata all'applicazione provvisoria e a campione delle disposizioni relative alla valutazione multidimensionale e al progetto di vita, secondo criteri di differenziazione geografica (Nord, Centro e Sud Italia) e dimensionale dei territori. Sul territorio della provincia di Brescia la sperimentazione è partita dal 1° gennaio 2025, coinvolgendo, insieme ad altre otto province italiane, un'area di circa 1,3 milioni di abitanti, articolata in 2 ATS, 4 ASST, 13 Ambiti territoriali e 205 Comuni <sup>1</sup>.

La riforma introduce rilevanti elementi di innovazione. In primo luogo, adotta una definizione di disabilità ispirata alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, superando una visione esclusivamente sanitaria e riconoscendo la disabilità come esito dell'interazione tra la persona e il contesto ambientale e sociale. Viene inoltre aggiornata la terminologia, abbandonando espressioni quali “handicap” o “disabile grave” a favore di un linguaggio rispettoso e coerente con l’approccio dei diritti, come “persona con disabilità” e “persona con necessità di sostegno elevato o intensivo”.

Elemento centrale della riforma è l’istituzione di un procedimento unitario di accertamento, denominato “valutazione di base”, che sostituisce e integra le precedenti procedure. Tale procedimento è affidato in via esclusiva all’INPS, che diventa titolare unico dell’accertamento della disabilità. Il processo prende avvio con l’invio telematico all’INPS del certificato medico introduttivo, firmato digitalmente, eliminando la necessità di una separata domanda amministrativa da parte del cittadino.

All’esito della valutazione di base, la persona con disabilità può presentare istanza di attivazione del progetto di vita presso l’Ambito Territoriale Sociale di residenza, che avvia il relativo procedimento amministrativo. In tale fase viene richiesta la valutazione multidimensionale, effettuata da un’équipe multidisciplinare integrata, di cui fa parte di diritto la persona con disabilità o chi la rappresenta. Il progetto di vita è accompagnato da un budget di progetto, finalizzato a garantire l’integrazione e la personalizzazione degli interventi e dei sostegni necessari.

La sperimentazione si svolge in un ambito particolarmente delicato e complesso, che richiede un approccio equo e non selettivo, un forte coinvolgimento degli attori istituzionali e la capacità di affrontare criticità rilevanti in termini di efficacia, efficienza e appropriatezza.

In questa prospettiva, il percorso è stato impostato come un processo di co-programmazione multilivello, nel quale la costruzione di alleanze strategiche e interistituzionali rappresenta una condizione essenziale per il successo della riforma.

In Regione Lombardia è stata istituita sin dall’avvio una cabina di regia permanente, composta dalla Direzione Generale Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità, Direzione Generale Welfare e Direzione Generale Istruzione e Formazione Lavoro, da ATS Brescia e Montagna, ASST, Ambiti territoriali e INPS, con il compito di accompagnare l’implementazione sul territorio della provincia di Brescia.

---

<sup>1</sup> La Provincia di Brescia è la più vasta della Lombardia, situata in una posizione strategica tra laghi e montagne, con capoluogo Brescia; si estende per oltre 4784 km<sup>2</sup> e include 205 comuni. La provincia vanta una forte tradizione agricola e industriale, legata anche ai rinomati laghi di Garda e d’Iseo, le tre valli e le cosiddette “terre basse”. Più di 1,2 milioni di abitanti seguiti dal punto di vista sociale da 13 Ambiti territoriali sociali, e dal punto di vista sociosanitario da 2 Agenzie di tutela della salute, che sono quelle di Brescia e della Montagna, oltre alle 4 Aziende Socio-Sanitarie Territoriali. È indubbiamente parte di questo patrimonio anche un terzo settore particolarmente sviluppato e coeso e diverse realtà associative dedicate alla tutela delle persone con disabilità e le loro famiglie

Parallelamente, il Ministero per le disabilità ha attivato le Unità di supporto territoriale come canale privilegiato di confronto con i territori, finalizzata ad affrontare le criticità segnalate a livello locale.

L'avvio della sperimentazione non è stato privo di difficoltà. In particolare, si è riscontrata una carenza di medici INPS e di sedi idonee per lo svolgimento delle valutazioni di base, con conseguenti rallentamenti significativi delle procedure e ricadute sui tempi di riconoscimento della condizione di disabilità.

Ulteriori criticità hanno riguardato, soprattutto nei primi mesi, la messa a punto del portale informatico INPS e della procedura del certificato medico introduttivo, che rappresenta al contempo un passaggio delicato e uno strumento di semplificazione del nuovo sistema.

Grazie a un dialogo costante e a una collaborazione operativa, sono state individuate soluzioni concrete, tra cui la sottoscrizione di convenzioni tra INPS e il Dipartimento interaziendale di medicina legale dell'ASST Spedali Civili, volte a definire modalità di raccordo efficaci per l'espletamento della valutazione di base. Restano tuttavia aperte alcune questioni legate alla qualità procedurale della valutazione, quali l'applicazione dei nuovi criteri (tabelle di conversione e test WHODAS) e la completa trasmissione agli Ambiti territoriali delle istanze di progetto di vita corredate dalla necessaria documentazione.

L'art. 15 del D.Lgs 62/2024 stabilisce infatti in carico ad INPS l'obbligo di informazione alla persona con disabilità della possibilità di richiedere un PdV<sup>2</sup>.

A tal fine è stata predisposta una informativa dedicata quale strumento di supporto istituzionale, in particolare a supporto delle Unità di Valutazione di Base, con la finalità di ottimizzare e rafforzare la comunicazione rivolta ai cittadini in merito al Progetto di Vita, garantendo così una trasmissione delle informazioni più chiara e completa e coerente con le indicazioni operative di cui alla DGR XII/4140/2025.

Nel corso del 2026 inoltre prenderà avvio il piano di formazione regionale, in coerenza con quello nazionale, mentre prosegue il lavoro sullo sviluppo di un sistema informativo integrato a supporto della riforma, in collaborazione con INPS.

La Regione Lombardia è attualmente l'unica ad aver richiesto un intervento specifico sulla piena interoperabilità dei sistemi, obiettivo ambizioso ma imprescindibile per la sostenibilità del nuovo impianto.

Sono state infine segnalate al Ministero alcune criticità normative che potrebbero richiedere interventi migliorativi.

In questo senso, l'esperienza maturata nel territorio della provincia di Brescia rappresenta un patrimonio prezioso, da valorizzare come modello per l'estensione della sperimentazione alle nuove province, il cui avvio – nelle more dell'approvazione del decreto ministeriale – è previsto a partire dal mese di marzo.

---

<sup>2</sup> Il PdV rappresenta lo strumento integrato di progettazione e presa in carico, attraverso il quale vengono coordinati in maniera unitaria e coerente sia gli obiettivi e i desideri della persona con disabilità risultanti all'esito della valutazione multidimensionale che gli interventi individuati nelle aree (o dimensioni): a) apprendimento, socialità ed affettività; b) formazione, lavoro; c) casa e habitat sociale; d) salute. Comprende i servizi, le misure, i sostegni e gli eventuali accomodamenti ragionevoli, utili a garantire la piena inclusione nei diversi ambiti della vita con indicazione di eventuali priorità, o, nel caso di piani già esistenti, il loro riallineamento, anche in termini di obiettivi, prestazioni e interventi; gli operatori e le altre figure coinvolte nella realizzazione dei sostegni con l'attribuzione di compiti e responsabilità; il referente per la sua attuazione; la programmazione di tempi e le modalità delle verifiche periodiche e di aggiornamento; il dettaglio e l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche, private, personali e del terzo settore, già presenti o attivabili anche con il contributo della comunità territoriale, alla rete familiare nonché al sistema dei supporti informali, che compongono il budget di progetto.

## 3. La Lombardia e le disabilità: persone, servizi, bisogni

### 3.1. Caratteristiche sociodemografiche

I documenti predisposti dalle ATS consentono anzitutto di illustrare le caratteristiche sociodemografiche delle persone con disabilità.

Nel 2024 la prevalenza di persone con disabilità, ossia la percentuale di individui con disabilità sul totale della popolazione residente nei territori delle ATS, ha un valore medio di 10,9 ed è compresa tra il minimo dell'8,4% dell'ATS Brianza e il massimo del 16,8% di Pavia, un valore quest'ultimo che si discosta di molto dai valori delle altre ATS, collocate prevalentemente intorno al 10-11%.

L'incidenza, ossia la percentuale di persone con disabilità individuate nel corso dell'anno 2024, assume un valore medio di 1,4, oscillando su valori compresi tra l'1,1 e l'1,5% per tutte le ATS, fatto salvo il caso particolare di Pavia, che ha un'incidenza del 2,1%. (vedi Tabella 1)

**TABELLA 1: INCIDENZA E PREVALENZA DI PERSONE CON DISABILITÀ NEL 2024**

| ATS       | Prevalenza % | Incidenza % |
|-----------|--------------|-------------|
| Insubria  | 10           | 1,5         |
| Milano    | 9,7          | 1,3         |
| Brianza   | 8,4          | 1,1         |
| Brescia   | 13,1         | 1,9         |
| Montagna  | 11,5         | 1,4         |
| Pavia     | 16,8         | 2,1         |
| Valpadana | 10,5         | 1,3         |
| Bergamo   | 9,7          | 1,1         |

Nella maggior parte delle ATS nel 2024 la presenza di donne sul totale delle persone con disabilità è leggermente superiore a quella degli uomini (53% Milano, 54% Bergamo e Montagna, 55% Insubria e Brescia, 56% Pavia, 57% Valpadana), tranne che nel territorio dell'ATS Brianza, dove vi è una leggera prevalenza degli uomini, che rappresentano il 52% del totale. In tutte le ATS vi è una netta prevalenza di persone con disabilità italiane: le percentuali variano dal 1'88% di Milano al 93% dell'Insubria e di Brescia. Un caso particolare quello della Brianza, dove le persone italiane rappresentano il 57% delle persone con disabilità.

#### **LA DISTRIBUZIONE PER FASCE DI ETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ RISULTA ABBASTANZA DISOMOGENEA: COME SI EVINCE DALLA**

Tabella 2, la quota più consistente si concentra tra le persone con 65 anni e più (dato medio: 49,6), ma con oscillazioni che vanno da un minimo del 41,1 in ATS Brianza al 56,7% in ATS Montagna. La popolazione con disabilità nella fascia più giovane (0-19 anni) rappresenta in media il 18,4%, con oscillazioni tra il 10-11% in ATS Montagna, Pavia e Valpadana e il 31,1% in ATS Bergamo. Oscillazione di percentuali più contenute si hanno nella fascia intermedia della popolazione, dove il dato medio è 34,2% e gli estremi sono rappresentati dal 29,4% di ATS Brescia e dal 38,5% dell'ATS Pavia. Probabilmente le caratteristiche socio-geografiche dei territori incidono in generale sulla distribuzione della popolazione, e dunque anche sulla popolazione con disabilità.

**TABELLA 2: DISTRIBUZIONE PER ETÀ DELLE PERSONE CON DISABILITÀ (ANNO 2024)**

| ATS       | 0-19 anni % | 20-64 anni % | 65 e più % |
|-----------|-------------|--------------|------------|
| Insubria  | 20,1        | 32,5         | 47,4       |
| Milano    | 18,4        | 32,5         | 49,1       |
| Brianza   | 23,4        | 35,5         | 41,1       |
| Brescia   | 20,9        | 29,4         | 49,7       |
| Montagna  | 10,7        | 32,6         | 56,7       |
| Pavia     | 11,8        | 38,5         | 49,7       |
| Valpadana | 10,9        | 37,8         | 51,3       |
| Bergamo   | 13,1        | 35           | 51,9       |

**LA DISTRIBUZIONE RISPETTO ALLE CONDIZIONI DI CRONICITÀ È MOLTO ETEROGENEA TRA LE DIVERSE ATS (VEDI**

Tabella 3), ma il dato comune è che in tutti i territori una quota significativa delle persone con disabilità presenta almeno una patologia cronica con percentuali che vanno dal minimo del 59% della popolazione con disabilità dell'ATS Brianza al 76% dell'ATS di Valpadana. In questo territorio, però, nessuna persona con disabilità risulta avere più di 3 patologie croniche. Nelle altre ATS si trovano in questa condizione dal minimo dell'1% delle Persone con disabilità dell'ATS di Pavia al massimo del 24% di Brescia.

**TABELLA 3: CRONICITÀ (PERCENTUALE SUL TOTALE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ) ANNO 2024**

| ATS                  | Nessuna cronicità % | 1 cronicità % | 2-3 cronicità % | Più di 3 cronicità % |
|----------------------|---------------------|---------------|-----------------|----------------------|
| Insubria             | 37,7                | 20,4          | 24,8            | 17                   |
| Milano               | 31,4                | 21,4          | 26,9            | 20,3                 |
| Brianza              | 40,8                | 25            | 28,2            | 5,9                  |
| Brescia              | 33,2                | 14,6          | 28,1            | 24,1                 |
| Montagna (anno 2023) | 25,7                | 22,4          | 30,1            | 21,8                 |
| Pavia                | 29,5                | 21,3          | 48,3            | 0,9                  |
| Valpadana            | 24,3                | 9,5           | 66              | 0                    |
| Bergamo              | 35,3                | 29,1          | 31,8            | 3,8                  |

**FACENDO RIFERIMENTO ALLA CLASSIFICAZIONE ICF 2018, IL VALORE PIÙ ALTO DI PREVALENZA DI PERSONE CON DISABILITÀ AFFERISCE ALLA COMBINAZIONE DI UNA SOLA COPPIA FUNZIONI/STRUTTURE, IN PARTICOLARE ALLA COPPIA S1B1 (DISABILITÀ DEL SISTEMA NERVOSO E DELLE FUNZIONI MENTALI) (VEDI**

Tabella 4). La prevalenza di più combinazioni interessa dal 10% delle persone con disabilità delle ATS di Bergamo, Milano e Brianza al 21% delle ATS di Brescia e Valpadana.

**TABELLA 4: INDICATORI CLINICI – CLASSIFICAZIONE ICF 2018 (ANNO 2024)**

| ATS       | Una sola coppia S+B | Più combinazioni S+B | Disabilità non classificata ICF 2018 |
|-----------|---------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Insubria  | 69,3                | 0                    | 30,7                                 |
| Milano    | 72,9                | 10,5                 | 16,5                                 |
| Brianza   | 89,4                | 10,1                 | 0,6                                  |
| Brescia   | 73                  | 21,6                 | 5,7                                  |
| Montagna  | 68,6                | 12,5                 | 18,9                                 |
| Pavia     | 82,7                | 11,2                 | 10,4                                 |
| Valpadana | 62,4                | 21,1                 | 16,5                                 |
| Bergamo   | 74                  | 10,3                 | 19,7                                 |

In sintesi, la Lombardia presenta una popolazione con disabilità caratterizzata da una predominanza femminile e prevalentemente italiana. Una quota significativa di queste persone vive con molteplici condizioni croniche e le disabilità legate al sistema nervoso e alle funzioni mentali sono le più diffuse.

### 3.2. Rete dell'offerta territoriale

I documenti presentati dalle ATS consentono di restituire una fotografia molto articolata dei servizi per le Persone con disabilità, in cui è possibile evidenziare sia il dato quantitativo in termini di Unità d'offerta disponibili, sia il dato geografico in termini di distribuzione territoriale dei servizi, sia, infine, eventuali elementi di criticità che – sebbene presenti a livello locale – interpellano la dimensione regionale e forniscono indicazioni per lo sviluppo futuro dell'offerta.

#### LA

Tabella 5 riporta il totale delle unità d'offerta delle singole ATS in riferimento ai servizi sociosanitari presenti in tutte le ATS (Residenze Sanitarie per Disabili - RSD, Comunità Socio Sanitare - CSS e Centri Diurni per Disabili - CDD).

**TABELLA 5: UDO SOCIO SANITARIE**

|  | ATS Insubria | ATS Milano | ATS Brianza | ATS Brescia | ATS Montagna | ATS Pavia | ATS Val Padana | ATS Bergamo | TOTALI |
|--|--------------|------------|-------------|-------------|--------------|-----------|----------------|-------------|--------|
|  |              |            |             |             |              |           |                |             |        |

|     |    |    |    |    |    |    |    |    |            |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------|
| RSD | 18 | 29 | 10 | 9  | 4  | 10 | 12 | 11 | <b>103</b> |
| CSS | 27 | 55 | 16 | 23 | 5  | 12 | 20 | 21 | <b>179</b> |
| CDD | 38 | 94 | 32 | 29 | 13 | 16 | 21 | 23 | <b>266</b> |

Analizzando la percentuale di saturazione dei posti a contratto, si evince che le RSD sono praticamente a completa saturazione in tutti i territori (i valori vanno dal 96% di saturazione di ATS Insubria al 100% di Milano e Montagna); i CSS hanno valori di saturazione sempre superiori o uguali al 90% (Bergamo e Brianza 90%, Pavia e Insubria 95%, Montagna 96%, Milano 97%, Brescia 99%). Infine, i CDD registrano una saturazione tendenzialmente più bassa, che va da un minimo dell'81% di ATS Pavia a un massimo del 93% di Bergamo.

I report delle ATS sviluppano in molti casi una riflessione sulle disomogeneità presenti all'interno dei diversi territori, sia per quanto riguarda la distribuzione delle UdO, sia per quanto riguarda la disponibilità e la saturazione dei posti, che sono interpretate come sfide per la programmazione futura.

In particolare:

**ATS Insubria:** in merito ai posti accreditati e a contratto di RSD, la situazione risulta molto disomogenea tra le ASST del territorio, avendo ASST Sette Laghi e ASST Lariana molto al di sopra la media regionale a fronte di ASST Valle Olona che è a quota zero. Viceversa, per quanto riguarda le Comunità Socio-Sanitarie la situazione appare ribaltata, con ASST Valle Olona con valori molto più elevati della media regionale e le altre due ASST di poco al di sotto. La saturazione dei posti letto di CSS è vicina al 100% pressoché ovunque, tranne che nel distretto di Olgiate comasco che ha una saturazione dell'87% (saturazione di ATS al 95%). La saturazione dei posti letto di RSD è anch'essa molto elevata, spaziando dal 90% di Lomazzo — Fino Mornasco al 100% di Tradate.

**ATS Milano:** per quanto riguarda i posti in RSD in rapporto alla popolazione generale il territorio della ASST Rhodense dispone di un numero di posti molto elevato rispetto alla popolazione generale: il dato viene ricondotto alla presenza sul territorio di un numero elevato di strutture appartenenti a un unico Ente gestore che risponde ai bisogni di tutto il territorio di ATS e non solo. Si rileva inoltre che i posti di RSD non sono disponibili in tutte le ASST. Disomogenea risulta anche la distribuzione dei posti in CSS e CDD.

**ATS Brescia:** circa la metà delle strutture sociosanitarie, così come la metà dei posti accreditati, risultano concentrati nel territorio di ASST Spedali Civili, su cui incide la città di Brescia; due terzi delle strutture rimanenti sono collocate nel territorio di ASST Garda. Nel territorio di ASST Franciacorta risulta una quantità di posti accreditati decisamente più bassa rispetto agli altri territori; in questo territorio tutti i posti accreditati sono a contratto.

**ATS Bergamo:** a fronte di una offerta sociosanitaria capillarmente distribuita sul territorio, si segnala una oscillazione rispetto alla saturazione dei posti nei CDD che va dal 100% a poco meno del 70%.

**ATS Montagna:** i dati evidenziano la particolare disomogeneità dei livelli di saturazione dei CDD che è del 91% in Valcamonica e del 77% nei territori della Valtellina e Valchiavenna.

**ATS Valpadana:** sembra emergere una sorta di "specializzazione" dei territori nell'offerta dei servizi, con le RSD concentrate soprattutto nel territorio cremonese e i CDD in prevalenza nel territorio mantovano.

**ATS Pavia:** si evidenziano oscillazioni significative rispetto alla saturazione dei posti a contratto sui CDD nei diversi distretti/Ambiti del territorio, con percentuali di saturazione che vanno dal 70% di Broni e Casteggio al 94% di Alto e Basso Pavese e di Voghera CMOP.

#### **I SERVIZI DI AMBITO SOCIALE SONO DISTRIBUITI COME DA**

Tabella 6:

**TABELLA 6: UDO SOCIALI**

|         | <b>ATS<br/>Insubria</b> | <b>ATS<br/>Milano</b> | <b>ATS<br/>Brianza</b> | <b>ATS<br/>Brescia</b> | <b>ATS<br/>Montagna</b> | <b>ATS<br/>Pavia</b> | <b>ATS Val<br/>Padana</b> | <b>ATS<br/>Bergamo</b> |
|---------|-------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------|
| SFA     | 24                      | 38                    | 16                     | 12                     | 5                       | 4                    | 16                        | 26                     |
| CSE     | 50                      | 73                    | 33                     | 19                     | 8                       | 4                    | 23                        | 15                     |
| CAD/CAH | 50                      | 21                    | 11                     | 1                      | 6                       | 8                    | 23                        | 21                     |

Anche rispetto all'offerta di servizi di ambito sociale, i documenti rilevano alcune disomogeneità interne, nello specifico:

**Insubria:** per quanto riguarda i posti nelle Comunità alloggio disabili, i posti a contratto passano da un minimo del 68% dell'Ambito Territoriale Sociale di Castellanza al 100% degli Ambiti di Arcisate, Saronno, Somma Lombardo, Lomazzo e Menaggio.

**Milano:** le tipologie di offerta sociali risultano essere distribuite in modo non omogeneo sul territorio.

**Brescia:** diversamente dalla rete sociosanitaria, nel territorio di ASST Franciacorta ci sono maggiori strutture sociali rispetto a quello di ASST Garda, ma comunque inferiori a quelle presenti nel territorio di ASST Spedali Civili di Brescia.

**Montagna:** dai dati emerge l'assenza di posti residenziali e di servizi diurni sul territorio dell'Alto Lario, e viceversa una presenza particolarmente significativa di SFA in Valcamonica (4 servizi per un totale di 119 progetti, pari al 77% dei progetti attivabili nel territorio dell'intera ATS).

In molte ATS sono stati attivati i percorsi DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance) che hanno lo scopo di favorire e accompagnare l'accesso alle cure sanitarie delle persone con grave disabilità intellettiva e neuromotoria. A questo scopo sono stati implementati o attivati i Punti Dama su diversi territori, coinvolgendo sia le strutture ospedaliere sia le Case di Comunità.

La rete dei servizi per le persone con disabilità si integra con realtà che non hanno come specifico target le persone con disabilità, ma che concorrono alla loro presa in carico. Un nodo importante da questo punto di vista sono i servizi di neuropsichiatria infantile, che in alcuni casi hanno anche sviluppato percorsi specifici per minori con disabilità: nell'ATS di Bergamo, a titolo di esempio, sono stati realizzati presso tutte le UONPIA i Nuclei Funzionali Autismo.

Alcune ATS hanno poi attivato le Equipe volte alla transizione per le persone con ASD (Bergamo e Brescia), che prevedono attività di rete tra NPIA, CPS, Ambiti territoriali sociali ed ETS.

Per quanto riguarda gli adulti, l'ATS di Bergamo ha attivato presso ogni ASST una Equipe specialistica psichiatrica che è titolare della valutazione e del trattamento delle persone adulte con ASD con psicopatologia. Presso l'ASST di Pavia la Struttura Semplice presa in carico Disabilità e Fragilità si pone come punto di riferimento e consulenza per le persone con disabilità, le loro famiglie, i servizi del territorio, gli ETS e le associazioni di categoria.

Le cure domiciliari e l'accesso alle misure rivolte alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già Misura B1) e persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo elevato (già Misura B2) completano il panorama di un'offerta di servizi molto complessa, integrata e multidimensionale.

### **3.3. La disabilità nei PPT: Analisi dei piani di sviluppo del polo territoriale con evidenza di progettualità e sperimentazioni in atto su disabilità nelle programmazioni zonali e nei piani di sviluppo**

L'analisi dei Piani di Sviluppo del Polo territoriale redatti dalle ASST e dei Piani di Zona redatti dagli Ambiti restituisce un panorama di iniziative, interventi e progetti molto articolata e distribuita sui

territori, che copre una vasta gamma di aree di bisogni delle persone con disabilità, delle loro famiglie e dei loro caregiver. I territori stanno implementando progettualità articolate, appoggiate su finanziamenti che provengono da fonti diverse e che vengono gestiti in sinergia per rispondere a problemi di vita che sono sempre più complessi e multidimensionali.

Il presente documento intende restituire uno sguardo complessivo sulle progettualità attive nei territori, aggregandole per tipologia di intervento e presentando alcune di esse in maniera più puntuale considerandole esplicative o emblematiche rispetto ai diversi ambiti di intervento, senza tuttavia alcuna pretesa di esaustività.

Le progettualità sviluppate nei territori evidenziano anzitutto una forte dimensione di integrazione tra attori, articolata a diversi livelli. In particolare, spicca l'integrazione tra diversi servizi sanitari, finalizzata a garantire la continuità della presa in carico nel passaggio tra la minore età all'età adulta. Un esempio significativo è rappresentato dalla costituzione di un'equipe *multidisciplinare* integrata realizzata in collaborazione con i servizi sociosanitari specialistici NODA (Nucleo Operativo Disabili Adulti). Un secondo livello riguarda l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociosanitari e sociali: ad esempio, la funzione PUA è garantita in tutte le Case di Comunità (dove già attive), e comunque in dialogo con i servizi sociali dei Comuni di tutto il territorio (Brescia). Un altro esempio di integrazione tra sanitario e sociale è quella del Coordinamento Disabilità e Fragilità che svolge un ruolo di regia nell'integrazione dei percorsi sociosanitari, operando nella sensibilizzazione, formazione e creazione di reti di supporto per le persone più vulnerabili: nello specifico, il Servizio definisce percorsi personalizzati di cura e integrazione tra polo ospedaliero e territoriale, per garantire una presa in carico globale della persona con disabilità in cui sono considerati in maniera integrata l'aspetto clinico, quello psicologico e sociale della persona (ATS Bergamo).

Numerose sono poi le esperienze di integrazione fra servizi che sui territori si occupano di settori differenti (sanitario, sociale, educativo, lavorativo, del tempo libero, eccetera). In particolare, la Valutazione Multidimensionale rappresenta il contesto in cui i diversi attori convergono per una progettazione integrata per e con la persona con disabilità: l'equipe per la Valutazione Multidimensionale è composta dalla persona (o suo rappresentante legale), da un operatore Servizi sociali comunali, operatori di ASST in base alla storia clinica della persona, ETS, realtà informali e Associazioni (ATS Brescia). In diverse esperienze sono presenti reti che coinvolgono le scuole e il mondo del lavoro: è il caso, ad esempio, del Tavolo Area Disabili di Ambito, allargato alle scuole e al terzo settore e dell'attività di (ri)attivazione del tessuto lavorativo e produttivo del territorio e la costruzione di una rete territoriale per questo scopo (ATS Bergamo).

Gli ETS sono un soggetto importante per la promozione di servizi inclusivi in grado di valorizzare la dimensione comunitaria della presa in carico: per questo motivo, non solo sono coinvolti nei percorsi di co-progettazione e co-programmazione (integrazione tra pubblico e privato sociale), ma viene favorita anche la loro reticolazione interna, come nel caso del Coordinamento MACRAME', una rete di cooperative sociali che si occupano di disabilità ed inclusione (ATS Milano).

La collaborazione in rete fra gli attori appare dunque una modalità di intervento sulla disabilità ampiamente diffusa nelle ATS, che favorisce la personalizzazione degli interventi, incrementa le risorse messe in campo e, al tempo stesso, aiuta le comunità stesse a diventare co-responsabili della qualità della vita di tutti i soggetti che vi risiedono. Tuttavia, le reti richiedono cura e attenzione: una strategia importante per renderle più forti è rappresentata dalla formazione congiunta, che aiuta a costruire punti di vista condivisi, come nel caso del corso "Dopo di noi: nuove prospettive operative nella valutazione multidimensionale e progettazione individuale" aperto a tutti gli operatori del territorio per avviare una riflessione sulle implicazioni nei territori del recente D. Lgs. 62/24 (ATS Brianza). In maniera analoga nell'ATS Val Padana, ad esempio, sono previsti percorsi di formazione congiunti tra ATS a ASST per qualificare gli operatori impegnati nella valutazione multidimensionale. Un'altra strategia di mantenimento e cura delle reti è quella della costituzione di protocolli e della stesura di procedure condivise che definiscono una chiara governance e gestione delle prese in carico: questi strumenti sono diffusi in tutte le ATS, e vedono la collaborazione di attori sanitari e sociali, pubblici e privati.

L'introduzione del PdV, quale strumento personalizzato e partecipato per l'accompagnamento delle persone con disabilità, sta favorendo la creazione, stabilizzazione e sviluppo delle EVM, che rappresentano il nodo centrale attraverso cui rafforzare la filiera dei servizi per la disabilità lungo

l'intero arco di vita. In alcuni casi viene posta particolare attenzione al tema del Dopo di Noi: ad esempio, in continuità con quanto già avviato nel triennio precedente, sono state previste azioni di sensibilizzazione e sostegno alle famiglie, la messa a punto di strumenti dedicati, nonché il consolidamento di buone prassi e procedure di valutazione multidimensionale, insieme all'accompagnamento alla creazione di nuove soluzioni residenziali, sviluppate in collaborazione con gli Enti del Terzo Settore e le associazioni familiari (ATS Bergamo). In questo senso, dunque, il PdV non va inteso come un mero adempimento burocratico e una prassi operativa necessariamente correlato all'erogazione di misure e risorse, ma deve presentare anche obiettivi volti allo sviluppo della misura DDN (Ob. "IL DURANTE NOI; UNA SFIDA APERTA" - Alto Sebino).

Il PdV rappresenta anche uno stimolo a formalizzare le relazioni fra enti, progetti, attività: la possibilità di attivare una valutazione integrata dei PdV è resa possibile dalla stesura di un protocollo con ASST sull'integrazione PNRR Case Comunità/UMA (ATS Bergamo).

L'assunzione di una prospettiva di cura integrale si traduce sia in senso sincronico, sia in senso diacronico, sebbene le due dimensioni siano necessariamente integrate all'interno del PdV che tiene conto delle diverse transizioni biografiche delle persone.

La dimensione sincronica, ad esempio, è evidente nelle attività attivate nelle ATS in concerto con la scuola, con l'obiettivo condiviso nei diversi territori di favorire la creazione di ambienti inclusivi per bambini e ragazzi, in cui il target non sono solo le persone con disabilità, ma le classi, i plessi, le comunità. Diverse progettualità, ad esempio, si pongono l'obiettivo di superare l'approccio al supporto degli alunni con disabilità centrato sulla figura dell'educatore ad personam, previsto per l'assistenza educativa scolastica, per sviluppare anche l'approccio dell'educatore di comunità/plesso, innovando in questo modo i modelli organizzativi e le modalità di intervento educativo in un'ottica eco-sistemica (ATS Bergamo). Per favorire inoltre l'integrazione tra scuola ed extra scuola, ATS Brescia ha strutturato una pratica di "sportello", utile anche per accompagnare le transizioni tra livelli scolastici.

In una prospettiva diacronica, l'uscita dal percorso scolastico rappresenta un evento critico nella biografia delle persone con disabilità che può determinare situazioni di rischio: per supportare questa fase nel territorio dell'ATS di Brescia, ad esempio, sono attivi il "Progetto 16:21 È il tempo per..." e il Progetto "Ineguagliabili", che si occupano della presa in carico precoce dei giovani in uscita dal percorso scolastico da parte dei servizi/percorsi dell'età adulta per mettere in campo azioni specifiche per le persone con disabilità attraverso il coinvolgimento di personale adeguatamente formato e, nel contempo, per aprire e consolidare il dialogo territoriale anche con il mondo imprenditoriale e della cooperazione sociale (ATS Brescia).

Sempre in una dimensione diacronica, cioè legata alle transizioni del corso di vita, si sviluppano numerosi progetti che accompagnano la transizione all'età adulta, uno snodo critico nella biografia della persona.

A titolo di esempio, nel territorio dell'ATS Bergamo il NODA (Nucleo Operativo Disabilità Adulta) è offerta una consulenza di natura psichiatrica, psicologica e psicopedagogica a quei soggetti che, compiuta la maggiore età, necessitano di un orientamento verso i servizi della rete territoriale per una continuità dei trattamenti usufruiti dai servizi specialistici. In particolare, le attività riguardano una valutazione con la famiglia della persona con disabilità per evidenziare il bisogno con particolare riferimento alle capacità di cognitive e relative all'autonomia socio-relazionale e l'orientamento verso la rete dei servizi territoriali (servizi comunali, patronati, servizi sociosanitari) per la continuità del progetto individuale impostato dal servizio che ha seguito la persona sino all'età adulta (ATS Bergamo).

Un aspetto significativo messo in evidenza da diverse progettualità è la focalizzazione sul lavoro con le comunità per rendere queste sempre più inclusive e co-responsabili nel creare le condizioni per favorire la qualità della vita delle persone con disabilità. In questa direzione si muove il percorso di certificazione CAD (comunità amiche dei disabili), che consente anche di operare valutazioni di impatto (ATS Brescia).

Nella definizione del PdV o comunque nell'accompagnare la persona con disabilità verso percorsi di piena inclusione sociale, l'ambito del lavoro risulta cruciale.

Tra le numerose progettazioni, i Nuclei di Inclusione Diffusa (NID) intendono andare oltre i tradizionali tirocini inclusivi, rendendo la presa in carico diffusa sul territorio un valore per l'intera comunità. L'attività si svolge su due fronti: da una parte l'ascolto e la valutazione delle competenze della persona con disabilità e della sua famiglia, dall'altra parte la creazione di relazioni e collaborazioni sul territorio. I NID si presentano quindi come "registri sociali", in quanto fungono da base per la creazione di occasioni di relazione, collaborazione e connessione interpersonale, con un operatore che segue fino a sei progetti. Sebbene abbiano una sede, i NID sono pensati per essere un punto di partenza per l'inclusione diffusa, non soltanto un luogo di incontro (ATS Brescia).

Il tema dell'abitare è un altro elemento importante nel processo di acquisizione di autonomia: il territorio delle ATS è molto ricco di progettazioni che vanno dalla residenzialità leggera, al co-housing, alle palestre per l'autonomia, alla vita indipendente assistita, alle microcomunità. Tali progettazioni sono rese possibili spesso dal finanziamento della ristrutturazione e riqualificazione di immobili talvolta anche integrati con la domotica. Alcune esperienze evidenziano ancora una volta l'importante lavoro con la comunità per creare una rete anche informale che, integrata con quella formale, consenta di garantire i necessari supporti per la piena inclusione sociale delle persone con disabilità. Le comunità locali, in questa prospettiva, non sono solo il luogo fisico in cui le persone risiedono, ma il luogo sociale e relazionale in cui vivono pienamente le diverse dimensioni dell'esistenza e vedono garantiti in pieno i loro diritti.

Un nodo importante della rete per accompagnare l'autonomia sociale delle persone con disabilità sono i Centri per la Vita indipendente (CVI), che rappresentano un hub fisico e relazionale, che valorizza il ruolo dei caregiver e degli stakeholder locali, per favorire un'inclusione sociale effettiva, garantendo opportunità di partecipazione attiva nella comunità (ATS Bergamo). Nei CVI l'attenzione all'abitare è, come prevedibile, centrale: i servizi offerti comprendono la collaborazione per la stesura del progetto di vita orientato all'autonomia abitativa, il censimento delle risorse abitative disponibili, la progettazione di servizi per migliorare l'accessibilità dell'alloggio, il sostegno all'espressione dei desideri e agli obiettivi personali, la collaborazione per la costruzione di gruppi di auto-mutuo aiuto (ATS Brescia). Grazie all'iniziativa Progetti di Vita Indipendente (PRO.V.I.) finanziata da Regione Lombardia è possibile raggiungere un target di persone con disabilità che spesso, per caratteristiche, rimane in una "zona grigia" e meno sostenuta da altri servizi/misure presenti nel territorio in quanto (ATS Brianza):

- permette di agganciare persone con disabilità di natura fisica (che spesso, proprio in virtù della natura della loro disabilità, tendono a non rivolgersi direttamente ai servizi);
- permette di agganciare persone con disabilità con un grado di invalidità più lieve rispetto ai beneficiari dei canonici interventi e servizi;
- promuove in modo prioritario gli aspetti di autonomia mettendo al centro il progetto individuale e il diritto alla vita indipendente.

Uno sguardo attento è dedicato anche ai caregiver, per i quali i territori sviluppano numerose progettualità volte a supportarne l'azione quotidiana di care, sia attraverso l'erogazione diretta di servizi, sia attraverso la facilitazione dell'attività di reticolazione fra caregiver nella prospettiva del mutuo aiuto. Ad esempio, nel territorio dell'ATS di Pavia si sta rafforzando la dimensione collettiva dell'aiuto attraverso la promozione di gruppi di sostegno familiare, in cui assumono particolare rilievo i gruppi di auto-mutuo aiuto e supporto psicologico dedicati ai caregiver, condotti da operatori esperti, con l'obiettivo di offrire ascolto, strumenti di gestione e occasioni di confronto tra pari. Si tratta di gruppi di parola rivolti non solo ai genitori, ma anche ai fratelli e sorelle di persone con disabilità (*siblings*); di percorsi psicoeducativi tematici, finalizzati ad affrontare sfide comuni come l'adolescenza, l'autonomia o i comportamenti complessi; di iniziative di socializzazione tra famiglie, quali eventi pubblici, laboratori esperienziali e soggiorni educativi, con l'obiettivo di creare comunità solidali e reti di sostegno informale; di coinvolgimento strutturato delle famiglie nei processi di co-progettazione e valutazione dei servizi, promuovendo una presa in carico condivisa e corresponsabile.

### 3.4. I servizi per l'autismo

Il quadro programmatico per le persone con disturbi dello spettro autistico è stato definito da Regione Lombardia nel primo Piano Operativo Regionale Autismo (POA) con DGR n. XI/5415 del 2021. Al termine del primo triennio, con DGR n. XII/3686 del 20 dicembre 2024 è stato approvato il Piano Operativo Regionale Autismo (POA) 2024-2028.

Sulla base di questi Piani, le ATS hanno disegnato la mappa della presa in carico e dei servizi sui territori, adottando un approccio integrato e interdisciplinare, volto a facilitare l'individuazione precoce delle persone a rischio di disturbi dello spettro autistico (ASD), favorire l'attivazione tempestiva del percorso diagnostico e degli interventi di cura, abilitazione e riabilitazione della persona, modulati in base a priorità specifiche e a livelli di intensità differenziate per fasce d'età e profili di funzionamento.

A tale scopo è previsto il consolidamento dell'attività del Nucleo Funzionale Autismo (NFA), un'équipe multidisciplinare funzionale composta da operatori con formazione e competenze specifiche in tema di autismo e presente in tutte le Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che ha il mandato di coordinare e sostenere le diverse attività della UONPIA rivolte a minori con disturbi dello spettro autistico e di governare le azioni da realizzare sia a livello clinico che organizzativo. Per fornire un orientamento rispetto alla rete dei servizi per la diagnosi, la presa in carico, i trattamenti e le opportunità di sostegni per la Persona con Autismo nelle diverse fasi di vita, le ATS hanno previsto sul proprio sito web la possibilità di collegarsi con il sito della Regione e ricevere così informazioni utili in un sistema di comunicazione coordinato. È inoltre attiva sui territori la sperimentazione "Riabilitazione Ambulatoriale e Diurna territoriale Extra ospedaliera per minori disabili" (RIA) (ex DGR n. IX/3239/2012) che ha l'obiettivo superare l'approccio riabilitativo tradizionale di tipo ospedaliero con interventi di tipo educativo/abilitativo.

Nella Tabella 7 sotto riportata sono indicati i soggetti raggiunti dalla sperimentazione RIA nel 2024 nelle diverse ATS:

**TABELLA 7: BENEFICIARI**

| <b>ATS</b> | <b>N° beneficiari raggiunti</b> |
|------------|---------------------------------|
| Insubria   | 750                             |
| Milano     | 439                             |
| Brianza    | 48                              |
| Brescia    | 137                             |
| Montagna   | 66                              |
| Pavia      | 293                             |
| Valpadana  | 140                             |
| Bergamo    | 6                               |

Come sottolineato nel report di ATS Brescia, questi progetti hanno valorizzato le potenzialità individuali dei minori, orientandosi alla qualità della vita e promuovendo la loro inclusione sociale, attraverso percorsi altamente personalizzati, con anche il coinvolgimento attivo delle famiglie e della scuola, considerate parte integrante del processo educativo e riabilitativo.

La DGR n. XII/3720/2024 di Regione Lombardia ha sancito il termine della fase di sperimentazione: la prosecuzione di tali servizi sarà possibile solo a seguito della loro stabilizzazione attraverso il processo di accreditamento, al fine di garantire la continuità dei percorsi riabilitativi per i minori nella fase di transizione.

**NELLA**

Tabella 8 sotto riportata è indicato il numero di persone che hanno usufruito della Sperimentazione "Case Management" ex DGR n. X/392/2013: si tratta di un modello integrato di presa in carico delle persone affette da disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico e delle loro famiglie che mira a fornire informazioni, orientamento, accompagnamento, consulenza e sostegno diretto.

**TABELLA 8: FAMIGLIE IN CARICO**

| <b>ATS</b> | <b>N° famiglie in carico</b> |
|------------|------------------------------|
| Insubria   | 124                          |
| Milano     | 757                          |
| Brianza    | 352                          |
| Brescia    | 121                          |
| Montagna   | 27                           |
| Pavia      | 31                           |
| Valpadana  | 75                           |
| Bergamo    | 403                          |

Le sperimentazioni RIA hanno permesso di introdurre esperienze per l'innovazione nei modelli di intervento riabilitativo per minori con disabilità complesse, in particolare con disturbi dello spettro autistico, disabilità intellettive gravi e disturbi del neurosviluppo. Grazie a queste possibilità di sperimentazione, sono stati attivati servizi molto articolati e modellati sulle caratteristiche dei territori locali. Presso l'ATS di Pavia, ad esempio, è stato attivato un servizio semiresidenziale destinato a minori e giovani adulti affetti da Autismo, sindrome di Asperger e disturbi pervasivi dello sviluppo, che per le loro caratteristiche necessitano di contesti strutturati ad hoc e di percorsi individuali mirati, finalizzati alla gestione dei disturbi del comportamento e alla messa in pratica di percorsi di sviluppo di autonomie possibili. È previsto anche un supporto e un accompagnamento alle famiglie nella gestione e nella comprensione delle problematiche connesse alla condizione di vita. Sempre nel territorio dell'ATS Pavia è stato ideato un servizio ambulatoriale rivolto a minori con patologie ad alto impatto sociale (difficoltà di apprendimento, disturbi del comportamento, disabilità motoria di origine neurologica, autismo, danni encefalici primari e secondari, sindrome di Down, ...), che ha avuto anche l'effetto di diminuire le liste d'attesa delle NPIA nell'area della Lomellina e ha favorito la reticolazione tra i diversi attori che operano intorno ai minori con disabilità: ASST, scuole, Comuni/Ambiti ecc. Infine, sempre nel territorio pavese, è stato istituito un servizio diurno rivolto a minori che presentano difficoltà nell'apprendimento e disturbi di comportamento e con diagnosi di autismo, che non trovano piena risposta nelle reti di offerta presenti sul territorio, e che mira al recupero e alla valorizzazione delle potenzialità individuali del minore e della famiglia per un'adeguata gestione delle fragilità a scuola, a casa e con il gruppo di pari.

Le sperimentazioni Case Management e Riabilitazione Minori appena citate nel 2025 sono state oggetto di profonda riflessione che, a partire dal 2026 porterà a cambiamenti sostanziali che convoglieranno queste sperimentazioni nel bacino dell'area riabilitativa: di fatto le prestazioni verranno erogate solo da strutture accreditate come riabilitazioni, garantendo, comunque, la continuità della presa in carico degli utenti (ATS Insubria).

L'ATS di Bergamo ha sottolineato come nel biennio 2023/2024 vi sia stato un incremento di tali progettazioni per i soggetti con diagnosi dello spettro autistico ad "alto funzionamento".

### 3.5. Progetti e sperimentazioni

La documentazione prodotta dalle ATS permette di restituire un panorama molto articolato di sperimentazioni e progetti ritenuti emblematici dei territori, che si sviluppano lungo diverse direzioni.

Rispetto al tema dell'**inclusione sociale** nell'ATS Montagna è attivo il progetto *Esplorando* che prevede un processo di emersione delle opportunità presenti nel territorio dell'ATS per favorire la partecipazione delle persone con disabilità ai luoghi e agli spazi di vita quotidiana, estendendo l'azione oltre gli interventi di cura e riabilitazione, superando la promozione di iniziative ed attività dedicate, che corrono il rischio di essere segreganti e stigmatizzanti. Il progetto è stato proposto nell'ambito del Tavolo di lavoro sul Progetto di vita, coordinato dall'ATS Montagna e costituito da rappresentanti di enti pubblici, di privato sociale, associazioni dei familiari e del volontariato. Le azioni specifiche anzitutto riguardano il censimento di gruppi/associazioni ricreativo-culturali e sportive del territorio, con le quali attivare percorsi di conoscenza della disabilità quale problematica personale, familiare e sociale, accompagnandole a diventare parte di una rete integrata di comunità. Altra azione fondamentale è mirata allo sviluppo di Progetti di vita in cui attività ricreativo-culturali e sportive risultino determinanti per il benessere e la qualità della vita della persona, attraverso la realizzazione di momenti informativi, attività e iniziative, incontri mirati, diretti alle famiglie, agli operatori, ad ogni altro interlocutore privilegiato del territorio.

Nel territorio dell'ATS Pavia il progetto *Andare Oltre* offre alle persone con disabilità la possibilità di partecipare gratuitamente a laboratori artistici e creativi diffusi sul territorio (pittura, danza, musica, ecc.) e di essere coinvolte nell'organizzazione e realizzazione di eventi culturali e ricreativi, come visite a musei, uscite al bar, attività di pesca e camminate culturali. Nell'ambito del progetto sono inoltre stati attivati tirocini di inclusione sociale, accompagnati da un'indennità di frequenza e da un affiancamento educativo.

Un tema centrale per la qualità della vita delle persone con disabilità è **la transizione dall'età evolutiva all'età adulta**. Su questa tema l'ATS Milano ha attivato a fine 2024 il progetto sperimentale *Agenzia di case management I.D.E.A.* con lo scopo di promuovere percorsi di presa in carico globale della persona con disabilità complessa che compie la maggiore età e del suo nucleo familiare, attraverso strumenti come la valutazione multidimensionale, la predisposizione del Progetto individuale e il budget di progetto. In particolare, la transizione dall'età evolutiva all'età adulta ha necessità di una continuità della presa in carico della persona con disabilità e del suo nucleo familiare. L'Agenzia case Management è stata attivata nel territorio Melegnano Martesana dalla Cooperativa Arti e Mestieri che ha vinto la manifestazione d'interesse indetta da ATS. Le persone vengono arruolate nella sperimentazione dai servizi ASST (in particolare UONPIA e Commissione Invalidi) e dai Servizi Sociali. È prevista una struttura per la valutazione degli esiti.

Sulla fase dell'**uscita dal percorso scolastico** è attivo nell'ATS di Brescia il progetto *Il ruolo della scuola nella transizione all'età adulta* in cui gli operatori di diverse strutture – ASST, Ambiti, ETS, servizio del collocamento mirato della Provincia, SIL- hanno promosso incontri all'interno di 4 istituti scolastici di secondo grado per illustrare alle famiglie, agli insegnanti e agli studenti il tema della transizione dalla scuola all'età adulta per le persone con disabilità, presentando la rete dei servizi territoriali disponibili e i riferimenti normativi, con un particolare affondo sulla valutazione multidimensionale. Questa iniziativa ha favorito un dialogo precoce e consapevole tra scuola, famiglia e servizi, facilitando una progettazione condivisa e mirata sul futuro delle persone con disabilità.

In generale, il tema delle **transizioni critiche** è preso in carico nell'ambito del progetto *Set Sail* dell'ATS Milano. Esso si rivolge a tutte le persone con disabilità e le loro famiglie che si trovano in un momento di riorganizzazione personale e familiare e che necessitano del supporto di un «terzo esperto» per gestire la transizione all'interno del ciclo di vita della persona con disabilità quali: diagnosi precoce di disabilità per un figlio; nuova diagnosi per disabilità acquisita; studenti in passaggio alle scuole secondarie di secondo grado; passaggio dalla minore alla maggiore età; cambiamento del progetto di vita; fragilità del caregiver familiare perché assente, in

affaticamento o con poche competenze; in generale vulnerabilità familiare. Per ogni ambito territoriale in cui è attivo il progetto è stato individuato un facilitatore di percorsi di inclusione con il ruolo di referente del progetto, di accompagnatore delle famiglie/caregiver/persona con disabilità e di promotore di inclusione attraverso il raccordo con le realtà e i servizi territoriali coinvolti e coinvolgibili nel percorso di vita della persona con disabilità e dei suoi familiari.

Nell'ambito dell'**inclusione attiva e integrazione socio-lavorativa** si muovono i progetti dell'ATS di Brescia *Coltivare desideri, Lavori in corso e legami di rete*, che prevedono tirocini di inclusione lavorativa presso laboratori e consulenza ad Istituti scolastici di secondo grado per attività di orientamento.

Sono numerose le progettualità che si muovono sul tema cruciale dell'**abitare**: l'ATS Milano, ad esempio, presenta una vasta gamma di soluzioni che soddisfano bisogni, caratteristiche, progettualità differenti. Rispetto al co-housing nel territorio di ATS sono presenti forme di convivenza tra persone adulte già inserite nel mondo del lavoro e autonome, percorsi verso un'adultizzazione consapevole per ragazzi e studenti, esperienze di vita per le famiglie con componenti disabili che mettono insieme le forze per una quotidianità più sostenibile. Il cohousing permette alle persone con disabilità di raggiungere gradualmente l'autonomia, condividere spazi comuni con persone diverse dai familiari, sperimentare un necessario processo di adultizzazione, trarre stimoli ed esempi dai propri coinquilini, scoprire la propria autodeterminazione. Tra le numerose progettualità, si segnala *La Residenza collettiva "Casa Le Scie"*, un Progetto di Co-Housing promosso dal Comune e da due cooperative sociali. All'interno della struttura si trovano alloggi destinati a privati che cercano un alloggio temporaneo a prezzi calmierati (studenti, lavoratori temporanei e stagionali, stagisti, parenti di degenti ospedalieri) e altri a persone con disabilità medio-lievi, con il sostegno e l'accompagnamento educativo di un'equipe multidisciplinare. *Casa Alla Fontana* è un condominio sociale integrato che ospita persone con fragilità che si affacciano ad un nuovo percorso di vita autonoma, e persone con un bisogno abitativo: famiglie, studenti e giovani lavoratori. L'idea di fondo è di valorizzare le individualità e al contempo stimolare la condivisione e la partecipazione attiva. Infine, la *Casa del Pane e delle Rose - Condominio Solidale* prevede alloggi per l'autonomia mamma e bambino, percorsi di housing, alloggio per l'autonomia rivolto a persone con disabilità e interventi di solidarietà familiare e reti di prossimità familiare. Alcune di queste e altre realtà di co-housing presenti sul territorio dell'ATS sono parte delle progettualità Dopo di Noi L.112/2016, sostenute da Cooperative e Fondazioni del territorio in collaborazione con l'Ente Pubblico.

Il *Progetto Artemisia (Attraverso reti territoriali per l'emersione di situazioni di violenza)* dell'ATS Milano si pone l'obiettivo di far emergere la **violenza ai danni delle donne e ragazze con disabilità**, favorendone la presa in carico da parte dei Centri antiviolenza e, se necessario, al loro inserimento in casa rifugio. In particolare, il progetto ha lavorato sul rafforzamento della rete per costruire dei protocolli per l'emersione dei casi di violenza nei confronti di donne con disabilità e per fornire ai Centri Antiviolenza e alle Case Rifugio le competenze necessarie per un efficace accompagnamento di un target che ad oggi ha ancora bisogno di un'attenzione specifica in termini di definizione di percorsi di presa in carico. Il lavoro è confluito nella stesura di linee di indirizzo che contengono informazioni utili per rendere accessibili e fruibili alle donne ed alle ragazze con disabilità vittime di violenza le informazioni e i servizi. Sono state sviluppate anche tabelle di comunicazione semplificata, inserite in tabelle di comunicazione digitali.

La qualità della vita delle persone con disabilità passa anche attraverso il **sostegno ai caregiver**. Nel territorio dell'ATS di Bergamo sono presenti i progetti *Binari Separati*, destinato ai caregiver di persone con gravi cerebrolesioni, e il *Progetto Caregiver*, che ha un target più generale. *Binari Separati* prevede la realizzazione di colloqui gratuiti di orientamento clinico rivolti al caregiver, con l'obiettivo di condividere modalità operative personalizzate e affrontare in modo strutturato domande complesse, spesso dolorose, che emergono nella gestione quotidiana della persona assistita con diagnosi di gravi cerebrolesioni. Il progetto adotta una metodologia evolutiva basata sulla neuropsicologia applicata, l'osservazione strutturata e l'impiego di dispositivi clinici di lettura che consentono di interpretare la disregolazione comportamentale come espressione significativa e non solo come sintomo. L'obiettivo è strutturare risposte cliniche in grado di prevenire l'interruzione dei percorsi di cura, rafforzando la continuità dell'intervento e il ruolo del caregiver come snodo evolutivo della relazione assistenziale. Il *Progetto Caregiver* nasce nel 2020 con l'obiettivo di costituire una anagrafe delle fragilità e giunge nel 2023 alla costituzione di un laboratorio caregiver

con il successivo lancio del portale [caregiverbergamo.it](http://caregiverbergamo.it) nel 2024. Da questo percorso è nato un servizio inserito nella programmazione territoriale 2025/2027 con gli obiettivi di valorizzare il ruolo centrale del caregiver, sviluppare il welfare locale attraverso una collaborazione attiva con reti locali e terzo settore e implementare la digitalizzazione al fine di migliorare la gestione delle informazioni e facilitare la comunicazione tra attori coinvolti nel progetto. Il progetto prevede una governance multilivello garantita dalle 14 equipe locali integrate nelle Case di Comunità, dal gruppo di coordinamento provinciale composto da ATS, ASST e Ambiti territoriali sociali, dal Laboratorio Caregiver a cui aderiscono 95 enti e dall'osservatorio Caregiver. Promosso da ATS Bergamo a partire dal 2023, in accordo e in collaborazione con le Aziende Sociosanitarie Territoriali, il Collegio dei Sindaci, i 14 Ambiti Territoriali Sociali e da numerosi enti del territorio, il progetto garantisce in questo modo una forte integrazione tra gli attori che si muovono intorno al caregiver.

Nel territorio dell'ATS Brescia è attivo il progetto "*Più forti insieme: Costruiamo una rete di solidarietà*" che ha lo scopo di fornire sostegno e condivisione ai genitori di persone con disabilità ad elevata necessità assistenziale attraverso la creazione di un gruppo di sostegno dedicato e l'avvio di una rete di supporto territoriale che ottimizzi le risorse e le conoscenze tra gli attori locali. La rete, attualmente in fase di espansione, include diverse figure e uffici della ASST, oltre a numerose Associazioni, Enti Gestori di servizi diurni ed Enti del Territorio. L'iniziativa avrà come esito anche la nascita di una struttura di accoglienza che risponde alla necessità di supporto per le persone con disabilità durante la chiusura dei centri diurni; in essa saranno previsti tre livelli di ricettività: "Espericasa" (residenza temporanea), "La Piuma" (solievo infrasettimanale) e "Foresteria dei 18" (foresteria inclusiva). Sempre nel territorio dell'ATS Brescia è stato realizzato *Progetti Incontri di Gruppo per Caregiver Familiari* che connette due progettualità. La prima, *Gruppo per fratelli e sorelle maggiorenni di persone con disabilità e fragilità* offre uno spazio di ascolto, scambio e condivisione per i fratelli e sorelle maggiorenni di persone con disabilità e fragilità con l'intento di promuovere un riconoscimento del loro ruolo all'interno del contesto familiare, sostenere il benessere relazionale ed emotivo, e favorire la creazione di una rete di supporto tra pari. I gruppi vengono condotti presso la Casa di Comunità del territorio in cui è attivo il progetto, con il coinvolgimento attivo di un'assistente sociale e di un'educatrice professionale che svolgono il ruolo di facilitatori dei gruppi. Il secondo progetto, *Oltre i Perimetri* è costituito da incontri di gruppo per genitori di figli con diagnosi di disturbo dello spettro autistico e altri disordini del neurosviluppo. Anche in questo caso si tratta di una risposta al bisogno dei genitori di avere uno spazio sicuro di ascolto, riflessione e confronto sulle proprie esperienze di vita, in cui facilitare la narrazione, promuovere il sostegno reciproco e valorizzare le risorse personali e familiari. Il gruppo viene condotto da una psicoterapeuta e da un'assistente sociale, e si fonda sull'idea del mutuo aiuto tra persone che condividono problemi di vita simili.

Per quanto riguarda l'ambito dell'**autismo**, ATS di Bergamo segnala, tra i numerosi progetti, *Aspiefuture*, un laboratorio ergoterapico rivolto a persone con diagnosi di Autismo di livello 1 di età superiore ai 18 anni, gestito in collaborazione tra Comune ed enti di terzo settore e concepito come uno spazio di coworking finalizzato a processi di dematerializzazione e indicizzazione di documenti di varia natura. Lo spazio prevede 4 postazioni di lavoro ed è pensato per risultare il più possibile funzionale, semplice e organizzato, con pochi stimoli sensoriali, e una zona relax per permettere momenti di riposo e decompressione sensoriale, e uno spazio mensa. Nella stessa ATS è in corso il progetto *A gonfie vele*, che prevede l'accompagnamento a esperienze continuative in piccolo gruppo misto composto di minori ASD e i compagni di classe, in contesti di comunità che offrano a tutti i bambini e ragazzi coinvolti un'opportunità di socializzazione e utilità per sé e per il territorio. Il progetto prevede la realizzazione di progetti di apprendimento non formale attraverso la strutturazione di interventi in piccolo gruppo in orario e spazi extrascolastici attraverso la stimolazione multisensoriale, il potenziamento cognitivo basato sull'approccio Teacch, l'affiancamento in attività sociooccupazionali con valutazione degli impatti. È inoltre offerto il supporto al terzo settore per realizzare eventi di carattere culturale, ricreativo di inclusione per la costruzione di una città *autism friendly* e per sostenere la partecipazione attiva delle persone ASD in eventi dedicati a tutta la cittadinanza. *Hub Nadir* è rivolto a giovani e adulti dai 16 anni fino ai 35 anni d'età circa, in ottica di dialogo con i servizi per adulti e i servizi di orientamento scolastico. L'Hub accoglie persone giovani in uscita dal circuito scolastico offrendo la possibilità di un altro presidio educativo (1 educatore ogni 2 ragazzi presenti) in un contesto familiare protetto (un appartamento) con adeguati stimoli, ampi spazi per rispondere in modo attento, puntuale e personalizzato ai bisogni individuali. Le attività proposte interessano diverse aree di intervento: area

relazionale, delle autonomie personali e sociali, sociooccupazionale, creativa artistica, motoria, con l'attenzione alla costruzione di percorsi inclusivi sul e nel territorio dove l'Hub è collocato. Vengono inoltre attivati progetti ponte e di alternanza scuola-lavoro con gli studenti frequentanti gli ultimi anni della scuola secondaria di secondo grado.

Nei territori dell'ATS di Brescia sono attivi i progetti *Autismondo* e *In e out*, progetti la cui finalità è, nel primo caso, l'integrazione sociale di adulti con autismo in contesti con soggetti normotipici; nell'altro caso l'integrazione sociale di minori con autismo in gruppi/laboratori con soggetti normotipici. Nei progetti sono coinvolti oltre alle ASST, altri enti, con modalità di lavoro basate sulla coprogrammazione e coprogettazione.

Nel territorio dell'ATS di Pavia il progetto *Il Pinguino Blu*, nato dalla collaborazione tra pubblico e privato sociale, è rivolto a bambini con ASD e disturbi pervasivi dello sviluppo e ai loro familiari, e propone un percorso strutturato che integra attività educative, abilitative, di aggregazione e socializzazione con l'obiettivo di sviluppare le competenze relazionali e favorire l'inclusione sociale.

Sempre nel territorio di ATS Pavia, sul tema dell'autonomia abitativa di persone con ASD il progetto *Casa della Luna*, una delle tre iniziative pilota promosse da Regione Lombardia con DGR n. XI/7429 del 2022, nell'ambito delle politiche regionali per la disabilità, intende sviluppare percorsi concreti di co-abitazione e superamento dell'istituzionalizzazione, in coerenza con i principi sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e con il più recente quadro normativo nazionale in materia di vita indipendente. Coinvolge cinque giovani adulti con disturbo dello spettro autistico di livello 3, ovvero con bisogni di sostegno elevati, e si fonda su un approccio multidimensionale e personalizzato, che integra interventi educativi, relazionali e assistenziali, con il coinvolgimento attivo delle famiglie, degli operatori e della comunità locale. La casa è pensata come un ambiente accogliente e protetto ma al contempo aperto al territorio, che offre un contesto di vita quotidiana il più possibile simile a quello familiare, dove ciascun ospite, grazie ad un accompagnamento educativo personalizzato, può sviluppare abilità pratiche, relazionali e comunicative, nel rispetto dei propri tempi e bisogni in uno spazio di crescita e di autodeterminazione.

Per garantire una presa in carico globale delle persone con ASD i territori stanno costruendo **reti** forti e coese. In questa direzione si sono mossi due progetti dell'ATS Valpadana. Il primo, *AUTINCA-Attivare Una risposta Territoriale Inclusiva e Continuativa per le persone con Autismo* intende sviluppare una rete territoriale in grado di mettere in campo un intervento precoce e una presa in carico volta a garantire la continuità di cura, l'integrazione e l'inclusione sociale e lavorativa dei soggetti con disturbo dello spettro autistico. Il progetto *DIAPASON — Diagnosi e Percorsi per persone con Autismo attraverso il potenziamento dei Servizi e dei contesti di Vita si pone invece l'obiettivo di sviluppare e potenziare i Centri per il management delle emergenze comportamentali nelle persone adulte con autismo.*

Destinato alle persone con **disabilità intellettiva** è il laboratorio *Tantemani*, rivolto a persone con un buon livello di autonomia e una discreta abilità di comunicazione ed espressione, nato dalla collaborazione tra enti pubblici, ETS e singole famiglie private. Il laboratorio, che prevede attività formative, espressive e artigianali, edita la rivista "Bandita" che intende mettere in relazione il laboratorio con il territorio (ATS Bergamo).

### 3.6. In prospettiva

L'analisi condotta sui documenti delle ATS permette di avere un quadro della situazione a livello regionale che presenta anzitutto alcuni elementi di **disomogeneità**, a partire da alcuni dati sociodemografici: dimensioni e popolosità delle ATS, incidenza della presenza di PcD sul totale della popolazione, caratteristiche delle persone con disabilità (età, numero di cronicità eventualmente presenti, caratteristiche della disabilità, ecc.).

Analogamente, anche rispetto alla diffusione dei CDD, CSS e RSD e dei servizi sociali i report delle ATS sviluppano in molti casi una riflessione sulle disomogeneità presenti all'interno dei diversi territori, sia per quanto riguarda la distribuzione delle UdO, sia per quanto riguarda la disponibilità e la saturazione dei posti: questa situazione è interpretata in maniera costruttiva come una sfida per la programmazione futura.

Nonostante alcuni aspetti di sfida, la fotografia dell'offerta di servizi/interventi per le persone con disabilità restituisce una situazione **ricca e articolata**, integrata da misure e progettazioni **innovative** che si stanno via via diffondendo sui territori e che sono chiaramente dirette verso i quattro pilastri del benessere delle persone con disabilità: l'accessibilità e la fruibilità; l'inclusione; il benessere psicofisico; l'autonomia e l'autodeterminazione.

La lettura dei documenti presentati dalle ATS consente anche di osservare la direzione verso la quale le esperienze più innovative si stanno muovendo, permettendo in questo modo di evidenziare alcuni aspetti di organizzazione e di metodo che possono diventare patrimonio comune ed essere quindi disseminati in tutta la Regione per creare servizi e comunità sempre più inclusivi.

Il D.Lgs 62/2024, infatti, con l'introduzione del Progetto di Vita non solo mette al centro la persona con disabilità con tutte le sue caratteristiche personali e di contesto, ma chiede anche che le misure/gli interventi non siano semplicemente giustapposti, ma **integrati** in una progettualità multidimensionale e olistica in cui la comunità è assunta come il cuore della vita delle persone, bacino di risorse formali e informali, pubbliche e private da riconoscere, stimolare, valorizzare, integrare.

Questo significa progettare in maniera inclusiva e personalizzata i percorsi individuali, valorizzare le risorse che già ruotano intorno alla persona, identificare e/o sollecitare nuove risorse nelle comunità, creare reti di fronteggiamento individuale flessibili e reti territoriali forti e coese.

Molte delle esperienze riportate nella documentazione fornita dalle ATS vanno già in questa direzione: alcune stanno muovendo i primi passi, altre sembrano più consolidate, ma la direzione è chiaramente già questa.

L'integrazione è in generale una delle chiavi di volta del sistema di care delle persone con disabilità nelle ATS di Regione Lombardia, necessaria per creare progetti multidimensionali per e con le persone, per evitare sovrapposizioni di interventi e dispersione di risorse, per garantire il rispetto dei diritti delle persone con disabilità. Dalle esperienze rappresentate dalle ATS emergono almeno quattro dimensioni dell'integrazione, distinte a livello analitico, ma chiaramente connesse nella prassi operativa, che meritano di essere rafforzate, diffuse, sistematizzate:

- a. **l'integrazione dei servizi all'interno dello stesso ambito di intervento** (ad esempio, diversi interventi in ambito sanitario o sociale per garantire la continuità della presa in carico nelle fasi di transizione della persona con disabilità);
- b. **l'integrazione dei servizi tra ambiti diversi di intervento** per garantire una presa in carico multidimensionale della persona con disabilità nella prospettiva del progetto individualizzato e del Progetto di vita (integrazione tra interventi sociali, sanitari, educativi, dell'orientamento, della formazione, dell'inserimento lavorativo, ecc.), sia in senso sincronico che diacronico;
- c. **l'integrazione tra enti pubblici ed enti del Terzo settore** per sviluppare un welfare di comunità pienamente inclusivo e capace di accompagnare e sostenere l'autonomia e l'autodeterminazione delle persone con disabilità, riconoscendo e valorizzando il loro ruolo di soggetti attivi nelle relazioni comunitarie;
- d. **l'integrazione professionale**: la diffusione, il consolidamento e rafforzamento (quantitativo e qualitativo) delle équipes di valutazione multidimensionale favorisce una lettura multiprofessionale e interprofessionale della situazione di vita della persona con disabilità in grado di far dialogare assessment dei bisogni, delle risorse (individuali, relazionali, comunitarie) e dei rischi. A tale scopo può essere utile la disseminazione di strumenti (scale) validati per la rilevazione, che si devono però integrare con una dimensione qualitativa di ascolto attento della persona e dei suoi caregiver/familiari, così come già avviene in alcune realtà dei territori. L'integrazione professionale rappresenta una pratica diffusa che può essere supportata e rafforzata da occasioni di formazione congiunta e condivisa.

L'integrazione rappresenta un processo metodologico di infrastrutturazione sociale necessario, ma anche faticoso e non dato per scontato: le esperienze raccolte dalle ATS sottolineano come alcuni

strumenti formali come i protocolli e la definizione di procedure condivise rappresentino un supporto importante per la fluidità dei processi. La prassi dell'integrazione, tuttavia, andrebbe supportata da adeguati **processi di valutazione**, a loro volta multidimensionali sia per quanto riguarda i livelli di raccolta/analisi/impatto delle informazioni (soggetti, organizzazioni, strutture) sia per quanto riguarda gli strumenti (integrazione fra analisi quantitativa e qualitativa, mixed methods), sia, infine, per le finalità della valutazione: analisi dei processi, dei risultati e degli impatti.

Un aspetto rilevante della prospettiva della progettazione secondo il modello indicato dal D.Lgs 62/2024, ma già presente nella progettazione individualizzata, è la **dimensione biografica** della persona con disabilità: questo significa accompagnare un percorso di vita dinamico, che incontra eventi critici normativi e non normativi (prevedibili e imprevedibili), che deve operare delle transizioni che vanno – laddove possibile – previste e progettate, ma comunque sempre accompagnate e sostenute, per favorire il benessere della persona insieme alla sua autodeterminazione. La dinamicità del Progetto individualizzato e del Progetto di vita della singola persona presa in carico e la stessa logica implicita in questo modello richiede di tenere presenti i tanti aspetti e i tanti cambiamenti che le persone vivono nei diversi ambiti di vita: scuola, formazione, lavoro, abitare, Dopo di noi, vita indipendente, eccetera. Le numerose progettualità presenti sui territori meritano di essere diffuse in quanto mostrano la possibilità di accompagnare transizioni anche importanti e faticose dentro una dimensione di sviluppo di comunità responsabili che vengono aidate dai servizi ad essere inclusive e supportive. In particolare i documenti sottolineano la necessità di prestare attenzione particolare a due transizioni (senza, ovviamente minimizzare le altre): quella dall'età evolutiva all'età adulta (a cui si lega il grande tema dell'uscita dal sistema dell'istruzione, la necessità di formazione e orientamento rispetto al lavoro, l'inclusione lavorativa, l'inclusione sociale, ecc.) e la transizione dall'età adulta all'età anziana (rispetto alla quale alcuni documenti evidenziano la necessità di un ripensamento dell'offerta di servizi per le persone con disabilità in età anziana che da una connotazione educativo-riabilitativa si deve indirizzare maggiormente verso un carattere clinico-assistenziale). Il tema della valorizzazione delle comunità di vita ricorre in diverse progettualità presentate nei documenti delle ATS non soltanto come luoghi di reperimento di risorse utili per la presa in carico delle persone con disabilità, ma anche come contesti da accompagnare ad essere sempre più pienamente inclusivi in quanto favoriscono la partecipazione delle persone agli spazi di vita quotidiani non stigmatizzanti perché non dedicati.

Un contenuto ricorrente nei documenti delle ATS riguarda l'attenzione rivolta e da continuare a rivolgere a chi nella quotidianità vive a fianco delle persone con disabilità e se ne fa carico: i **famigliari caregiver**. Le progettualità e i servizi "vedono" i caregiver, ne accompagnano le fatiche quotidiane offrendo sostegno psicologico e pratico, che va consolidato e rafforzato, ma forse ancora non ne riconoscono pienamente le competenze esperienziali che possono invece rappresentare uno sguardo importante tanto per un adeguato assessment dei bisogni e delle risorse quanto per una progettazione personalizzata ricca e rispettosa della persona e delle sue relazioni. Si tratta in sostanza da una parte di supportare le fatiche quotidiane della *care* (materiali, psicologiche, economiche, relazionali) anche con progettazioni innovative e mutuo sostegno, dall'altra di riconoscere i caregiver informali come attori competenti per una reale coprogettazione dei Progetti di vita.

Infine, in alcuni documenti si sottolinea la necessità di prestare attenzione alle persone con disabilità con necessità di sostegno medio-lieve, che non sempre trovano risposte nei servizi: rispetto a questo tema, si evidenzia la necessità di percorrere strade nuove, dove la società civile, le comunità stesse, adeguatamente formate e supportate, possono rappresentare una risorsa che migliora la qualità della vita.

Le linee di sviluppo indicate nei documenti possono essere ricondotte a tre ambiti:

#### Il potenziamento e la riqualificazione della rete territoriale.

Come già esplicitato, l'approccio di rete rappresenta un'acquisizione già in parte consolidata nelle ATS lombarde. Proprio l'attenzione e la convinzione che esso rappresenti una metodologia fondamentale sia nel lavoro sul caso sia nella sua dimensione di design organizzativo dei servizi rendono gli attori che hanno elaborato i documenti particolarmente attenti a questa dimensione. Le linee di sviluppo rispetto alla rete territoriale, infatti, sono numerose e riguardano:

- l'incremento dell'offerta di servizi e un migliore equilibrio della loro distribuzione sui territori;
- l'incremento dell'integrazione socio-sanitaria;
- la costruzione di una "filiera del welfare" in cui il rafforzamento del Punto unico di accesso (PUA) rappresenta lo snodo della integrazione tra servizi che consente un accesso più agevole e chiaro;
- il rafforzamento della valutazione multidimensionale come prerequisito per la costruzione di progetti articolati, coordinati, realistici e ancorati alla vita delle persone e alle caratteristiche degli ambienti di vita (progettazione tailored);
- il rafforzamento delle connessioni fra i molteplici attori del territorio che incrociano i progetti di vita delle persone con disabilità: scuola, lavoro, tempo libero, trasporti, abitare, ecc.;
- il rafforzamento della collaborazione tra pubblico e terzo settore approfondendo i temi della coprogettazione e della coprogrammazione;
- l'adozione di modelli organizzativi flessibili e modulari che consentano di offrire risposte/progetti integrati e articolati sulle caratteristiche della persona e del suo contesto di vita;
- rinforzare il lavoro nella prospettiva del *community development* per creare comunità locali capaci di cogliere i bisogni e le risorse delle PcD, creando così comunità pienamente inclusive, in cui le reti informali agiscono una funzione di cura e rinforzo.

#### L'accompagnamento e la formazione degli operatori

Rispetto a questo ambito i documenti redatti dalle ATS richiamano nuovamente la necessità di **assumere l'approccio del life course** per leggere sfide e risorse poste dalle diverse transizioni, ma anche per collocare la progettazione individualizzata entro la dimensione delle relazioni significative che cambiano durante l'arco della vita e per attivare processi di progettazione multidimensionali. Rafforzare le **équipe multidisciplinari**, anche attraverso percorsi di formazione congiunta, viene indicato come una linea di sviluppo necessaria per rispondere appieno alle sfide poste dal l'introduzione del Progetto di vita. La formazione viene vista come occasione per apprendere o rinforzare le competenze rispetto all'utilizzo degli strumenti di lavoro, alle metodologie di intervento e alla valutazione nelle sue diverse fasi (assessment iniziale, monitoraggio, valutazione di processo e risultato, valutazione d'impatto). Infine, tra i contenuti della formazione va segnalata la necessità di sviluppare competenze interculturali per una adeguata ed efficace relazione con persone e famiglie con background migratorio, sempre più presenti nei servizi.

#### Comunicazione istituzionale, formazione e orientamento

Anche rispetto a questo ambito è necessario fare riferimento all'approccio biografico: i documenti, infatti, richiamano la necessità di fornire **informazioni chiare e orientamento efficace** alle persone con disabilità e ai loro caregiver familiari rispetto ai diversi snodi biografici (i servizi attivi per le persone in età evolutiva, per la transizione all'età adulta e all'età anziana) e agli ambiti di vita coinvolti da queste transizioni (scuola, formazione, lavoro, abitare, ecc.). La comunicazione, poi, deve tenere conto delle **differenze culturali** che ormai sono diffuse nel tessuto comunitario lombardo e che richiedono pratiche e strumenti culturalmente sensibili e appropriati per evitare fenomeni di esclusione sociale sia delle persone con disabilità sia dei loro caregiver familiari.

Sul versante comunicativo si richiama poi alla necessità di mettere in campo strategie per rinforzare il legame con gli attori economici dei territori, che risultano dei volani fondamentali per diversi ambiti, primi fra tutti l'inclusione lavorativa e quella abitativa e il Dopo di Noi.

Da ultimo, si sottolinea l'importanza di una comunicazione strategica con i centri di ricerca attivi sui territori delle ATS anche per attivare percorsi di formazione condivisi.

In generale, la comunicazione rappresenta il primo strumento per sensibilizzare i territori rispetto ai processi di inclusione delle persone con disabilità.

In conclusione, è opportuno sottolineare anche come lo stesso processo che ha portato alla stesura dei documenti che qui sono stati ripresi in maniera aggregata rappresenti una scelta metodologica chiara. Essa infatti ha attivato processi verticali di comunicazione, ascolto e scambio bottom up e top down (laddove appare necessario promuovere ascolto e coinvolgimento dei territori, ma allo stesso tempo è necessario che esso venga inserito in una struttura di pensiero e azione chiara e ben orientata verso uno scopo definito) e insieme sono stati favoriti processi di confronto, comunicazione e co-produzione di significati in senso orizzontale, attraverso il

coinvolgimento degli attori pubblici, degli enti gestori e del terzo e quarto settore. Il processo, di fatto, ha reso evidente la necessità di operare entro una logica di sussidiarietà circolare, in cui sussidiarietà verticale e orizzontale si integrano, dando vita a una filiera della responsabilità ricca e articolata.

## 4. Le politiche regionali sulle disabilità nel triennio 2026-2028

### 4.1. Azioni e iniziative del Piano d'Azione Regionale 2026-2028

Regione Lombardia è da anni fortemente impegnata nella definizione e attuazione di politiche orientate al pieno riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità. L'obiettivo prioritario è garantire condizioni di reale inclusione sociale, promuovendo la partecipazione attiva alla vita della comunità e sostenendo percorsi che permettano a ogni persona di esprimere appieno il proprio potenziale, nel rispetto della dignità individuale e dei principi di equità e pari opportunità.

Attraverso un approccio integrato e la collaborazione tra istituzioni, servizi e comunità, si intende rafforzare il sistema di protezione sociale e promuovere pari opportunità per tutti, nel rispetto della diversità e dei diritti fondamentali. La sfida dei prossimi anni sarà continuare a innovare, ascoltare i bisogni emergenti e trasformare le politiche in strumenti concreti di emancipazione e benessere.

In questa prospettiva, la Regione adotta una visione culturale che pone al centro la persona con disabilità, considerata non come destinataria passiva di un'attività di mera assistenza, ma come protagonista attiva delle proprie scelte di vita. Non si tratta semplicemente di prestare un servizio: l'obiettivo è costruire interventi che siano davvero **personalizzati** – cuciti sull'unicità di ciascuno – e **flessibili**, capaci di evolvere nel tempo, con il pieno coinvolgimento della persona e della sua famiglia. Il **Progetto Individualizzato** (P.I.) diventa quindi uno strumento vivo e dinamico, che integra risorse, servizi avvalendosi anche delle potenzialità del territorio.

Non si ferma alle sole dinamiche assistenziali: abbraccia un modello che promuove la **autonomia personale**, la **libertà di scelta** e la **pienezza di ruolo** della persona nella comunità. Questo modello ambisce a trasformare ogni individuo in protagonista della propria storia, riconoscendone desideri, aspirazioni e competenze.

Ogni Progetto Individuale segue un modello nuovo: chi ha una disabilità non è più "colui che riceve", ma chi contribuisce a definire e realizzare il proprio progetto.

Tutte le azioni sono orientate a sostenere e sviluppare le capacità di autodeterminazione e di auto-rappresentazione. In questo modo, le proposte non risultano mai calate dall'alto e quindi precostituite, ma condivise, rispettose del percorso di vita di ciascuno e coerenti con le aspirazioni personali.

In altri termini, l'approccio progettuale valorizza l'unicità della persona e la sua capacità di scegliere; integra famiglia, scuola, servizi, enti locali e terzo settore in un impegno condiviso; trasforma i contesti territoriali in luoghi di empowerment e di coesione sociale; promuove esperienze concrete di responsabilità, di protagonismo e di crescita personale; supporta le competenze progettuali dell'individuo, affinché le azioni diventino espressione autentica del suo essere.

La costruzione del Progetto Individualizzato diventa un percorso di **inclusione attiva** e **crescita personale**, che supera l'assistenzialismo tradizionale per realizzare un vero protagonismo comunitario.

In questa visione non c'è alcuna separazione netta tra **obiettivo sociale**, **inclusione**, **accessibilità** e **fruibilità** e **benessere psico-fisico**: queste dimensioni si intrecciano, si nutrono reciprocamente, e vanno considerate come aspetti complementari di un unico percorso di crescita integrato.

Pertanto, l'inclusione non è semplicemente un obiettivo da raggiungere, ma rappresenta il motore stesso dell'intervento: significa permettere alla persona di partecipare pienamente alla vita comunitaria, scolastica, lavorativa. L'inclusione diventa reale solamente se l'ambiente è effettivamente accogliente, accessibile, fruibile. L'accessibilità – negli spazi, nella comunicazione, nel linguaggio – non è un optional: è condizione inderogabile per garantire la piena partecipazione, assicurare l'autonomia e tutelare il benessere psico-fisico (una porta larga, un

ascensore funzionante, un sito web fruibile: non sono solo strumenti, ma elementi che garantiscono dignità e salute).

Il benessere non è solo salute clinica, ma anche la possibilità di esercitare i propri diritti, muoversi liberamente, interagire senza ostacoli. Per tradurre in azioni concrete questa visione strategica, la Regione Lombardia<sup>3</sup> ha individuato una serie di obiettivi operativi prioritari, su cui intende concentrare nei prossimi anni l'impegno e le risorse a disposizione. Tali obiettivi riguardano ambiti ritenuti fondamentali per l'effettiva inclusione delle persone con disabilità e per il miglioramento continuo dei servizi, con un'attenzione particolare all'innovazione, alla sostenibilità e alla qualità della presa in carico.

Come già indicato nel § 1.1, gli obiettivi operativi individuati quali linee guida per il PAR 2026-2028 sono i seguenti:

- autonomia e autodeterminazione;
- accessibilità e fruibilità;
- inclusione;
- benessere psicofisico.

#### 4.1.1. Autonomia e autodeterminazione

L'autonomia e l'autodeterminazione rappresentano la cornice entro la quale si collocano gli altri obiettivi, e si declinano anzitutto come **promozione della vita autonoma/indipendente e dell'abitare inclusivo**, sostenendo progetti che permettano alle persone con disabilità di vivere in autonomia, scegliendo se abitare nella propria casa oppure in unità abitative residenziali sperimentali o tradizionali, sempre nel rispetto dei loro desideri e delle loro capacità.

Uno dei pilastri dell'intervento regionale è il sostegno alla vita indipendente e alla possibilità, per le persone con disabilità, di abitare in contesti che rispecchino esigenze e preferenze personali. La vita indipendente significa poter condurre la propria esistenza come chiunque altro, assumendo decisioni riguardo alle scelte quotidiane e incontrando solo le stesse limitazioni che affrontano tutte le persone. Non coincide necessariamente con il vivere da soli né con una mera idea di autonomia: riguarda invece l'autodeterminazione, con effetti che si estendono anche alla sfera familiare della persona interessata.

In questa prospettiva si collocano iniziative come il Dopo di noi ai sensi della Legge 112/2016, che offre soluzioni abitative personalizzate per le persone con disabilità, in primis rimaste prive del sostegno familiare. La misura include soluzioni abitative alternative alla residenzialità tradizionale, come appartamenti in co-housing, gruppi appartamento con o senza ente gestore, in cui la persona con disabilità possa vivere secondo i propri ritmi, preferenze e capacità. Il percorso non si limita all'aspetto abitativo e residenziale, ma prevede altresì un sostegno educativo e relazionale, per acquisire e sviluppare abilità di vita quotidiana e rafforzarne l'autonomia.

Anche i progetti di vita indipendente – Pro.V.I. si collocano nella macroarea dell'"abitare in autonomia", offrendo supporti flessibili per favorire la gestione della quotidianità e il percorso verso l'autonomia personale. In questo quadro, le Linee guida ministeriali individuano specifiche aree di intervento, articolate in direttrici operative che mirano a garantire inclusione, emancipazione e qualità della vita: contributo per assistente personale; servizi per l'abitare ivi compresi i percorsi di accompagnamento alla vita autonoma; acquisizione di Tecnologie innovative; percorsi di Inclusione sociale e relazionale e azioni di sistema (Supporto ai Centri per la vita indipendente e consulenza alla pari, Formazione per persone con disabilità e famiglie e per assistenti personali). Un ruolo importante è svolto anche dai Centri per la vita indipendente (CVI), spazi dedicati all'orientamento, all'accompagnamento, alla consulenza e alla costruzione di percorsi

---

<sup>3</sup> DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità

personalizzati per le persone con disabilità. Il CVI, così come descritto dalla lr n. 25/2022, è un servizio complementare e integrativo a sostegno delle competenze dei Servizi Sociali di base. Con DGR n. XII/984/2023 le risorse del biennio 2023-2024 di cui alla lr n. 25/2022 sono state interamente destinate all'avvio di n. 32 Centri per la vita indipendente, garantendone così la presenza diffusa sull'intero territorio regionale.

Per l'effettiva autonomia delle persone con disabilità, l'inclusione lavorativa è sicuramente una componente essenziale. Avere un impiego non solo garantisce indipendenza economica, ma favorisce anche l'autostima, le relazioni sociali e il senso di appartenenza alla comunità.

L'inclusione socio-lavorativa rappresenta una transizione critica, strategica ed estremamente rilevante nel ciclo di vita delle persone con disabilità.

Regione Lombardia ha sviluppato in questo campo un modello innovativo che pone la persona al centro di un ecosistema integrato di servizi, strumenti e opportunità, finalizzato a costruire percorsi di inserimento lavorativo sostenibili e di qualità con l'obiettivo di potenziare un approccio sistemico che superi la mera logica dell'adempimento normativo.

Due sono le principali azioni strategiche e di intervento nel triennio 2026-2028 nel campo dell'inclusione socio-lavorativa:

1. miglioramento della presa in carico della persona:

Il modello lombardo considera la persona nella sua complessità. Coerentemente con questa prospettiva la prima fase della presa in carico riguarda lo sviluppo di uno strumento adeguato che vada oltre la rilevazione delle competenze professionali, considerando anche aspetti relazionali, motivazionali e il contesto familiare e sociale che influenzano il successo nell'inserimento lavorativo. È in corso l'avvio di una sperimentazione che segna l'inizio di un percorso verso un approccio bio-psico-sociale più completo: la Valutazione del Potenziale.

Questo strumento innovativo rappresenta il primo passo di una trasformazione più ampia nel modo di valutare e accompagnare le persone con disabilità.

La sperimentazione sposta l'attenzione dai deficit alle potenzialità, dalle limitazioni alle possibilità di sviluppo e crescita, integrando dimensioni biologiche, psicologiche e sociali della persona.

Non si tratta di una fotografia statica, ma di un profilo dinamico ed evolutivo che viene messo a disposizione delle aziende, facilitando processi di matching più efficaci e consentendo di anticipare e pianificare percorsi di sviluppo professionale.

Fondamentale per un inserimento lavorativo efficace è la personalizzazione dei percorsi: ogni persona ha caratteristiche e aspirazioni uniche. Da qui la necessità nei prossimi anni di rinnovare alcune misure presenti nelle linee di indirizzo di gestione del fondo regionale per persone con disabilità, ai sensi della lr n. 13/2003.

La presa in carico, inoltre, non si deve fermare al momento del collocamento: obiettivo è il potenziamento dei servizi di supporto nel passaggio scuola-lavoro e del post-inserimento, per garantire la sostenibilità del posto di lavoro nel tempo.

Le misure innovative promosse da Regione Lombardia in ambito di inserimento lavorativo si inseriscono nel disegno complessivo di sviluppo del progetto di vita, per garantire alle persone con disabilità autonomia e autodeterminazione.

Punto di forza è lo sviluppo di una rete integrata di attori e soggetti che per le loro competenze, ruoli e professionalità riescano a garantire tutti i servizi di cui necessita la persona.

## 2. miglioramento della qualità dell'ambiente di lavoro.

Tra le azioni principali sul territorio lombardo per il miglioramento della qualità dell'ambiente di lavoro troviamo la prassi UNI/PdR 159:2024 "Lavoro inclusivo delle persone con disabilità", pubblicata da UNI il 25 gennaio 2024, nata dalla proposta di Regione Lombardia<sup>4</sup>, di individuare un modello innovativo a supporto delle organizzazioni nell'adozione di politiche occupazionali rivolte alle persone con disabilità, e sviluppata grazie alla collaborazione con Unioncamere Lombardia, UNI e gli stakeholder di riferimento del territorio lombardo.

Obiettivo generale è quello di continuare a promuovere, attraverso la comunicazione e la sensibilizzazione, la sperimentazione e la diffusione nelle organizzazioni lombarde della prassi in grado di sostenere la piena inclusione delle persone con disabilità.

A livello europeo è stata promossa l'occupazione delle persone con disabilità in particolare attraverso il principio 17 del pilastro europeo dei diritti sociali, che sancisce il diritto a partecipare al mercato del lavoro e alla società e garantisce un ambiente di lavoro adatto alle relative esigenze ed è stata adottata la strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 che comprende 7 iniziative faro, che coprono tutti gli ambiti della vita, compresi l'occupazione, l'accessibilità e le condizioni di vita. Nel corso del 2022 è stato lanciato uno specifico "pacchetto sull'occupazione delle persone con disabilità per migliorarne l'inserimento nel mercato del lavoro", una delle 7 iniziative chiave della Strategia sulla disabilità, per fornire buone pratiche di inclusione ed orientamenti ai datori di lavoro, alle organizzazioni dei datori di lavoro, alle autorità pubbliche e alle organizzazioni della società civile.

Regione Lombardia, anche alla luce dei primi esiti dei 57 progetti finanziati per l'inclusione attiva e l'integrazione socio-lavorativa delle persone con disabilità (DGR n. XI/7501/2022 e DGR n. XII/901/2023), intende continuare a sostenere il rafforzamento della capacità del sistema di welfare regionale di riconoscere e attuare il diritto alla vita indipendente, attraverso lo sviluppo di percorsi di inclusione sociale attiva, intesi come misure abilitanti di empowerment e di promozione delle capacità e del protagonismo delle persone con disabilità volte a migliorarne ed accrescerne le prospettive di occupabilità, occupazione, nonché di partecipazione attiva alla vita della comunità. Con DGR n. XII/4338/2025 è stato destinato un ulteriore finanziamento per lo sviluppo di progetti integrati, territoriali e su base comunitaria finalizzati a stimolare e rafforzare:

- l'integrazione tra le politiche attive del lavoro (sistema regionale dei servizi di istruzione, formazione e lavoro) e le politiche di inclusione attiva (sistema regionale dei servizi sociali e socio-sanitari) dirette alle persone con disabilità per accrescerne gli esiti occupazionali e di partecipazione sociale;
- la modernizzazione e l'innovazione delle politiche e delle misure (di istruzione, formazione, lavoro e dei servizi sociali e socio-sanitari) volte ad accrescere l'occupabilità, l'occupazione e la partecipazione sociale delle persone con disabilità attraverso una rafforzata cooperazione strategica e operativa con la rete dei "servizi di prossimità" operanti nel territorio grazie all'azione degli Enti del terzo settore e dell'associazionismo familiare e rappresentativo delle persone con disabilità (secondo welfare);
- l'accesso delle persone con disabilità più a rischio di esclusione ad opportunità di partecipazione attiva alla vita di comunità, in particolare attraverso misure di attivazione non focalizzate solo su obiettivi di immediato inserimento lavorativo, ma anche di empowerment, stimolando processi di sperimentazione di nuove collaborazioni e alleanze (tra attori del pubblico e del privato profit e non profit) per la attivazione di "nuove forme" di lavoro e di attività produttive di valore sociale;

---

<sup>4</sup> DG Università, Ricerca, Innovazione

- parità di accesso a un sistema diffuso di servizi a sostegno dei progetti di vita indipendente e inclusione assicurando livelli omogenei di presa in carico multidisciplinare e multidimensionale su tutto il territorio regionale, rafforzando la capacità di azione e integrazione della rete dei servizi territoriali, degli enti del terzo settore e dell'associazionismo familiare e rappresentativo delle persone con disabilità.

Le nuove progettazioni potranno inoltre sperimentare interventi dedicati alla presa in carico delle persone con disabilità acquisite (es. post-trauma o malattie degenerative) per garantire interventi per l'apprendimento di nuove abilità e strategie funzionali all'inserimento/reinserimento nel contesto socio-lavorativo.

La misura ha visto la presentazione di 78 progetti che sono in corso di valutazione. Le nuove progettualità avranno avvio nel 2026.

#### 4.1.2. Accessibilità e fruibilità

L'abitare è uno degli aspetti che consente alle persone con disabilità di vedere riconosciuti i loro diritti ad una vita piena, soddisfacente e autonoma.

In tale ambito Regione<sup>5</sup> sviluppa interventi finalizzati al miglioramento delle condizioni di accesso e di fruibilità degli spazi attraverso il supporto alla eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati e negli immobili destinati all'edilizia residenziale pubblica.

Per quanto riguarda gli edifici privati, la Regione mette a disposizione dei Comuni lombardi le risorse fornite dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, integrate da fondi regionali (lr n. 6/89), con l'obiettivo di contribuire all'eliminazione delle barriere architettoniche, secondo il fabbisogno segnalato dai singoli Comuni.

Le domande finanziabili hanno i seguenti requisiti:

- situazione di "svantaggio" certificate da apposita certificazione medica;
- non sono richieste di "migliorie" ma solo adeguamenti per il superamento delle barriere architettoniche;
- non sono richieste di "ampliamento" che comportano aumento di volumetria e interventi di manutenzione.

Possono presentare domanda di contributo:

- le persone con disabilità o in situazione di svantaggio;
- altri soggetti che dovranno sottoscrivere la domanda in quanto onerati della spesa (es: proprietario di immobile ove risiede la persona con disabilità, familiari, ecc.);
- le persone con disabilità che hanno la residenza o l'abitazione stabile e dimora presso i centri o gli istituti residenziali pubblici o privati per l'assistenza dei disabili.

Si tratta di una misura estensiva, che non limita l'accesso in base a un ISEE o un reddito prestabilito, venendo incontro alla generalità dei cittadini che ne fanno richiesta, a parziale copertura delle spese effettivamente sostenute.

Le domande sono raccolte dai Comuni e i relativi importi vengono comunicati a Regione tramite il portale Bandi e servizi. Regione invia il fabbisogno economico annuale al Ministero, chiedendo un finanziamento pari alla copertura del fabbisogno trasmesso ed esaminato dai comuni.

A tale misura si affianca anche il riconoscimento del contributo per l'acquisto degli ausili tecnologicamente avanzati e strumenti di domotica all'interno dell'abitazione della persona di cui alla lr n. 23/99, complementari a quelli forniti dalla lr n. 6/89.

La Regione Lombardia è impegnata altresì nel sostegno di interventi sul patrimonio ALER volti sia a ridurre le barriere architettoniche negli edifici destinati a servizi abitativi pubblici, in particolare mediante l'introduzione o l'ammodernamento di impianti elevatori, sia a rendere fruibili un maggior

---

<sup>5</sup> DG Casa e housing sociale

numero di alloggi completamente accessibili per i nuclei familiari ove sono presenti persone con disabilità motoria.

Si tratta di un intervento che, da un lato, punta a eliminare le barriere architettoniche "strutturali" degli edifici, migliorando la possibilità di raggiungere in autonomia ogni alloggio a partire dal piano strada, e dall'altro a realizzare abitazioni già completamente accessibili — o facilmente adattabili in tempi rapidi — dopo l'assegnazione al nucleo familiare

Ulteriori strumenti che favoriscono l'accessibilità sono i Piani per l'Eliminazione delle Barriere architettoniche (PEBA) e i Piani integrativi Accessibilità degli spazi Urbani (PAU).

Le Linee Guida regionali fanno riferimento alle prescrizioni della legislazione nazionale e in particolare alla L. 41/86 art. 32.21 per la redazione dei PEBA e alla L. 104/92, art. 24.9 per la redazione dei PAU.

Le prime programmazioni regionali hanno sostenuto con fondi ministeriali la redazione dei PEBA da parte dei Comuni con popolazione fino a 5000 abitanti, includendo successivamente i Comuni sino a 20.000 abitanti per arrivare al coinvolgimento di comuni sino a 70.000 abitanti (DGR n. XII/3343/2024).

Seguendo l'approccio del Design for All promosso dalla Comunità Europea, si raccomanda un percorso fin dall'inizio partecipativo, capace di coinvolgere tutti gli attori – decisori e portatori di interesse.

Progettare una città accessibile e inclusiva non significa soltanto migliorare la qualità di vita e l'integrazione sociale di specifici gruppi (persone con disabilità, bambini, giovani, adulti, anziani), ma implica anche favorire il benessere dell'intera comunità.

Ciò risulta particolarmente rilevante in vista dei Giochi olimpici e paralimpici invernali del 2026, che chiameranno il territorio a un ruolo di accoglienza.

Le dimensioni dell'accessibilità, dell'usabilità e del benessere trovano il loro fulcro nello spazio di vita, che coincide con la città, ovvero lo spazio pubblico: luogo di relazioni, partecipazione, identità e riconoscimento collettivo.

Per questo, la progettazione dello spazio pubblico accessibile e inclusivo deve essere centrale, costituendo una condizione imprescindibile per garantire pari opportunità e piena partecipazione alla vita pubblica.

Sempre in tema di accessibilità Regione Lombardia ha approvato una misura che mira a promuovere interventi a favore delle attività ludico-sportive, della ristrutturazione o riqualificazione delle strutture semiresidenziali per disabili e dei servizi in ambito sportivo, con l'obiettivo di favorire i processi di socializzazione e di integrazione delle persone, comprese quelle con disabilità motorie, sensoriali, intellettive e di altro genere, contribuendo, di riflesso, anche ad una maggiore integrazione delle famiglie.

La Misura ha previsto l'attivazione delle seguenti linee di intervento: attuazione di attività ludico – sportive quali la realizzazione e adeguamento di parchi gioco inclusivi; creazione di percorsi naturalistici accessibili; ristrutturazione o riqualificazione strutture semiresidenziali per disabili; organizzazione di servizi in ambito sportivo.

L'inclusione passa anche dalla possibilità per tutti di accedere agli spazi e alle iniziative culturali, sia in edifici sia in aree naturali. Le politiche regionali<sup>6</sup> recenti promuovono la partecipazione più ampia possibile agli eventi e al patrimonio culturale, con particolare attenzione alle persone con disabilità e ai contesti più fragili, e incentivano l'adeguamento tecnologico dei luoghi della cultura per migliorarne l'accessibilità fisica e cognitiva.

Monitoraggi periodici rilevano il livello di accessibilità di musei, teatri, biblioteche e altri presidi culturali. Dai dati più recenti emergono, ad esempio, dotazioni ancora limitate nelle biblioteche

---

<sup>6</sup> DG Cultura

lombarde e l'esistenza di musei ospitati in edifici storici non pienamente adattabili. Per i Musei la pubblicazione "Musei riconosciuti in Lombardia" raccoglie schede informative sugli istituti museali riconosciuti, suddivisi per provincia, ed è aggiornata periodicamente (ultima edizione: novembre 2024). L'accessibilità rimane comunque un requisito fondamentale per il riconoscimento regionale degli istituti culturali, con strumenti di valutazione sempre più dettagliati.

Parallelamente, sono in corso progetti di valorizzazione del patrimonio culturale attraverso soluzioni inclusive, tra cui mostre con supporti tattili e in Braille, interventi di manutenzione dei percorsi di accesso ai luoghi di interesse e iniziative transfrontaliere come "Museo di Prossimità", orientate a trasformare i musei in spazi di cura e benessere, accessibili anche grazie a tecnologie innovative come sound design e sonificazione.

La promozione dell'accessibilità è inoltre sostenuta tramite criteri premiali nei bandi per attività museali, spettacolo dal vivo e iniziative culturali, inclusi i progetti legati alle "Olimpiadi della cultura". Sono attivi interventi e collaborazioni per favorire la partecipazione culturale delle persone con disabilità sensoriali, motorie e cognitive, per migliorare l'accessibilità dei siti UNESCO e per sviluppare percorsi formativi e strumenti operativi, come la mappatura dell'accessibilità dei luoghi e un vademecum specifico dedicato ai cammini culturali, realizzato con il cofinanziamento regionale nell'ambito di un progetto dell'Associazione europea delle Vie Francigene.

In collaborazione con ERSAF sono in corso interventi di manutenzione dei percorsi di accesso a luoghi di interesse culturale sul territorio regionale per garantire una migliore accessibilità dei luoghi della cultura attraverso la sistemazione di percorsi escursionistici. Sono stati avviati i lavori per gli interventi sui sentieri della Linea Cadorna, Anello dei Forti, Sentiero ciclo-pedonale da Colico alla Mina di Verceia e Sentiero da Colico alla Riserva Naturale Pian di Spagna e Lago di Mezzola.

Sono altresì sostenute iniziative di welfare culturale anche in collaborazione con enti e associazioni di solidarietà sociale e luoghi di cura e accoglienza e volte a promuovere anche la presenza di artisti con disabilità nelle attività di spettacolo dal vivo. Inoltre, è supportato il miglioramento dell'accessibilità e fruibilità dello spettacolo da parte di persone con disabilità sensoriale (sottotitolazione proiettata, sistemi di integrazione del doppiaggio per ipovedenti, facilitazione dell'ascolto da parte di ipoacusici, apparecchi di amplificazione a induzione magnetica per ipoacusici e relativi software).

Infine, tra gli interventi a sostegno delle Imprese Culturali e creative, l'iniziativa Innovacultura, che sarà realizzata tra il 2025 e il 2027, prevede anche il sostegno all'accessibilità digitale dei luoghi e dei contenuti culturali attraverso l'implementazione di tecnologie assistive (audioguide con sottotitoli, app con interpreti LIS, creazione di tour virtuali e realtà aumentata accessibili, ...) e la digitalizzazione di collezioni e mostre con contenuti accessibili (es. descrizioni vocali, testi in formato facile da leggere, ...).

Il progetto "STAI – Servizi per un turismo accessibile e inclusivo" (2ª edizione), finanziato dal Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità, utilizza l'occasione dei Giochi Olimpici e Paralimpici Milano Cortina 2026 per rafforzare l'accessibilità e l'inclusione nel turismo, con attenzione particolare alla montagna, alle diverse risorse naturalistiche, culturali ed enogastronomiche del territorio.

L'iniziativa punta a potenziare l'offerta di destinazioni realmente accessibili, favorire l'occupazione delle persone con disabilità nel settore turistico e diffondere una cultura dell'inclusività. Si realizza nelle province di Pavia e Sondrio attraverso un ampio partenariato istituzionale e associativo, affiancato da ulteriori soggetti locali che garantiranno un forte radicamento territoriale.

Nel biennio 2025–2027 sono previsti interventi per migliorare l'accessibilità dei servizi turistici e facilitare la partecipazione ai Giochi 2026, insieme ad azioni su mete strategiche quali la Greenway Voghera–Varzi, i percorsi di accesso alla Valmasino e Val di Mello e la navigazione sull'Adda. Verranno inoltre sviluppati itinerari e visite inclusive in vari comuni e attivati tirocini per persone con disabilità nei settori accoglienza, promozione turistica, ristorazione e cultura, accompagnati da attività formative e di promozione dell'accoglienza inclusiva.

In continuità con il triennio precedente (DGR XII/1824/2024), è stato approvato un programma di iniziative di educazione ambientale<sup>7</sup> e di valorizzazione delle aree protette lombarde, sostenendo gli enti gestori nella realizzazione di specifici progetti, tra cui quello dal titolo Benessere in natura.

Ideato a seguito del periodo pandemico da Covid nel 2020, che ha evidenziato la necessità per ciascuno di riconnettersi con l'ambiente naturale e l'evidente beneficio che se ne ottiene, il progetto è stato avviato in modo sperimentale nel 2021, raccogliendo l'interesse del pubblico e degli enti gestori dei parchi aderenti che hanno articolato molteplici iniziative sul proprio territorio. Nel 2024, con la nuova programmazione, si è voluto strutturare e delineare in modo più preciso il progetto con un focus sull'inclusione sociale, attraverso iniziative incentrate sul benessere nella sua più ampia accezione, al fine di:

- diffondere la cultura del benessere psico-fisico nell'ambiente naturale e stimolare stili di vita in armonia con la natura;
- sviluppare la consapevolezza che il benessere della persona dipende dal benessere del territorio;
- favorire lo sviluppo di itinerari tematici e forme di turismo responsabile;
- favorire una accessibilità e fruizione inclusiva per le diverse abilità motorie, sensoriali e intellettive.

Le diverse iniziative proposte dai parchi sono circoscritte in un arco temporale che definisce il "Festival del Benessere in Natura". Sul sito [www.areaparchi.it](http://www.areaparchi.it) è stata creata una pagina dedicata al progetto in cui è articolato il ricco programma organizzato per data o per area protetta.

Per quanto riguarda il sostegno alla mobilità<sup>8</sup>, le azioni in essere e in progetto si riassumono nelle seguenti categorie: miglioramento dell'accessibilità alle stazioni ferroviarie e ai nodi di interscambio e semplificazione amministrativa.

Relativamente al primo punto, nel 2020 è stato siglato con la Rete Ferroviaria Italiana spa (RFI) un Protocollo d'intesa volto a sviluppare l'intermodalità nelle stazioni ferroviarie, accompagnato da Linee guida condivise per la progettazione delle stazioni e degli spazi esterni (DGR n. XI/7206/2022). L'obiettivo è potenziare accessibilità, integrazione tra i diversi mezzi di trasporto, raggiungibilità e sicurezza, favorendo gli spostamenti attivi, pubblici e condivisi e garantendo una mobilità più efficiente, innovativa e sostenibile.

Il Protocollo ha portato all'istituzione di un Tavolo Tecnico con RFI che, prima dell'approvazione dei progetti sulle stazioni e sulle aree circostanti, verifica gli aspetti di accessibilità per le persone con disabilità. In particolare, controlla la presenza di stalli PRM ben posizionati, percorsi pedonali sicuri e senza barriere, ascensori o rampe per le connessioni verticali, banchine accessibili (h 55) e adeguata segnaletica per ipovedenti.

Nel medesimo ambito di intervento si inserisce l'iniziativa Multimodale Urbano, azione del PR FESR 2021-27, che finanzia 8 Comuni lombardi per realizzare progetti di miglioramento alla raggiungibilità e dell'intermodalità delle relative stazioni ferroviarie. I progetti selezionati rispondono ai criteri approvati per la specifica misura, tra cui il rispetto della normativa sulla accessibilità anche a soggetti con disabilità (Legge 13/1989, D.M. 236 del 14 giugno 1989 e normativa regionale e di settore).

Per quanto riguarda la rete ferroviaria regionale in concessione a Ferrovienord S.p.A. è attualmente in corso un programma di interventi, finanziato all'interno del Contratto di Programma con Regione Lombardia, finalizzati al miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità di 29 stazioni collocate sulla linea Milano – Asso e sulla linea Saronno – Como Lago. Gli interventi sono realizzati in conformità con le Linee Guida approvate da Regione che, tra i vari indirizzi forniti, danno precise indicazioni in

---

<sup>7</sup> DG Territorio e Sistemi Verdi

<sup>8</sup> DG Infrastrutture e opere pubbliche

merito al tema dell'accessibilità di stazione (percorsi e segnaletica per ipovedenti) e abbattimento barriere architettoniche.

Nel coordinamento tra RFI e FerrovieNord in vista dei Giochi invernali 2026 è emersa la necessità di integrare i rispettivi servizi di assistenza per persone con disabilità o ridotta mobilità, oggi separati. L'obiettivo è arrivare a una procedura unificata che consenta all'utente di attivare l'assistenza con una sola richiesta e di riceverla in modo continuo lungo l'intero viaggio, anche in caso di cambio di rete ferroviaria. Il sistema condiviso, sviluppato per l'evento olimpico, sarà strutturato per diventare stabile anche oltre il 2026.

Gli interventi per la mobilità<sup>9</sup>, il trasporto pubblico locale e le linee ferroviarie sono finalizzati al miglioramento e all'accessibilità di infrastrutture e servizi per tutti i cittadini inclusi quelli con disabilità, assicurando tra l'altro il sostegno agli investimenti per favorire l'accessibilità delle strutture ricettive (ad esclusione di quelli previsti come obbligo di legge), della ristorazione e del tempo libero.

Regione Lombardia mette a disposizione delle persone con disabilità la tessera lo Viaggio Ovunque in Lombardia Agevolata – IVOLA , un abbonamento annuale rinnovabile, che consente di viaggiare su tutti i mezzi di trasporto pubblico locale in Lombardia ad una tariffa agevolata.

Per ottenere l'agevolazione è necessario presentare domanda, on-line sul sito di Regione Lombardia <https://www.ioviaggioagevolata.servizi.ril.it/IVOLonline/> oppure presso gli Uffici Relazione con il Pubblico di Regione Lombardia (UTR Spazio Regione).

È attivo altresì il portale "Muoversi in Lombardia", che fornisce informazioni per spostarsi in Lombardia con treno, bus, metro, tram e altri servizi di trasporto pubblico, utilizzando i dati orari forniti dai gestori di trasporto pubblico. Questa versione comprende una configurazione e un design dell'informazione che consentono una maggiore visibilità e chiarezza delle informazioni di orario e cartografiche, sia in fase di ricerca che in fase di restituzione dei risultati, nonché un'immagine grafica rinnovata, che riprende i colori del servizio di trasporto pubblico in Regione Lombardia.

Relativamente ai mezzi adibiti al Trasporto Pubblico Locale (treni, bus, navi) dal 2017 Regione Lombardia ha avviato l'acquisto di nuovi treni conformi alla normativa europea STI PRM (Reg. UE 1300/2014) per l'accessibilità delle persone con mobilità ridotta: 214 nuovi treni saranno in servizio entro il 2025 e 244 nei prossimi anni. Questi treni garantiscono accessi senza gradini, pedane retrattili, spazi per carrozzine, servizi igienici dedicati e, nelle versioni più recenti, percorsi tattili e sistemi informativi audio-video. La maggior parte della restante flotta è comunque conforme alle versioni precedenti della normativa.

L'accessibilità complessiva dipende però anche dalle stazioni: sulla rete Ferrovienord, finanziata e programmata da Regione Lombardia, l'adeguamento è molto avanzato, con 110 stazioni accessibili su 115, 93 marciapiedi alti e 45 ascensori. Informazioni aggiornate sono disponibili su: <https://www.ferrovienord.it/accessibilita-pmr/> e sulla pagina dedicata a eventuali limitazioni: <https://www.ferrovienord.it/comunicazioni-accessibilita-stazioni/>.

Sulla rete RFI, non programmata direttamente da Regione, sono ancora presenti numerose stazioni con marciapiedi bassi, ma ogni intervento di riqualificazione prevede l'adeguamento agli standard PRM (marciapiedi a 55 cm, rampe/ascensori). Le informazioni sull'accessibilità delle stazioni RFI sono consultabili su <https://www.rfi.it/it/stazioni/pagine-stazioni/accessibilita.html>.

Regione Lombardia contribuisce inoltre all'acquisto di nuovi autobus per il trasporto pubblico urbano ed extraurbano, secondo le scelte delle aziende di trasporto e delle Agenzie TPL. Condizione principale per il finanziamento è che i mezzi siano accessibili alle persone con disabilità motoria; sistemi audio e video per l'annuncio delle fermate rappresentano un criterio opzionale.

Al 31/12/2024, secondo i dati di TPLombardia – il portale regionale di monitoraggio del TPL – il 94,8% dei 6.121 autobus in servizio in Lombardia (2.658 urbani/suburbani e 3.463 extraurbani) risultano

---

<sup>9</sup> DG Trasporti

accessibili. Gli standard prevedono pianale ribassato o low entry, pedane (elettriche o semiautomatiche) e spazi attrezzati per carrozzine e persone con mobilità ridotta.

Per quanto riguarda i servizi di navigazione si evidenzia che sul Lago d'Iseo il servizio regionale di navigazione pubblica è affidato direttamente da Regione Lombardia all'Autorità di Bacino Lacuale dei Laghi d'Iseo, Endine e Moro, che lo esercita attraverso la propria Società in house Navigazione Lago d'Iseo s.r.l.

La flotta del Lago d'Iseo, di proprietà regionale, si compone di 16 unità navali, tutte conformi agli standard e alle vigenti normative in tema di accessibilità delle persone con mobilità ridotta.

Anche sul sistema dei Navigli viene effettuato dal 2021 un servizio di navigazione pubblica con l'utilizzo, da parte del soggetto autorizzato da Regione Lombardia, di unità di navigazione che possano favorire l'accessibilità per i passeggeri con disabilità.

In tema di accessibilità un altro elemento fondamentale per garantire autonomia, partecipazione sociale e pieno esercizio dei diritti delle persone con disabilità è l'accesso alle informazioni, come previsto dall'art. 21 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

A livello europeo, la Direttiva UE 2019/882 (European Accessibility Act – EAA) mira a uniformare i requisiti di accessibilità di prodotti e servizi, recepita in Italia con il D.Lgs 82/2022, con efficacia dal 2025. A questo si affianca la normativa italiana sull'accessibilità digitale, in particolare la Legge Stanca (Legge 4/2004) e il D.Lgs 106/2018 che recepisce la Web Accessibility Directive (UE 2016/2102).

Regione Lombardia<sup>10</sup> promuove l'accesso alle informazioni per sostenere autonomia e inclusione sociale, come stabilito dall'art. 5 della Legge Regionale n. 25/2022. Il portale regionale e i minisiti collegati sono progettati per essere semplici, chiari e pienamente accessibili, rispettando i requisiti della Legge Stanca e dichiarandone lo stato tramite la Dichiarazione di Accessibilità.

Un punto di riferimento regionale è il sito LombardiaFacile (LFA [www.lombardiafacile.regione.lombardia.it](http://www.lombardiafacile.regione.lombardia.it)), che fornisce informazioni chiare e affidabili per persone con disabilità, famiglie, operatori e enti pubblici offrendo: news e aggiornamenti normativi; informazioni sui servizi e le misure regionali; consigli su turismo accessibile e attività culturali, con schede su musei, monumenti, parchi e strutture ricettive.

LFA è integrato nel portale turistico regionale InLombardia - <https://www.in-lombardia.it/it/visitare-la-lombardia/turismo-accessibile> - ampliandone le informazioni dedicate al turismo accessibile.

Regione Lombardia, già nella programmazione<sup>11</sup> FESR 2014-2020, aveva introdotto criteri tecnici volti a premiare gli interventi orientati alla sostenibilità sociale, in particolare quelli finalizzati a migliorare l'accessibilità degli spazi oltre gli obblighi di legge - rendendoli fruibili, sicuri e autonomamente utilizzabili anche da persone con ridotte capacità motorie o sensoriali - nonché quelli pensati per rispondere alle esigenze di persone con disabilità o bisogni specifici. Questo approccio è stato confermato anche nella programmazione FESR 2021-2027 in cui il sostegno alle imprese turistiche è previsto nell'Asse I, Obiettivo RSO1.3, attraverso l'azione 1.3.3 dedicata agli investimenti delle PMI, con particolare attenzione allo sviluppo sostenibile e competitivo del settore.

Per supportare l'orientamento quotidiano, Regione Lombardia gestisce inoltre Spazio Disabilità, uno sportello presente in tutte le province, che offre informazioni, consulenze gratuite e servizi di supporto sulle misure, agevolazioni, barriere architettoniche e turismo accessibile. È accessibile di persona, telefonicamente, via e-mail e online tramite prenotazione. Per le persone sorde è disponibile un servizio di interpretariato LIS a distanza tramite piattaforma video.

Grazie a queste iniziative, Regione Lombardia garantisce piena accessibilità alle informazioni, promuovendo autonomia, inclusione sociale e pari opportunità per tutte le persone con disabilità.

Il progetto "Comunicare senza barriere: azioni e strumenti per una piena inclusione delle persone sorde e ipoacusiche" finanziato attraverso il Fondo inclusione (DGR n. XII/4676/2025), giunto alla

---

<sup>10</sup> DG Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità

<sup>11</sup> DG Turismo, marketing territoriale e moda

terza edizione, promuove l'accessibilità comunicativa e l'inclusione delle persone con disabilità uditiva in Lombardia. Il progetto supporta sia le persone che utilizzano la LIS (Lingua Italiana dei Segni) o la LIST (LIS tattile), sia chi utilizza protesi acustiche o impianti cocleari, migliorando la partecipazione alla vita sociale, culturale ed educativa.

Tra le principali azioni: accesso flessibile all'interpretariato LIS, sia in presenza che a distanza, esteso a contesti quotidiani (scuola, servizi pubblici, negozi, studi legali, teatri), con disponibilità anche serale e nei weekend; introduzione e implementazione di tecnologie assistive per l'ascolto in ambienti pubblici e scolastici, incluse strutture sanitarie, teatri e università; rafforzamento dell'inclusione scolastica e universitaria attraverso strumenti tecnologici e formazione del personale sull'uso degli ausili; miglioramento dell'accessibilità dei servizi sociali, culturali e pubblici, in coerenza con le misure regionali già attive (lr 20/2016 e lr 23/1999).

Grazie a queste iniziative, il progetto contribuisce a creare una rete integrata di servizi più accessibili e inclusivi, favorendo la piena partecipazione sociale delle persone con disabilità uditiva in tutti gli ambiti della vita quotidiana.

Regione Lombardia - con la lr n. 20/2016 "Disposizioni per l'inclusione sociale, la rimozione delle barriere alla comunicazione e il riconoscimento e la promozione della lingua dei segni italiana e della lingua dei segni italiana tattile" - ha avviato un percorso per la promozione dell'inclusione e dell'integrazione sociale a sostegno delle persone con disabilità uditiva, sordocieche o con deficit di comunicazione - come nei disturbi generalizzati dello sviluppo - e delle loro famiglie mediante il riconoscimento della lingua dei segni italiana (LIS) e della lingua dei segni italiana tattile (LIS tattile), nonché la prevenzione e la cura del deficit uditivo e la diffusione di ogni altra tecnologia volta a favorire un ambiente accessibile nelle famiglie, nella scuola, nella comunità e nella rete dei servizi. L'attuale programmazione (2023/2025) regionale prevede lo sviluppo e il rilancio di progetti e interventi, anche di carattere innovativo e sperimentale, in ottica di inclusione della persona con disabilità uditiva e di rimozione delle barriere alla comunicazione. In particolare, con questa programmazione sono stati previsti interventi finalizzati a garantire continuità alle azioni già avviate legate all'utilizzo della LIS e interventi rivolti al sostegno di modalità e tecnologie alternative alla LIS, per dare risposte trasversali ai bisogni di comunicazione delle persone sorde.

In particolare, rafforzando le linee di azione in continuità con il Piano 2020-2022 e implementandone lo sviluppo in termini di efficacia ed efficienza, il Piano 2023-2025 ha dato particolare attenzione ad accessibilità e fruibilità della rete dei servizi sanitari e sociosanitari e promozione della comunicazione e dell'informazione a favore delle persone con disabilità.

Considerando la complementarità delle due linee di intervento si evidenzia come attraverso il progetto Comunicare senza barriere è stata sostenuta una ricerca dedicata all'individuazione degli strumenti maggiormente performanti per la comunicazione one-to-one, oltre che una ricerca per l'individuazione di strumenti di diffusione del suono da utilizzare negli ambienti chiusi. L'esito delle due ricerche permetterà di promuovere le tecnologie assistive migliori, in modo complementare, attraverso il nuovo Piano Triennale 2026-2028, in via di definizione, e il progetto Comunicare senza barriere.

Nell'ambito delle politiche per l'accessibilità e la fruibilità dei luoghi di vita in attuazione della lr 23/99 "Politiche regionali per la famiglia" art. 4, Regione Lombardia annualmente stanziava specifiche risorse da destinare all'acquisizione di strumenti tecnologicamente avanzati finalizzati ad estendere le abilità della persona, promuovendo l'autonomia e migliorare la qualità di vita in un'ottica di piena inclusione sociale, scolastica e lavorativa. L'ausilio/strumento deve essere funzionale al raggiungimento/miglioramento della autonomia della persona con disabilità ovvero minorenni o adulti/anziani (entro il 67° anno di età) con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).

Sono previsti contributi per l'area domotica, ovvero tecnologie finalizzate a rendere maggiormente fruibile, accessibile e sicuro l'ambiente di vita della persona con disabilità, valorizzando le abilità residue; area della mobilità, ovvero tecnologie e adattamenti per il trasporto della persona nei luoghi di formazione, di lavoro, di socializzazione, di cura, al fine di garantire il diritto alla mobilità e

alla partecipazione attiva; area dell'informatica, ovvero per l'acquisizione di personal computer da tavolo/portatile o tablet comprensivi di software/hardware specifici, software di base e di tutte le periferiche finalizzati a supportare l'accesso all'informazione, alla comunicazione, all'apprendimento e alla partecipazione digitale; altri ausili, ovvero strumenti/ausili ad alto contenuto tecnologico inseriti nel Nomenclatore tariffario per i quali è riconosciuto un contributo sanitario e una compartecipazione alla spesa da parte del cittadino (ausili riconducibili).

Le domande sono presentate esclusivamente online sulla piattaforma informatica Bandi e servizi all'indirizzo [www.bandiregione.lombardia.it](http://www.bandiregione.lombardia.it). Le Agenzie di Tutela della Salute - ATS – svolgono compiti di istruttoria delle domande, di verifica dei requisiti e della documentazione da allegare alla domanda e di liquidazione dei contributi nei limiti del budget assegnato.

### 4.1.3. Inclusione

L'**inclusione** deve far parte della quotidianità e, perché ciò accada, è fondamentale che siano le stesse persone con disabilità a promuoverla, riconoscendole come protagoniste attive nella creazione di spazi e tempi inclusivi.

Questo approccio, prima di tutto culturale, si integra con la programmazione zonale che, attraverso il Piano di Zona (PdZ), pone al centro della progettazione i luoghi della comunità. Questi diventano spazi in cui (ri)costruire relazioni, partecipazione, scambi e forme di aiuto reciproco, valorizzando le interdipendenze come risorsa. Le azioni già avviate in Regione Lombardia<sup>12</sup> e quelle in fase di programmazione mirano a garantire interventi realmente inclusivi, rispettosi delle diversità e adeguati ai bisogni di tutti, contribuendo a rendere la comunità più sicura e solidale.

In questa prospettiva si colloca il progetto "Sto al Sicuro" (2022–2023) della Regione Lombardia, nato per promuovere autotutela e resilienza delle persone con disabilità nella vita quotidiana e nelle situazioni di protezione civile. Il progetto ha inoltre avviato una collaborazione con i Comuni dell'erbese (Como) per integrare nei piani comunali scenari specifici dedicati alla tutela delle categorie fragili.

Per il futuro sono previste le seguenti azioni: la prima riguarda il continuo coinvolgimento delle amministrazioni comunali, accompagnato da attività di sensibilizzazione e formazione rivolte ai volontari di Protezione Civile, affinché siano pronti a rispondere alle esigenze di tutte le persone, in particolare di quelle con disabilità o bisogni specifici; la seconda linea si inserisce nella campagna *Sono anch'io la Protezione Civile*, promossa dal Dipartimento della Protezione Civile, e prevede il proseguimento delle attività inclusive già avviate, come i campi scuola e altri progetti destinati a rafforzare la consapevolezza e le competenze degli operatori impegnati nelle emergenze; la terza riguarda l'elaborazione di nuove Indicazioni operative nazionali per la pianificazione degli interventi rivolti a persone con necessità specifiche.

A queste linee guida si accompagnerà una campagna formativa per gli Enti locali, promuovendo la collaborazione tra istituzioni, Terzo Settore e cittadini attivi, così da favorire risposte più coordinate, efficaci e davvero inclusive nelle situazioni di emergenza. Solo attraverso un impegno condiviso sarà infatti possibile costruire un sistema di protezione civile più equo, capace di migliorare la sicurezza e la qualità della vita di tutte le persone, senza esclusioni.

Su queste premesse, diverse sono le progettualità che mirano a sviluppare azioni e contesti capaci di rispondere a bisogni sociali diversi: aggregazione, socializzazione, partecipazione attraverso la creazione di spazi aperti, capaci di coinvolgere un'ampia pluralità di cittadini, promuovendo relazioni comunitarie e diventando motori di energie sociali. In questi contesti, anche le competenze delle persone fragili e dei diversi operatori coinvolti vengono valorizzate,

---

<sup>12</sup> DG Sicurezza e Protezione Civile

trasformandosi in opportunità condivise, rafforzando legami, senso di appartenenza e identità collettiva.

In sostanza si tratta di generare e rigenerare luoghi inclusivi per tutti, superando l'idea di spazi esclusivamente riservati alla fragilità. L'obiettivo è costruire "luoghi virtuosi" attraverso un'alleanza concreta tra Terzo Settore, Comuni, Istituzioni locali, che collaborano in una visione comune di welfare comunitario come bene condiviso.

Le persone con disabilità recuperano in questo modo un ruolo sociale pienamente riconosciuto, trasformandosi da semplici beneficiari a veri e propri attivatori della Comunità, capaci di generare valore per sé e per chi le circonda.

Regione Lombardia con la Lr n. 35/2017, nell'assoluto rispetto per tutte le diverse realtà operative sul territorio regionale, ha dettato disposizioni sull'agricoltura sociale che, avvalendosi di tecniche agricole di coltivazione e allevamento, favoriscono il benessere collettivo, l'aggregazione e l'integrazione sociale (orti sociali, orti terapeutici nelle strutture ospedaliere, comunità alloggio, inclusione lavorativa ecc.).

Le Fattorie Sociali<sup>13</sup> sono una imprese agricole che, oltre all'attività produttiva, offrono servizi innovativi rivolti a persone in condizioni di fragilità o svantaggio psicofisico e sociale. L'attività è organizzata, stabile e integrata con servizi agrituristici (alloggio, ristorazione, fattoria didattica).

Nell'ambito delle fattorie sociali è necessario distinguere, con riferimento alla modalità di coinvolgimento dei soggetti, due modelli principali:

- fattorie sociali inclusive: il soggetto fragile partecipa attivamente al processo produttivo e trova spazio nell'attività aziendale attraverso assunzioni, tirocini, formazione professionale aziendale;
- fattorie sociali erogative: il soggetto fragile è fruitore dei servizi senza contribuire alla produzione, ad esempio in progetti di agri-asilo o iniziative rivolte a anziani, bambini o persone con difficoltà di apprendimento.

In questo contesto, si inserisce il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)<sup>14</sup> il quale prevede tra l'altro un intervento di sostegno con l'implementazione di servizi e interventi sociali integrativi e la creazione di sistemi di servizi coordinati a livello territoriale. Il comma 162 della Legge 234/2021 definisce le seguenti aree in cui gli Ambiti Territoriali erogano servizi socioassistenziali per migliorare la continuità e la qualità della vita a domicilio e nel contesto sociale delle persone con disabilità: Assistenza domiciliare sociale e integrazione sociosanitaria intesa come supporto per attività quotidiane, cura personale e sostegno psicosociale, in collaborazione con servizi sanitari; Servizi di sollievo sociale tra cui si annovera il pronto intervento per emergenze temporanee, anche notturne, gestito da personale qualificato, la sostituzione temporanea degli assistenti familiari in caso di ferie, malattia o maternità o l'aiuto alle famiglie valorizzando il volontariato di prossimità e il Terzo settore; Servizi di supporto all'incontro tra domanda e offerta di lavoro per assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego locali.

Sempre in linea con il tema inclusione si ricorda il fondo inclusione, finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, destinato a interventi/progetti dedicati alle persone con disturbo dello spettro autistico, che includono: interventi di assistenza sociosanitaria previsti dalle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico dell'Istituto Superiore di Sanità, anche tramite voucher sociosanitari da utilizzare per acquistare prestazioni; percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai 21 anni, anche tramite voucher;

---

<sup>13</sup> DG Agricoltura, sovranità alimentare e foreste

<sup>14</sup> DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità

progetti volti a prestare assistenza agli Enti locali, anche associati tra loro, per sostenere l'attività scolastica delle persone con disturbi dello spettro autistico nell'ambito del progetto terapeutico individualizzato e del PEI; progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno (gruppi di cammino, attività musicale, attività sportiva) dedicati agli adulti ad alto funzionamento; progetti che si rivolgono al terzo settore per favorire l'inclusione attraverso attività sociali (sport, tempo ricreativo, mostre); progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa; interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico; progetti sperimentali di residenzialità e per l'abitare supportato finalizzati alla promozione del benessere e alla qualità della vita delle persone con disturbi dello spettro autistico.

Il nuovo finanziamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, di cui al decreto pubblicato il 13 ottobre 2025, sarà l'occasione per programmare dei nuovi interventi in tema di autismo.

In tale direzione va anche la nuova programmazione FSE+ la quale attraverso un finanziamento per il biennio 2026/2027 mira a strutturare un modello di intervento e un sistema di servizi in grado di attuare la riforma introdotta dal D.Lgs n. 62/2024 e, più in generale, approcciare le politiche a favore delle persone con disabilità con un nuovo paradigma, sotto più punti di vista:

- culturale: attuare un cambiamento culturale sia a livello istituzionale sia della comunità, che consenta il passaggio da un approccio orientato alle singole prestazioni alla costruzione di un progetto di vita costituito da risorse economiche e non, pubbliche e private;
- operativo: incrementare le competenze e la capacità degli attori territoriali di lavorare in modo coordinato e garantire un sistema di servizi capillare ed effettivamente rispondente alle esigenze delle persone, in un'ottica di integrazione dei servizi sociali e sociosanitari e di razionalizzazione nell'impiego delle risorse;
- organizzativo: costruire un processo efficace ed efficiente che faciliti la costruzione del progetto di vita e includa un modello di monitoraggio e valutazione in grado di fornire gli elementi utili al passaggio dalla sperimentazione alla messa a regime della riforma.

Altra attenzione particolare è rivolta al potenziamento dei servizi di inclusione educativa e scolastica per gli alunni con disabilità sensoriale nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria e l'attuazione della legge regionale per la promozione della lingua dei segni, nonché la realizzazione dei parchi gioco inclusivi adatti a bambini con disabilità.

Regione Lombardia, confermando l'impegno a favore dell'inclusione scolastica per le persone con disabilità sensoriale, ha adottato fin dal 2017 con DGR n. X/6832 specifiche Linee Guida in attuazione della Legge Regionale 19/20071, a seguito del riordino delle funzioni in capo alle Province disposto con la Legge 56/2014.

Il servizio delle ATS, erogato tramite Enti erogatori qualificati, assicura agli alunni con disabilità sensoriale l'affiancamento di un Assistente alla comunicazione, la fornitura di materiale didattico speciale e, per la disabilità visiva, il servizio tiflogiografico/tifloinformatico. I percorsi sono attivi dalla scuola dell'infanzia alla secondaria di secondo grado, inclusa la formazione professionale, e dal 2024 sono stati estesi in forma stabile anche ai nidi, micronidi e sezioni primavera, con interventi mirati e il coinvolgimento del pedagogo.

Con le linee guida 2025/2026 e 2026/2027 (DGR n. XII/4174 del 07/04/2025 e DGR n. XII/5041 del 29/09/2025) è stato introdotto in via sperimentale il Piano individualizzato LIS per studenti che utilizzano la lingua dei segni, integrato agli altri interventi inclusivi e alle tecnologie assistive. L'attuazione delle linee guida avviene tramite un Avviso pubblico annuale che definisce scadenze e modalità operative per i percorsi ordinari e per i percorsi dedicati ai nidi.

Poiché l'inclusione rappresenta il primo e fondamentale presupposto per garantire pari opportunità alle persone con disabilità lungo tutto il loro percorso di crescita, istruzione e transizione

verso l'età adulta, Regione Lombardia<sup>15</sup> assume come priorità strategica il rafforzamento delle condizioni che consentono agli studenti con disabilità di accedere pienamente alla scuola e ai percorsi di Istruzione e Formazione Professionale (leFP), attraverso interventi personalizzati, continui e coerenti con i loro bisogni educativi.

La Regione opera a fianco dei Comuni e degli Enti di formazione con una pluralità di strumenti finalizzati a sostenere sia la partecipazione attiva degli studenti sia l'organizzazione dei servizi necessari alla loro piena inclusione scolastica e sociale.

Nell'ambito dell'inclusione scolastica e formativa sono state individuate le seguenti azioni strategiche:

#### Dote Disabilità

Costituisce l'asse portante dell'inclusione educativa e formativa. Attraverso questo strumento la Regione garantisce supporti educativi mirati, servizi personalizzati e accompagnamento specialistico, con particolare attenzione agli studenti dei percorsi leFP e della scuola secondaria di secondo grado. La Dote consente di rispondere ai bisogni specifici, favorendo il successo formativo e prevenendo fenomeni di dispersione.

#### Servizi di trasporto e assistenza scolastica

Per rimuovere le barriere logistiche che ostacolano la frequenza regolare, la Regione sostiene – tramite contributi ai Comuni – servizi di trasporto dedicato e assistenza scolastica per studenti con disabilità certificata, sia nella scuola superiore sia nei percorsi leFP. Questi interventi sono essenziali per garantire il diritto allo studio e la fruibilità quotidiana dei percorsi formativi.

#### Percorsi Personalizzati Disabilità (PPD)

Pensati per gli allievi che non possono completare i percorsi ordinari di leFP, i PPD offrono esperienze formative flessibili, centrate su laboratori pratici, tirocini protetti calibrati sui bisogni e sulle potenzialità di ciascun partecipante, e metodologie inclusive. Infatti, sono orientati a sviluppare e potenziare le capacità cognitive, le conoscenze, le competenze professionali e le abilità possedute dagli allievi, a favorire l'inserimento socio-lavorativo e a garantire l'assolvimento del diritto-dovere di istruzione e formazione.

Hanno una durata variabile, definita in funzione del progetto formativo individuale e possono derogare alle percentuali di formazione in contesto lavorativo previste dal sistema duale.

#### Profilo professionale dell'Assistente all'Autonomia e alla Comunicazione (ASACOM)

L'ASACOM rappresenta una figura centrale per assicurare la piena partecipazione degli studenti con maggiori fragilità ai percorsi educativi e formativi. Il relativo standard professionale e formativo è stato definito e approvato con DGR 4498 del 3 giugno 2025, fornendo un quadro unitario di competenze, funzioni e requisiti per l'esercizio del ruolo.

Regione Lombardia sostiene e promuove la diffusione di percorsi formativi qualificati finalizzati a preparare professionisti in grado di offrire un supporto educativo, relazionale e comunicativo altamente specializzato. Il rafforzamento e la piena valorizzazione di questa figura costituiscono un elemento strategico per migliorare la qualità dell'inclusione e garantire risposte adeguate ai bisogni degli studenti con disabilità. Sono stati sostenuti, con risorse regionali assegnate alle ATS, i primi percorsi formativi di base dedicati alla qualificazione di assistente alla comunicazione, per ampliare la platea di professionisti coinvolgibili nella gestione della misura. Alcuni percorsi formativi sono ancora in corso. Nell'arco del triennio 2023-2025 sono stati formati 110 operatori con il rilascio degli specifici attestati di qualifica professionale.

---

<sup>15</sup> DG Istruzione, Formazione e Lavoro

Sono state stanziati ulteriori risorse per la realizzazione di un'ulteriore azione formativa di carattere maggiormente specialistico, finalizzata ad aggiornare gli assistenti alla comunicazione in servizio, con elementi peculiarmente collegati ai fabbisogni diversificati e all'evoluzione del sistema formativo e tecnologico. Ad oggi sono state completate n. 10 edizioni che hanno portato alla conclusione del percorso a favore di n. 201 discenti.

Regione Lombardia<sup>16</sup> promuove la piena inclusione degli studenti con disabilità sostenendo il ruolo del sistema universitario lombardo - costituito da 15 Università, 26 Istituzioni dell'Alta Formazione Artistica e Musicale e 8 Scuole Superiori per mediatori linguistici e con una popolazione complessiva di oltre 330 mila studenti - nella gestione dei servizi per il diritto allo studio universitario e nell'erogazione dei benefici a concorso (borse di studio).

Con riferimento specifico agli interventi per il diritto allo studio destinati agli universitari, gli atti di programmazione regionali relativi ai criteri e alle linee di finanziamento per la concessione delle borse di studio DSU approvati annualmente prevedono, in coerenza con la normativa statale, un incremento dell'importo della borsa di studio DSU fino al 40% in funzione della disabilità di cui lo studente è portatore, al fine di consentire l'utilizzo di protesi e supporti, nonché di tutti gli interventi che agevolino la fruizione dell'attività didattica e lo studio.

È, inoltre, previsto l'esonero dal pagamento di tasse e contributi nonché l'esonero dalla tassa regionale per il diritto allo studio universitario per gli studenti con riconoscimento di persona con necessità di sostegno (articolo 3, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104), o con invalidità pari o superiore al sessantasei per cento.

Le università promuovono lo sviluppo di politiche efficaci per garantire la piena inclusione degli studenti con disabilità in tutte le fasi dei corsi di laurea e favorire il conseguimento del titolo entro la durata legale, attraverso strutture e servizi dedicati che offrono anche attività di orientamento, riorientamento e percorsi personalizzati.

#### 4.1.4. Benessere psicofisico

La programmazione degli interventi rivolti alle persone con disabilità, nell'ambito dello sviluppo delle politiche sociosanitarie regionali, è stata impostata negli ultimi anni nella logica di percorsi unitari e continuativi lungo l'intero arco della vita con particolare attenzione al superamento della frammentazione e compartimentazione statica delle diverse tipologie di intervento, alle fasi di transizione, alla prossimità per sostenere la domiciliarità intesa in senso ampio, ovvero comprensiva dei diversi luoghi di vita che la persona elegge a domicilio.

Elemento focale è infatti la definizione dei progetti individuali, centrati sui bisogni, sulle potenzialità della persona e sull'evoluzione degli stessi, promossi e sviluppati con un'azione corale e integrata da parte di tutti i sistemi (sanitario, sociosanitario e sociale) attraverso il coinvolgimento attivo della persona e della sua famiglia unitamente alla valorizzazione delle risorse del territorio.

Tale impostazione sostiene pertanto la necessità di orientare i percorsi in favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie, spostando il focus dalla dimensione di «cura e protezione» al tema della «inclusione e delle scelte» delle persone, dall'asse delle cure e delle risorse residenziali a quelle del territorio, dalla valutazione dei bisogni di protezione alla condivisione dei percorsi di vita, con la conseguente introduzione di strumenti e strategie che consentano di offrire una risposta unitaria e integrata con la contestuale rimodulazione dell'intera filiera dei servizi/interventi per offrire risposte e prestazioni sociosanitarie e sociali modulabili sulla base dei bisogni della persona nella prospettiva del modello del budget di salute.

---

<sup>16</sup> DG Università, Ricerca, Innovazione

Anche alla luce dell'entrata in vigore della l.r. n. 25/2022 sulla Vita Indipendente e del D.Lgs n. 62/2024 appare sempre più necessario avviare un percorso di riqualificazione del sistema dei servizi seguendo due direttrici complementari: progettazione personalizzata e promozione di servizi capaci di evolversi in coerenza con i bisogni della persona.

In quest'ottica, diventano centrali le indicazioni contenute nelle Regole di Sistema<sup>17</sup> dove si sottolinea la necessità di proseguire il lavoro avviato per lo sviluppo di un nuovo modello di intervento per i servizi rivolti alla disabilità. La revisione/aggiornamento delle delibere istitutive delle diverse tipologie di servizi è infatti finalizzata ad ottimizzare "i luoghi e le competenze" sulla base di progettazioni personalizzate, capaci di migliorare in modo significativo il benessere e la qualità della vita delle persone con un coinvolgimento del contesto sociale, all'interno di un sistema che garantisca soluzioni più flessibili e sostenibili salvaguardando la specificità dei diversi percorsi da attivare in ragione della complessità dei bisogni delle singole persone e della loro evoluzione nel tempo.

Gli atti normativi citati rappresentano uno snodo fondamentale per una riforma dell'intero sistema di servizi. L'obiettivo è creare un raccordo efficace tra le diverse aree di intervento – sanitaria, sociale, educativa e lavorativa – valorizzando le risorse già disponibili e attivando percorsi sempre più rispondenti alle esigenze specifiche delle persone e delle loro famiglie e alle peculiarità dei territori.

Il processo prende avvio dagli strumenti di programmazione sociale e sociosanitaria (PPT e PdZ) e si sviluppa attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA) presso le Case di Comunità, i Centri per la famiglia, i Centri Antiviolenza e i Centri per la Vita Indipendente.

Questo approccio integrato consente una visione olistica della persona, centrata non solo sul benessere ma anche sul suo contesto di vita, superando così un approccio puramente erogativo e prestazionale.

Partendo dalle esperienze sviluppate nel periodo Covid derivate da un adattamento delle DGR n. 3183/2020 "ART. 8 DPCM 26 aprile 2020 come modificato dall'art. 9 del DPCM del 17 maggio 2020: Avvio fase due servizi semiresidenziali per persone con disabilità" e n. 5320/2021 "Indicazioni per l'accesso alle unità di offerta socioassistenziali e per lo svolgimento delle attività nelle unità di offerta sociali rivolte alle persone con disabilità a carattere diurno - servizio formazione all'autonomia per persone disabili (SFA) e centro socio educativo (CSE)", che hanno consentito di ampliare il mandato dei centri diurni con modalità flessibili (in termini di orari, luoghi e attività), è possibile pensare di promuovere percorsi sperimentali a livello territoriale che definiscano un nuovo perimetro operativo del sistema dei servizi attraverso un'evoluzione graduale dei modelli di risposta.

Obiettivo core sarà lo sviluppo ed il consolidamento di un sistema di presa in carico delle persone con disabilità da parte di tutte le articolazioni delle ASST interessate, ed in particolare dell'area territoriale, in una logica di integrazione, collaborazione e coordinamento trasversale sia interno che con gli interlocutori esterni al fine di assicurare che in tutte le fasi del percorso – dalla valutazione di base, alla valutazione multidimensionale, alla definizione e attuazione del progetto di vita individuale, personale e partecipato – la dimensione salute rientri in una visione unitaria e sinergica dei diversi ambiti (istruzione, formazione, lavoro, abitare, relazioni sociali e tempo libero) che compongono l'esistenza di una persona.

Tale impostazione, in coerenza con i principi e il disegno attuativo della Legge Delega Anziani e del successivo D.Lgs 62/2024, sarà ulteriormente sviluppata e potenziata nell'arco temporale del

---

<sup>17</sup> DG Welfare

presente PAR attraverso una pluralità di interventi sia di natura trasversale che dedicati a specifiche aree tematiche/target come di seguito dettagliato.

Riorganizzazione dei servizi per le persone con disabilità, in relazione all'evoluzione dei loro bisogni e individuazione di modelli innovativi

Nell'ambito dei servizi per le persone con disabilità è in atto una riflessione sulla necessità di allargare l'attenzione da una risposta strettamente sanitaria assistenziale a interventi che facciano riferimento alla persona nel suo complesso, e soprattutto ai suoi aspetti relazionali. Elemento cardine di questo percorso è un approccio che deve basarsi sui bisogni, in cambiamento, di queste persone per poi armonizzare le risposte e la rete dei servizi. A tal fine viene, quindi, previsto di proseguire, all'interno del quadro normativo esistente, l'iter che porti, da un lato, a introdurre nuovi servizi e modelli innovativi per i nuovi bisogni, e, dall'altro, a rimodellare i servizi esistenti.

Alla luce di quanto sopra espresso risulta essenziale avviare un'analisi tesa a verificare la rispondenza dei requisiti di accreditamento (definiti nei primi anni 2000) agli attuali bisogni e definire nuovi e più appropriati standard secondo una logica di rete e di filiera.

Nell'ambito dei servizi, soprattutto residenziali, per le persone con disabilità l'obiettivo da perseguire è quello di garantire alle persone ospiti e ai loro familiari (che partecipano comunque alla vita della comunità in cui vive il proprio congiunto) la migliore qualità di vita possibile. Si tratta di un nuovo paradigma che vede le strutture residenziali per persone con disabilità essere anche al centro di relazioni con il territorio circostante, in un'ottica inclusiva, che miri a costruire un "progetto di vita" personalizzato per queste persone e per le loro famiglie all'interno di una rete di servizi che in modo sussidiario e complementare si attivi sul progetto della persona.

In particolare, si evidenzia la necessità di riordinare le strutture residenziali con particolare riferimento alla CSS, definita nel 2024 quale *"Comunità alloggio socioassistenziale autorizzata al funzionamento che essendo disponibile anche all'accoglienza di persone adulte con grave disabilità prive di sostegno familiare ed essendo stata scelta dall'utente come sua dimora abituale, sia accreditata al sistema socio sanitario regionale"*. Risulta evidente che tale definizione deve essere rivista anche alla luce delle diverse tipologie di intervento attivabili in favore delle persone con disabilità, ed in primis quelle previste dal Dopo di Noi al fine di definire percorsi che, in ragione dei diversi livelli di bisogno, siano flessibili, modulabili, integrati ed appropriati.

Sempre nell'ambito della residenzialità sarà altresì valorizzato il servizio residenziale terapeutico-riabilitativo a media intensità per minori (SRM ai sensi dell'art 32 DPCM del 17/01/2017) di cui alla D.G.R. n. 7768/2018 (al momento sono presenti solo 5 strutture) nell'ottica di una crescente modularità dell'offerta ed al fine di pervenire ad un pieno impiego delle risorse già destinate allo stesso.

Nella medesima direzione viene altresì prevista la definizione di una collocazione organica dei servizi sociosanitari di riabilitazione per l'età evolutiva all'interno della rete dei Servizi dedicata ai disturbi dello sviluppo neuropsichico dell'infanzia e dell'adolescenza (servizi di NPIA, IRCCS e Centri di riabilitazione per l'età evolutiva, accreditati ed a contratto) nell'ambito della revisione del sistema di riabilitazione con la definizione di una specifica offerta di riabilitazione sociosanitaria nell'area diurna e ambulatoriale. Tale azione, in linea con l'art. 25 del DPCM 12 gennaio 2017 che per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo prevede la presa in carico multidisciplinare e l'attuazione di programmi terapeutici personalizzati e differenziati per intensità, complessità e durata che includono setting diversi, sarà sviluppata attraverso la definizione di un sistema modulare che rispecchia tali caratteristiche.

Nell'ambito di tale azione si prevede un iter progressivo di conclusione delle sperimentazioni RIA Minori, Counseling Autismo e Case Management i cui modelli saranno inclusi nella suddetta definizione al fine di valorizzare gli elementi innovativi sostenuti dalle stesse.

Pertanto, vengono evidenziate le seguenti Azioni Prioritarie

- Istituzione di un gruppo di lavoro tecnico ristretto all'interno del Tavolo inter-direzionale disabilità che lavori in sinergia con il Gruppo di lavoro multiprofessionale regionale per le attività di supporto tecnico alla U.O. Polo Territoriale.
- Elaborazione nel corso del 2026 di una proposta di rimodulazione dei servizi residenziali con particolare riferimento alle CSS.
- Conclusione delle sperimentazioni RIA Minori, Counseling Autismo e Case Management con l'inclusione nell'attuale assetto dell'area della riabilitazione età evolutiva.
- Definizione di specifica unità di offerta di riabilitazione in area diurna ed ambulatoriale in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo.
- Riconversione di tutte le UdO di riabilitazione in area diurna e ambulatoriale nella nuova unità di offerta.

L'implementazione delle azioni sopra illustrate concorreranno a raggiungere i seguenti impatti sulle persone:

- Maggiore continuità nei percorsi scelti dalle persone con disabilità.
- Inclusione sociale e relazionale come obiettivo dei progetti di vita personalizzati.
- Miglioramento della qualità di vita delle famiglie coinvolte, grazie a percorsi integrati.
- Maggiore appropriatezza dei percorsi di riabilitazione in area diurna ed ambulatoriale rivolti a minori/giovani adulti in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo.
- Incremento della diffusione territoriale dell'offerta ambulatoriale e diurna e quindi maggiore prossimità e migliore accessibilità ai percorsi riabilitativi.

#### Individuazione di modelli innovativi

##### A) SPERIMENTAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE IN UDO SOCIALI DIURNE E RESIDENZIALI:

L'evoluzione dei bisogni, dei contesti e delle caratteristiche delle persone con disabilità e delle loro famiglie, nonché il mutato quadro normativo e regolativo dei servizi, sta accompagnando, anche culturalmente, l'affermarsi di una diversa concezione degli stessi sempre più orientata in chiave inclusiva e volta alla creazione di luoghi di vita concepiti per promuovere l'inclusione delle persone con disabilità e la qualità della vita nelle sue diverse dimensioni. In tale prospettiva servizi e interventi devono integrarsi sinergicamente per rispondere in modo flessibile ai nuovi bisogni individuando soluzioni innovative più funzionali ai percorsi di vita delle persone.

In questa direzione, nel 2024 è stato avviato un lavoro congiunto tra DG Welfare e DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità per sperimentare l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie all'interno delle Unità di Offerta (UdO) sociali diurne e residenziali. L'obiettivo è definire modalità che consentano di soddisfare i bisogni socio-sanitari non prevalenti direttamente nella rete dei servizi sociali, garantendo risposte integrate e riducendo la necessità per la persona di rivolgersi a più interlocutori.

Tale strategia consentirà di ottenere una maggiore continuità nei percorsi scelti dalle persone con disabilità; inclusione sociale e relazionale come obiettivo dei progetti di vita personalizzati; miglioramento della qualità di vita delle famiglie coinvolte, grazie a percorsi integrati.

B) PERCORSI DI PRESA IN CARICO DELLE PERSONE AFFETTE DA MALATTIE NEUROMUSCOLARI/NEURODEGENERATIVE E/O PATOLOGIE DEL MOTONEURONE E/O CEREBROLESIONI ACQUISITE:

L'ambito delle malattie rare è attenzionato da Regione Lombardia in tutte le fasi principali di intervento: prevenzione, diagnosi, percorsi assistenziali e di presa in carico, trattamenti e riabilitazione, come indicato dal Piano Nazionale Malattie Rare. Attraverso il centro di coordinamento regionale per le Malattie Rare, la rete dei presidi, i centri di eccellenza facenti capo, a loro volta, alle ERN (European Reference Networks for rare diseases) e la collaborazione con le associazioni dei pazienti, vengono coordinate tutte le azioni necessarie per il miglioramento del percorso di cura olistico dei pazienti, grazie a una migliore accessibilità ai servizi e alle prestazioni di cura.

Con specifico riferimento ai percorsi in favore delle persone affette da malattie neuromuscolari/neurodegenerative, l'Organismo di Coordinamento della Rete delle Neuroscienze, attivo dal 2019, ha approvato il Piano di Rete che individua tra gli obiettivi prioritari il censimento e la definizione del modello organizzativo delle reti lombarde per le Malattie demielinizzanti inclusa la Sclerosi multipla.

È stato individuato uno specifico tavolo tecnico finalizzato alla revisione del Documento per la definizione dei percorsi di presa in carico della persona affetta da sclerosi multipla e caratteristiche organizzative della rete dei centri di riferimento approvato nel 2017.

L'attuale metodologia di gruppi di lavoro, composti dalle figure rappresentative della multidisciplinarietà coinvolta nel percorso assistenziale del malato, è coerente con gli obiettivi specifici relativi alla sclerosi multipla individuati nel PDTA nazionale AGENAS.

In tale prospettiva nell'ambito della D.G.R. n. 4481 del 03/06/2025 è stata promossa l'attivazione di progettualità che prevedono la definizione di percorsi di presa in carico delle persone affette da malattie neuromuscolari/neurodegenerative e/o patologie del motoneurone e/o cerebrolesioni acquisite anche con la collaborazione di centri clinici specializzati.

Obiettivo principale è quello di istituire un percorso per la presa in carico di tali persone e la definizione di setting assistenziali innovativi, in grado di rendere effettiva la diminuzione dei tempi di ospedalizzazione, dei costi conseguenti e in grado di istituire processi di formazione del familiare e del caregiver anche al fine di favorire il rientro al domicilio della persona.

Ogni progettualità dovrà prevedere indicatori di monitoraggio, di risultato e di esito al fine di permetterne, a conclusione, una analisi che comporterà la messa a sistema di quelli che avranno avuto un esito positivo ed efficace.

#### Disabled Advanced Medical Assistance (DAMA)

I dati in letteratura mostrano che le persone con disabilità presentano un carico di multi-morbidità maggiore rispetto alla popolazione generale, con età di esordio molto più precoce, oltre che aspettativa di vita inferiore di circa 20 anni rispetto alla popolazione generale, con un tasso di cosiddette morti evitabili molto maggiore rispetto alla popolazione generale. Questa differenza è determinata da cause di vario ordine: maggiori fattori di rischio nello stile di vita, peggiori determinanti sociali, peggiore assistenza sanitaria sia in termini di accessibilità sia come peggiori *outcome* delle degenze ospedaliere.

Con particolare riferimento alle differenze correlate all'assistenza sanitaria, risulta dunque fondamentale applicare il principio dell'accomodamento ragionevole, previsto dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

La legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e s.m.i. "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*" all'art. 2 indica infatti tra i principi a cui la programmazione, la gestione e l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR) sono chiamate a conformarsi il "*rispetto e promozione del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità, anche*

*attraverso la previsione, all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie, di percorsi di accoglienza per l'assistenza medica avanzata e la cura delle persone con disabilità preferibilmente attraverso modelli organizzativi già consolidati"* - comma n. octies.

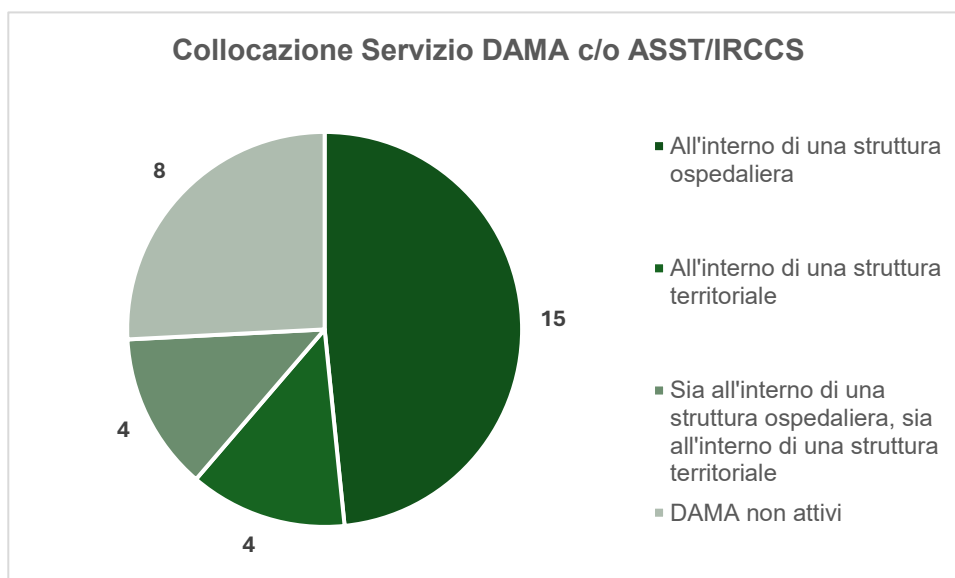
Il modello DISABLED ADVANCED MEDICAL ASSISTANCE (DAMA) rappresenta un sistema di presa in carico e risposta ai bisogni di salute delle persone con disabilità complessa e/o cognitivo relazionale, non necessariamente correlati alla causa di disabilità.

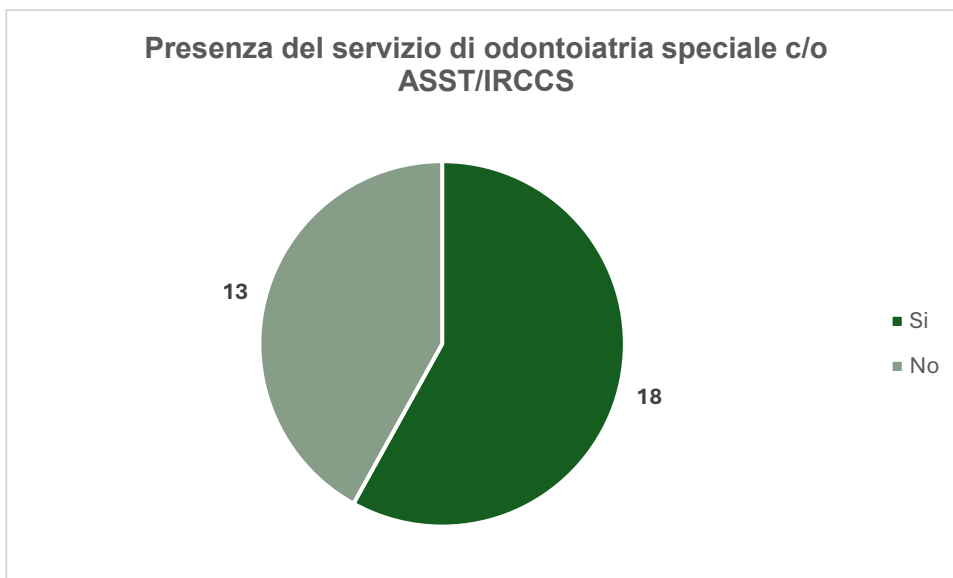
L'adattamento in ambito sanitario di ambienti, organizzazione e procedure alle necessità delle persone con disabilità opera, infatti, nella direzione di superare in ambiente sanitario le barriere di tipo architettonico, organizzativo e culturale che costituiscono una discriminazione nell'accesso alle cure su base di uguaglianza per le persone con disabilità. Esso risulta pertanto coerente con la necessità che i percorsi diagnostici e terapeutici per le patologie mediche e chirurgiche prevedano attenzioni mirate alle persone con disabilità sia a livello ambulatoriale, sia durante gli eventuali ricoveri, sia in Pronto Soccorso, per minimizzare le possibili conseguenze negative sul disturbo di base e facilitare la gestione diagnostica e terapeutica complessiva delle patologie co-occorrenti.

In attuazione alle sopra richiamate indicazioni nazionali e regionali, ad esito di un lavoro avviato negli anni scorsi in collaborazione con il Centro DAMA dell'ASST Santi Paolo e Carlo, attivo da più di 25 anni, Regione Lombardia intende estendere il modello DAMA già consolidato su tutto il territorio favorendone il consolidamento e la messa a sistema (sul modello delle unità di offerta). Verrà pertanto costituito uno specifico gruppo di lavoro al fine di pervenire alla definizione di modalità organizzative omogenee in considerazione dell'attuazione del D.M. 77/2022 ed all'implementazione dei suddetti servizi in tutti i territori.

Tale lavoro sarà avviato a partire dal quadro di riferimento emerso dalla prima ricognizione, che a fine 2024 ha rilevato la presenza sul territorio regionale di un totale di n. 23 ASST/Fondazioni IRCCS pubbliche con DAMA attivi rispetto al totale di 31 ASST/Fondazioni IRCCS pubbliche.

L'indagine successiva, condotta nel settembre 2025, ha confermato la dimensione numerica rilevata nel 2024 consentendo però di acquisire ulteriori informazioni, tra cui la rilevazione della presenza del servizio di odontoiatria speciale, come illustrato nei seguenti grafici:





Interventi a favore di persone con disabilità che vivono al proprio domicilio con necessità di sostegno intensivo elevato e molto elevato

Nell'ottica di rinforzare le azioni sostenute dal Piano Regionale per la Non Autosufficienza<sup>18</sup> in favore delle persone con disabilità che vivono al proprio domicilio e che hanno necessità di sostegno intensivo elevato e molto elevato, al fine di un consolidamento e potenziamento della presa in carico personalizzata, con il FSR sono stati attivati da alcuni anni interventi diretti rivolti sia alla persona che al suo caregiver.

In particolare, due sono le linee di intervento sviluppate, una con i voucher sociosanitari rivolti a tutte le persone rientranti nelle condizioni previste dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza ed una specificatamente rivolte alle persone con disturbi dello spettro autistico di cui al livello previsto dal suddetto Piano.

I beneficiari del voucher sociosanitario e del voucher autismo costituiscono un target che registra un trend di crescita costante.

L'iter relativo al Voucher Autismo, già oggetto di revisione con la conseguente definizione di una sua specifica declinazione e gestione, e di successive azioni di potenziamento, rimane confermato. In merito al voucher sociosanitario, nel corso del 2024 è stata avviata un'azione congiunta tra le Direzioni Generali Welfare e Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, per monitorare gli interventi sostenuti da tali voucher attraverso un coordinamento con le ATS nell'ottica di un utilizzo più appropriato degli stessi e della loro integrazione con l'insieme degli interventi che compongono i progetti individuali.

Tale percorso sarà ulteriormente sviluppato in sinergia e coerenza con la prevista impostazione del Programma Operativo Regionale riferito al Fondo Non Autosufficienza esercizio 2025 che, come richiesto dal PNNA 2022/2024, accompagnerà il percorso verso il rafforzamento delle azioni legate all'attuazione del LEPS di Processo e l'attuazione dei LEPS di erogazione: una graduale implementazione dell'erogazione dell'assistenza diretta a supporto del caregiver familiare e riconferma dell'assistenza indiretta (trasferimenti monetari) in presenza di personale di assistenza regolarmente impiegato.

---

<sup>18</sup> DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità e DG Welfare

Tra le azioni prioritarie identificate vi sono la ridefinizione dei voucher sociosanitari in ordine alle modalità e tempi di erogazione e lo sviluppo di un nuovo strumento di valutazione del bisogno/carico assistenziale per orientare in modo più efficace l'erogazione del voucher sociosanitari.

#### Percorsi per comportamenti-problema nell'ambito della disabilità:

La vita delle persone con disabilità può impattare con un problema che emerge progressivamente con sempre maggior frequenza soprattutto nell'età adolescenziale e adulta, ovvero le crisi comportamentali, per cui è necessario individuare e attuare percorsi per la gestione intensiva in fase acuta e post-acuta.

Per la gestione di tali emergenze comportamentali la D.G.R. n. 1513/2023 ha definito due distinti livelli da riconoscere a titolo di Indice di Complessità Assistenziale (I.C.A) stratificandone la relativa condizione anche in funzione dell'appropriata presa in carico da parte di CSS e RSD e tenendo conto anche della possibile relativa dinamica evolutiva legata all'esito in termini di efficacia degli interventi nel tempo attuati.

Il primo livello ICA è stato già disposto con il medesimo atto per le CSS e le RSD, mentre per la definizione del secondo livello ICA nelle RSD la D.G.R. n. 2229/2024 ha indicato il percorso attuativo con l'individuazione degli steps finalizzati a sostenere l'appropriata presa in carico di ospiti con comportamenti-problema qualificabili come casistica di secondo livello di complessità.

Tale azione è strettamente correlata allo sviluppo del progetto regionale, approvato con D.G.R. n. 3688 del 20/12/2024, sviluppato con il Fondo Nazionale Autismo annualità 2023 e 2024 che ha quale obiettivo l'attivazione di una rete per le emergenze comportamentali con l'istituzione di Equipe Dedicata per le Emergenze Comportamentali e tre diversi livelli di servizi/contesti capaci di rispondere al tema della acuzie comportamentale, della stabilizzazione comportamentale e del mantenimento del comportamento.

Tra le azioni prioritarie vi è la definizione di percorsi specifici per le persone con disabilità con disturbi comportamentali a livello ambulatoriale, semi residenziale e residenziale in una logica di gradualità e modularità; la qualificazione e il potenziamento dell'assistenza alle persone con disabilità con gravi disturbi comportamentali in risposta alla domanda crescente.

In conclusione, le recenti programmazioni regionali delineano un modello integrato e progressivo per la gestione delle emergenze comportamentali, rafforzando la costruzione di una rete dedicata, capace di rispondere in modo graduato alle fasi di acuzie, stabilizzazione e mantenimento.

Nel complesso, tali interventi mirano a qualificare e potenziare l'offerta dei servizi, garantendo risposte più efficaci e coerenti ai bisogni complessi delle persone con disabilità e gravi disturbi comportamentali.

La promozione della qualità della vita delle persone con disabilità passa anche attraverso il riconoscimento del ruolo essenziale svolto dal caregiver familiare nel prendersi cura di un proprio caro, offrendogli supporto quotidiano sia fisico che emotivo; è una figura "competente", capace di interpretare bisogni sanitari, sociali ed educativi, nonché di orientarsi nei canali istituzionali per attivare servizi specifici. Il caregiver familiare funge da "cerniera" tra la persona e il sistema dei servizi sociosanitari e socioassistenziali. Questo servizio/lavoro di cura, svolto spesso in modo gratuito e con grande dedizione, rappresenta un pilastro fondamentale del sistema di assistenza, contribuendo significativamente a ridurre il ricorso a strutture residenziali e favorendo la permanenza della persona nel proprio contesto familiare e affettivo.

In attuazione della Lr 23/2022 con decreto n. 13201/2023 è stata ampliata l'offerta formativa regionale rivolta alla individuazione delle competenze del profilo del caregiver familiare.

Tra le politiche riconosciute a supporto del caregiver familiare ricordiamo i diversi centri, sportelli o attività associative, presso i quali lo stesso può accedere a consulenza psicologica, orientamento ai servizi, gruppi di sollievo e sollievo temporaneo, contrastando il rischio di isolamento, stress e aggravamento del carico emotivo.

Per migliorare la qualità di vita delle persone con disabilità sensoriale, in attuazione dell'articolo 41 della Lr n. 1/2008, la Regione<sup>19</sup> riconosce alle associazioni che forniscono gratuitamente ai non vedenti residenti in Lombardia cani guida appositamente addestrati contributi a fondo perduto per attività finalizzate all'allevamento, alla crescita, all'addestramento di cani guida, a partire dalla nascita fino alla consegna a persone non vedenti.

A partire dal 2025 Regione Lombardia ha deciso di porre una peculiare attenzione alla presa in carico delle donne con disabilità e vittime di violenza.

Partendo dalla constatazione di una esigenza di maggiore accessibilità dei luoghi sia in termini strutturali sia in termini di personale adeguatamente formato sono stati stanziati più di 3,5 milioni di euro per la creazione di una rete di soggetti specializzati sul territorio che fungano da punto di riferimento per tutte le donne sul territorio.

A partire da Gennaio 2026 verranno finanziati progetti su ogni territorio delle ATS lombarde volti a identificare i centri anti violenza e le case rifugio che permetteranno alle donne con disabilità vittime di violenza di trovare un luogo sicuro ove potersi rivolgere per ricevere gratuitamente assistenza legale e psicologica e dove, se necessario, trovare un alloggio sicuro e adatto alle loro esigenze.

Regione Lombardia<sup>20</sup> riserva da sempre un'attenzione particolare alle persone e agli atleti con disabilità affinché possano cimentarsi nelle discipline sportive prescelte; è ormai noto, infatti, come la pratica sportiva rappresenti uno strumento fondamentale di inclusione e integrazione, oltre che di prevenzione sanitaria in quanto contribuisce alla promozione e diffusione di stili di vita sani sin da piccoli, con particolare beneficio psico-fisico per le persone con disabilità.

Tale attenzione si concretizza in alcune iniziative specifiche, quali:

- la "Dote Sport" (Art. 5 Lr 26/2014): contributo per sostenere le attività sportive dei figli tra i 6 e i 17 anni, con una riserva del 10% della dotazione finanziaria e specifiche agevolazioni a favore dei nuclei familiari con minori con disabilità;
- specifici accordi di collaborazione stipulati con il Comitato Italiano Paralimpico Lombardia (CIP), per il sostegno a percorsi di avviamento allo sport per persone con disabilità, in un'ottica di benessere psico-fisico, crescita della persona e inclusione sociale. Riconoscendo il valore dello sport come strumento di riabilitazione, in grado di favorire il raggiungimento di una piena consapevolezza di sé e delle proprie potenzialità, il progetto punta a promuovere la pratica con percorsi sportivi personalizzati, tenuto conto dello stato di salute e delle esigenze del singolo atleta, al termine dei quali viene incentivato il tesseramento alla Federazione, affinché l'attività prosegua con benefici di medio-lungo periodo.

---

<sup>19</sup> DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità

<sup>20</sup> UO Sport e Giovani

Per tutti i bandi a sostegno del sistema sportivo lombardo (attività ordinaria e manifestazioni sportive) è prevista una riserva finanziaria a favore del mondo paralimpico mentre i grandi eventi sportivi paralimpici beneficiano di un punteggio premiale dedicato.

## 4.2. Il sistema di monitoraggio

Il sistema di monitoraggio del Piano di Azione Regionale per la Disabilità 2026–2028 si configura come un dispositivo dinamico di osservazione, analisi e apprendimento continuo, finalizzato a garantire la coerenza tra gli obiettivi strategici del PAR e l'evoluzione effettiva della rete dei servizi, degli interventi e delle progettualità territoriali. Nel triennio di riferimento, il monitoraggio assume la forma di una valutazione di processo, orientata a verificare la capacità del sistema regionale e territoriale di attuare in modo progressivo e coordinato le azioni previste, nonché di consolidare un approccio integrato al sostegno ed alla presa in carico delle persone con disabilità.

Per **valutazione di processo** si intende l'insieme delle attività di analisi volte a rilevare come le azioni e gli interventi vengano effettivamente implementati, con quale grado di efficienza, coerenza, partecipazione e integrazione tra i diversi attori istituzionali e sociali. Essa non misura ancora gli esiti o gli impatti prodotti sulle persone e sui contesti, ma si concentra sul funzionamento del sistema e della rete dei servizi, sui meccanismi organizzativi, sulle modalità di collaborazione interistituzionale e sull'efficacia delle procedure attivate per perseguire gli obiettivi strategici del Piano.

Tali obiettivi, individuati nei quattro pilastri fondamentali del PAR – accessibilità e fruibilità, inclusione, benessere psicofisico, autonomia e autodeterminazione – costituiscono il quadro di riferimento per la definizione delle dimensioni di osservazione e dei relativi indicatori. Durante il triennio, quindi, il sistema di monitoraggio si propone di documentare in primis il processo evolutivo di infrastrutturazione del rinnovato assetto operativo interistituzionale territoriale, evidenziando in che modo i servizi, le reti territoriali e i processi di creazione e gestione delle équipe multiprofessionali evolvano nel tempo per garantire una maggiore accessibilità e fruibilità dei servizi stessi, dei supporti e delle misure, nonché condizioni di vita più accessibili, inclusive e orientate al benessere psico-fisico delle persone con disabilità.

Oltre all'avvio della valutazione di processo, nel triennio 2026-2028, la priorità è anche la costruzione di un'infrastruttura metodologica e informativa regionale che consenta, nei successivi cicli di programmazione, il passaggio dalla valutazione di processo verso due ulteriori livelli di analisi:

- la valutazione di esito (output), finalizzata a misurare i risultati diretti e immediati delle azioni realizzate (ad es. numero di persone raggiunte, servizi innovativi, percorsi di vita indipendente avviati, ...);
- la valutazione di impatto (outcome), orientata a comprendere gli effetti più ampi e duraturi prodotti dal Piano sui quattro obiettivi strategici (accessibilità e fruibilità, inclusione, benessere psicofisico, autonomia e autodeterminazione delle persone con disabilità).

Il sistema di monitoraggio del PAR, nel triennio 2026–2028, assume quindi una duplice funzione: da un lato, garantire la verifica del processo di implementazione delle azioni regionali e territoriali e del livello di integrazione e personalizzazione raggiunto dal sistema; dall'altro, preparare la base conoscitiva e metodologica per le successive valutazioni di esito e di impatto, finalizzate a misurare in modo sistematico e comparabile l'effettiva capacità del PAR di generare benessere nelle vite delle persone con disabilità e dei loro familiari.

In tale prospettiva, in linea con l'analisi trasversale (cfr. § 3) e con le più recenti trasformazioni normative a cui si ispira il presente Piano, la valutazione di processo si concentrerà sui seguenti ambiti e indicatori:

1. *processi necessari a supportare la progettazione individualizzata e personalizzata in ottica multidimensionale e a valorizzare la partecipazione della persona con disabilità.*

Indicatori:

- % presenza congiunta componente sociale dell'ambito e componente sanitaria di ASST in UVM sul totale delle équipe UVM

- presenza di procedure condivise all'interno delle ATS che prevedono il coinvolgimento della PCD nelle diverse fasi (valutazione multidimensionale, stesura del progetto di vita, monitoraggio e valutazione degli esiti dei progetti individualizzati)
  - % UVM che utilizzano protocolli di collaborazione interistituzionale che definiscono le modalità di funzionamento e di collaborazione tra ambiti e ASST sull'équipe di valutazione multidimensionali sul totale delle UVM
  - % UVM la cui composizione prevede il coinvolgimento di ulteriori figure professionali, rappresentanti del territorio (medici specialisti, enti del Terzo settore, referenti di servizi pubblici, privati e informali, Centri di vita indipendente, ...), sul totale delle UVM
  - % UVM che utilizzano strumenti validati per la valutazione delle aspettative personali nell'ottica del miglioramento della qualità della vita (con specifica degli strumenti utilizzati) sul totale delle UVM
  - % PUA sede di valutazione integrata che operano sulla base di protocolli integrati sottoscritti con la rete di intervento sul totale dei PUA
2. *Processi di governance a supporto della integrazione interistituzionale e tra pubblico, privato e privato sociale.*

Indicatori:

- N. corsi di formazione interprofessionali/interistituzionali, suddivisi per ciascun livello territoriale (ATS/Ambiti/ASST), dedicati alla promozione di competenze collaborative e integrazione tra professionisti dei diversi ambiti (sanitario, sociale, educativo, formativo) per la presa in carico integrata, con i seguenti livelli di approfondimento: (1) N. corsi che trattano il paradigma della qualità della vita; (2) N. corsi che coinvolgono realtà territoriali di TS e delle associazioni di rappresentanza; (3) N. corsi che coinvolgono le persone con disabilità e le loro famiglie
- N. luoghi di confronto specifici sulla disabilità attivati sui diversi livelli territoriali che prevedono la partecipazione effettiva e continuativa di associazioni di persone con disabilità o ETS, di cui: (1) tavoli territoriali; (2) gruppi tematici di lavoro
- Grado di copertura territoriale dei protocolli di intesa e/o linee guida adottate a livello territoriale (ATS/ASST, di Ambito, di Provincia) con specifici approfondimenti sull'integrazione

## 5. Gli strumenti

### 5.1. Algoritmo per la classificazione della disabilità

#### 5.1.1. Riferimenti normativi e basi progettuali

L'impianto metodologico che ATS Milano ha elaborato per riconoscere e analizzare il fabbisogno assistenziale delle persone con disabilità nasce dall'esigenza, posta a livello nazionale dai decreti attuativi della legge 227/2021 e in particolare dal D.Lgs 62/2024, di superare la tradizionale lettura puramente amministrativa del fenomeno e di ancorarla alla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute.

La scelta di adottare l'ICF-2018 come architrave consente infatti di rappresentare la limitazione funzionale attraverso la struttura anatomica coinvolta e la funzione compromessa, offrendo una base comune sia per la programmazione sanitaria sia per la valutazione degli accomodamenti ragionevoli e dei progetti di vita individuali.

Da tutte queste considerazioni è nato il progetto promosso dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari opportunità di Regione Lombardia e sviluppato dall'Unità di Epidemiologia di ATS Milano che ha permesso di strutturare un sistema di identificazione della popolazione con disabilità, basato su un algoritmo alimentato dai sistemi di data-warehouse, nel rispetto dei principi di minimizzazione, pseudonimizzazione e privacy-by-design, che possa essere costantemente aggiornato e utilizzato a scopi programmatori e di valutazione. La progettualità ha permesso di differenziare i bisogni in base alla patologia soggiacente, alla tipologia di compromissione, all'evoluitività della condizione e all'eventuale compresenza di patologie croniche, con finalità esclusivamente di programmazione sanitaria e con dati pseudonimizzati.

#### 5.1.2. Lo sviluppo dell'algoritmo

Il percorso di definizione dell'algoritmo si dispiega in due fasi complementari che dialogano con l'intero patrimonio informativo dei data-warehouse disponibili presso le ATS. Nella prima fase sono stati esplorati i flussi sociosanitari – archivi esenzioni, riabilitazione semiresidenziale e residenziale, prestazioni in unità d'offerta per persone con disabilità, assistenza domiciliare, rilevazioni economiche di ADI e RSA, già misure B1-B2 e Fondo "Dopo di noi" – per individuare diagnosi potenzialmente correlate a disabilità. Due revisori indipendenti hanno filtrato oltre novemila codici ICD-9-CM, isolandone poco più di un migliaio pertinenti. A ciascun codice è stata poi attribuita la coppia struttura-funzione prevista dall'ICF; la griglia è stata arricchita con le classi "malattie rare" e "invalidità con accompagnamento" ogniqualvolta un codice rimandasse a una patologia a bassa prevalenza o a un provvedimento di indennità.

La seconda fase ha sfruttato gli stessi codici per analizzare in forma pseudonimizzata i flussi sanitari correnti – schede di dimissione ospedaliera, specialistica ambulatoriale, prescrizioni di farmaci anticolinesterasici – così da includere soggetti mai transitati nei canali sociosanitari ma portatori di una condizione disabilitante. In parallelo sono stati integrati quei flussi privi di diagnosi esplicita ma inequivocabilmente indicativi di disabilità, come la protesica maggiore e minore, gli ausili per incontinenza o le carrozzine, nonché le rendicontazioni specifiche di neuropsichiatria infantile. La convergenza di questi percorsi ha prodotto una coorte che viene ulteriormente qualificata secondo la presenza di ausili, di sola evidenza clinica, di esenzione con accompagnamento o di comorbilità croniche desunte dalla Banca Dati Assistiti.

Il modello non si limita a enumerare i casi; per ogni residente individuato assegna la data di prima manifestazione nei flussi, consentendo analisi di prevalenza e incidenza temporale e, soprattutto, la valutazione dinamica dei costi sanitari e sociosanitari.

L'applicazione su molti anni consecutivi (2018-2024) ha mostrato come la quota di popolazione disabile passi dal 5,8% nel 2018, a 8,4% nel 2022, a 9,8% nel 2024 con un peso crescente delle disfunzioni del sistema nervoso e delle funzioni mentali e un progressivo spostamento delle risorse

dalla componente ospedaliera a quella sociale e domiciliare man mano che si dilata l'intervallo dalla diagnosi.

La validazione clinica degli abbinamenti struttura-funzione è stata garantita da un panel regionale che ha validato la corrispondenza tra codici e domini ICF, assicurando al contempo la generalizzabilità dell'algoritmo.

Grazie a questa architettura, l'algoritmo diventa un dispositivo di monitoraggio epidemiologico continuo che analizza i bisogni della popolazione in funzione della patologia sottostante, dell'evoluitività della condizione, dell'uso di ausili e della concomitanza di cronicità; permette di stimare l'impatto economico delle diverse tipologie di disabilità; fornisce evidenze utili a tarare i livelli essenziali di assistenza e a orientare le risorse verso percorsi di cura e inclusione più appropriati. In tal modo risponde tanto alle richieste di conoscenza epidemiologica della Missione 5 del PNRR quanto alle necessità operative di chi, sul territorio, deve progettare interventi capaci di rimuovere le barriere che ancora ostacolano la piena partecipazione delle persone con disabilità alla vita sociale.

### 5.1.3. Diffusione e sviluppo dell'algoritmo

Gli indirizzi di programmazione del Servizio Sanitario Regionale per il 2025 hanno fatto propri i risultati dell'esperienza di ATS Milano e ne hanno sancito la messa a fattor comune: nel capitolo dedicato alla ricerca-azione, il documento di indirizzo invita esplicitamente le Unità di Epidemiologia di tutte le ATS lombarde a lavorare in rete, con priorità ai progetti del Piano Socio-Sanitario Regionale che riguardano la disabilità. In coerenza con questa linea strategica, l'Unità di Epidemiologia di ATS Milano ha trasferito la metodologia relativa all'algoritmo – pubblicata nel 2024 su rivista indicizzata – allegando una cassetta degli attrezzi che include template di query SQL, schede di mappatura dei flussi e adattamenti di sviluppo per ambienti DWH eterogenei, senza alcuno scambio di dataset contenenti dati personali garantendo autonomia a ciascuna ATS che esegue le query sui propri DWH. Parallelamente, sono stati predisposti moduli formativi con sessioni plenarie mensili in modalità sincrona e coaching a distanza che accompagnano ciascuna ATS nello sviluppo dell'algoritmo allineando la conversione delle proprie tabelle, spesso differenziate dalle modalità operative di gestione, e nell'allineamento dei codici ausili ai domini ICF-2018. La revisione congiunta di questi codici, particolarmente rilevante per la protesica minore e per i dispositivi motori complessi, costituisce oggi il principale investimento di tempo e know-how: le Epidemiologie delle ATS hanno sviluppato matrici di equivalenza che traducono le codifiche specifiche nei set di item standardizzati, garantendo la confrontabilità delle valutazioni. Il lavoro di sinergia ha inoltre aperto la strada ad approfondimenti tematici sui flussi a marcata valenza sociale – già misure B1-B2, rendicontazioni SIDI e Fondo Dopo di noi – con l'obiettivo di raffinare la granularità del dato sull'intensità assistenziale e sugli accomodamenti erogati. A oggi tutte le ATS della Lombardia hanno completato l'implementazione dell'algoritmo e stanno già popolando i primi cruscotti. Infatti, questo documento programmatico viene supportato con un capitolo iniziale in cui tutte le ATS presentano i dati sulla disabilità aggiornati. Una volta ottenuto il quadro completo, il gruppo regionale confronterà il peso relativo dei singoli flussi nella definizione dei casi e analizzerà gli scostamenti fra territori per individuare criticità di codifica o differenze reali nei modelli di presa in carico, informando così le successive decisioni di programmazione.

## 5.2. Il modello guida per la valutazione del bisogno/carico assistenziale della persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già misura B1)

### 5.2.1. Sviluppo e Sperimentazione dello Strumento di Guida alla Valutazione del Bisogno/Carico Assistenziale della Persona Anziana ad Alto Bisogno Assistenziale e della Persona con Disabilità con Necessità di Sostegno Intensivo Molto Elevato

Alla luce dei recenti aggiornamenti normativi – in particolare i D.Lgs n. 62/2024 e n. 29/2024 – e in coerenza con gli obiettivi di raggiungimento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), come definiti dalla Legge n. 234/2021 e dal Piano Nazionale Non Autosufficienza (PNNA) 2022-2024,

si evidenzia la necessità di rendere gli interventi rivolti alle persone anziane non autosufficienti e alle persone con disabilità sempre più appropriati, personalizzati e coerenti con i bisogni individuali.

In tale contesto, si è sperimentato sul territorio di ATS Brianza uno strumento tecnico di guida alla valutazione del bisogno/carico assistenziale della Persona Anziana ad Alto Bisogno Assistenziale e della Persona con Disabilità con Necessità di Sostegno Intensivo Molto Elevato, finalizzato a supportare le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e a garantire un approccio omogeneo, uniforme e integrato su tutto il territorio regionale.

### 5.2.2. Finalità dello Strumento

Lo strumento non sostituisce la funzione e l'autonomia decisionale dell'équipe multidisciplinare UVM/EVM, che resta autorità competente nella valutazione integrata con il Comune/Ambito territoriale. Da un lato si configura come supporto tecnico operativo, volto a facilitare la presa in carico della persona con elevata complessità clinico-assistenziale e mira a favorire la permanenza della persona nel proprio contesto di vita naturale il più a lungo possibile. Dall'altro permette un uso più mirato ed efficiente delle risorse pubbliche, anche in un'ottica di sostenibilità della spesa e appropriatezza degli interventi.

### 5.2.3. Caratteristiche dello Strumento

Lo strumento è stato progettato secondo criteri di:

- semplicità: facile utilizzo da parte degli operatori.
- rapidità: tempi contenuti per la compilazione.
- affidabilità: capacità di restituire una valutazione reale e misurabile.

Esso integra item selezionati dalla scala FIM (Functional Independence Measure), già validata a livello internazionale e precedentemente adottata da Regione Lombardia (anni 2012-2013) per interventi rivolti a persone con SLA. Il punteggio risultante determinerà il livello di carico assistenziale, su cui si baserà la definizione del budget necessario per l'attivazione dei supporti, che può includere interventi di assistenza diretta (es. servizi domiciliari) e/o trasferimenti monetari (es. contributi economici).

### 5.2.4. Sperimentazione

La fase di sperimentazione avviata nel territorio di ATS Brianza, selezionato per la rappresentatività della media regionale in termini territoriali (aree urbane, metropolitane, rurali, montane), popolazione in linea con le tendenze di accesso alla misura rivolta alle persone con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già misura B1) e presenza consolidata di operatori con esperienza nella valutazione multidimensionale, è stata attuata dalla SC Aran del Dipartimento PIPSS attraverso:

- la condivisione con gli operatori delle ASST Brianza e Lecco dello strumento di valutazione e nello specifico degli items che lo costituiscono
- la formazione di tutti gli operatori delle ASST sull'utilizzo della scala di valutazione proposta
- l'inserimento dello strumento di valutazione nel software gestionale in uso al fine di consentirne un rapido e maneggevole utilizzo contestualmente all'inserimento del P.I. dell'utente con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già misura B1)

- il monitoraggio continuo nel software gestionale, contestualmente all'inserimento del P.I. di ciascun utente in carico alla Misura rivolta alle persone con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già misura B1), dell'inserimento della scheda di valutazione debitamente compilata
- il supporto alle ASST nella gestione del processo, intervenendo, contestualmente all'inserimento dei casi e della scheda di valutazione, con l'autorizzazione prevista in capo ad ATS
- l'intervento tempestivo in caso di criticità operative informatiche, attraverso l'individuazione di azioni correttive e facilitanti con gli operatori del software gestionale in uso
- l'analisi quantitativa e qualitativa dei dati per ASST, per ciascuna delle condizioni previste per le persone con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già misura B1) e per ciascuno degli items

Una prima analisi dei dati estratti dal software gestionale in data 4 Luglio 2025 ci consente di rilevare quanto segue:

- sono state inserite nel software 1292 schede di pazienti con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già misura B1) di cui **916 di ASST Brianza e 376 di ASST Lecco**

TAB. 1

|                     | A     | C      | D     | E     | F     | G             | H     | I      | Totale      |        |
|---------------------|-------|--------|-------|-------|-------|---------------|-------|--------|-------------|--------|
| <b>ASST Brianza</b> | 4     | 247    | 6     | 60    | 1     | 381           | 55    | 162    | 916         | 70,90% |
| <b>ASST Lecco</b>   | 1     | 65     | 2     | 22    |       | 143           | 54    | 89     | 376         | 29,10% |
| Totale              | 5     | 312    | 8     | 82    | 1     | 524           | 109   | 251    | <b>1292</b> |        |
|                     | 0,39% | 24,15% | 0,62% | 6,35% | 0,08% | <b>40,56%</b> | 8,44% | 19,43% | 100,00%     |        |

- Le prese in carico degli utenti con necessità di sostegno intensivo molto elevato (già misura B1), sono stati suddivisi per fascia di età e genere

TAB. 2

| ASST Brianza                     | 18-64 |    |        | Minori |     |        | Ultra65enni |    |        | TOTALE |         |
|----------------------------------|-------|----|--------|--------|-----|--------|-------------|----|--------|--------|---------|
|                                  | F     | M  | Totale | F      | M   | Totale | F           | M  | Totale |        |         |
| A - Stati vegetativi             |       | 3  | 3      |        | 1   | 1      |             |    |        | 4      | 0,44%   |
| C - Demenza (2°)                 | 5     | 1  | 6      |        |     |        | 200         | 41 | 241    | 247    | 26,97%  |
| D - Lesioni spinali              |       | 6  | 6      |        |     |        |             |    |        | 6      | 0,66%   |
| E - Gravissima compromissione    | 12    | 12 | 24     | 1      |     | 1      | 26          | 9  | 35     | 60     | 6,55%   |
| F - Deprivazione sensoriale      |       | 1  | 1      |        |     |        |             |    |        | 1      | 0,11%   |
| G - Autismo (1°)                 | 2     | 18 | 20     | 73     | 288 | 361    |             |    |        | 381    | 41,59%  |
| H - Ritardo mentale grave o prof | 2     | 8  | 10     | 17     | 27  | 44     |             | 1  | 1      | 55     | 6,00%   |
| I - Dipendenza vitale (3°)       | 28    | 39 | 67     | 18     | 21  | 39     | 30          | 26 | 56     | 162    | 17,69%  |
| Totale                           | 49    | 88 | 137    | 109    | 337 | 446    | 256         | 77 | 333    | 916    | 100,00% |
|                                  |       |    | 14,96% |        |     | 48,69% |             |    | 36,35% |        |         |

TAB. 3

| ASST Lecco                       | 18-64 |    |        | Minori |     |        | Ultra65enni |    |        | TOTALE |         |
|----------------------------------|-------|----|--------|--------|-----|--------|-------------|----|--------|--------|---------|
|                                  | F     | M  | Totale | F      | M   | Totale | F           | M  | Totale |        |         |
| A - Stati vegetativi             |       | 1  | 1      |        |     |        |             |    |        | 1      | 0,27%   |
| C - Demenza (3°)                 | 3     | 2  | 5      |        |     |        | 45          | 15 | 60     | 65     | 17,29%  |
| D - Lesioni spinali              |       | 2  | 2      |        |     |        |             |    |        | 2      | 0,53%   |
| E - Gravissima compromissione    | 3     | 5  | 8      |        | 1   | 1      | 8           | 5  | 13     | 22     | 5,85%   |
| F - Deprivazione sensoriale      |       |    |        |        |     |        |             |    |        | 0      | 0,00%   |
| G - Autismo (1°)                 | 2     | 13 | 15     | 26     | 102 | 128    |             |    |        | 143    | 38,03%  |
| H - Ritardo mentale grave o prof | 8     | 7  | 15     | 15     | 22  | 37     | 1           | 1  | 2      | 54     | 14,36%  |
| I - Dipendenza vitale (2°)       | 19    | 20 | 39     | 10     | 14  | 24     | 11          | 15 | 26     | 89     | 23,67%  |
| Totale                           | 35    | 50 | 85     | 51     | 139 | 190    | 65          | 36 | 101    | 376    | 100,00% |
|                                  |       |    | 22,61% |        |     | 50,53% |             |    | 26,86% |        |         |

- ciascun item ha un menù a tendina, con risposte plurime, corrispondenti a situazioni di carico assistenziale progressivamente ingravescenti a cui sono attribuite valori numerici crescenti, fatta eccezione per le risposte ."Non valutabile" e "Non applicabile"; le condizioni che registrano un maggior numero di prese in carico sono per ASST Brianza l'autismo, la demenza e la dipendenza vitale; per ASST Lecco l'autismo, la dipendenza vitale e la demenza
- la media tra il valore massimo ed il minimo relativamente al carico/bisogno assistenziale sono per ASST Brianza lo stato vegetativo, la demenza, l'autismo / la dipendenza vitale; per ASST Lecco sono lo stato vegetativo, l'autismo / il ritardo mentale grave e le lesioni spinali.

**TAB 4 – Prese in carico / Carico assistenziale per condizione per AS**

| ASST                        | CONDIZIO                         | CONDIZIONE_2            | Conteggio di CODICE_FISCALE | Somma di TOTALE | Max           | Min | Media |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------|-----|-------|
| ASST DELLA BRIANZA          | A                                | Stato vegetativo        | 4                           | 109             | 54            | 31  | 42,5  |
|                             | C                                | Demenza                 | 247                         | 7.933           | 72            | 12  | 42    |
|                             | D                                | Lesioni spinali         | 6                           | 129             | 42            | 12  | 27    |
|                             | E                                | Compromissione motoria  | 60                          | 1.694           | 64            | 12  | 38    |
|                             | F                                | Deprivazione sensoriale | 1                           | 12              | 12            | 12  | 12    |
|                             | G                                | Autismo                 | 381                         | 12.302          | 71            | 6   | 38,5  |
|                             | H                                | Ritardo mentale grave   | 55                          | 1.331           | 65            | 5   | 35    |
|                             | I                                | Dipendenza vitale       | 162                         | 4.537           | 69            | 7   | 38    |
|                             | <b>ASST DELLA BRIANZA Totale</b> |                         |                             | <b>916</b>      | <b>28.047</b> |     |       |
| ASST DI LECCO               | A                                | Stato vegetativo        | 1                           | 42              | 42            | 42  | 42    |
|                             | C                                | Demenza                 | 65                          | 2.165           | 64            | 12  | 38    |
|                             | D                                | Lesioni spinali         | 2                           | 77              | 41            | 36  | 38,5  |
|                             | E                                | Compromissione motoria  | 22                          | 803             | 63            | 12  | 37,5  |
|                             | G                                | Autismo                 | 143                         | 4.900           | 69            | 11  | 40    |
|                             | H                                | Ritardo mentale grave   | 54                          | 1.963           | 69            | 11  | 40    |
|                             | I                                | Dipendenza vitale       | 89                          | 2.782           | 60            | 11  | 35,5  |
| <b>ASST DI LECCO Totale</b> |                                  |                         | <b>376</b>                  | <b>12.732</b>   |               |     |       |
| <b>Totale complessivo</b>   |                                  |                         | <b>1292</b>                 | <b>40.779</b>   |               |     |       |

Si rileva quanto segue:

- le risposte NA/NV sono state selezionate dagli operatori in diversi items, pertanto negli stessi non è possibile registrare una valorizzazione e di conseguenza una valutazione corretta del carico/bisogno assistenziale, spesso si rileva siano stati utilizzati per mancanza degli strumenti appropriati o poiché si rende necessaria la presenza di competenze specialistiche Es. valutazione dell'Item Dolore nello stato Vegetativo;

| TAB. 5                                | 5          | 6             | 13         | 14                       | 15          | 16         | 18        | 19          | 20                 |            |           |            |            |            |            |           |            |           |  |
|---------------------------------------|------------|---------------|------------|--------------------------|-------------|------------|-----------|-------------|--------------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|--|
| NA/NV per gli ITEM con % maggiore     | SCRITTURA  | DEAMBULAZIONE | VISTA      | SENSIBILITA SUPERFICIALE | VESTIBOLARE | DOLORE     | UMORE     | INTERAZIONE | SOLUZIONE PROBLEMI |            |           |            |            |            |            |           |            |           |  |
| Condizione                            | NA         | NV            | NA         | NV                       | NA          | NV         | NA        | NV          | NA                 | NV         |           |            |            |            |            |           |            |           |  |
| A - Stati vegetativi                  | 2          | 4             | 1          | 3                        | 1           | 3          | 3         | 2           | 2                  | 4          | 4         |            |            |            |            |           |            |           |  |
| C - Demenza                           | 36         | 28            | 62         | 4                        | 7           | 45         | 14        | 33          | 21                 | 36         | 9         | 59         | 25         | 45         | 69         | 29        | 74         | 9         |  |
| D - Lesioni spinali                   |            | 2             |            |                          |             |            |           |             |                    |            |           |            |            |            |            |           |            |           |  |
| E - Gravissima compromissione motoria | 9          | 2             | 26         | 1                        | 1           | 7          | 3         | 7           | 5                  | 8          |           | 7          | 1          | 5          | 6          | 3         | 8          | 1         |  |
| F - Deprivazione sensoriale           |            |               |            |                          |             |            |           | 1           |                    | 1          |           |            | 1          |            |            |           |            |           |  |
| G - Autismo                           | 227        | 105           | 5          |                          | 10          | 58         | 36        | 75          | 54                 | 85         | 28        | 112        | 50         | 77         | 60         | 11        | 71         | 11        |  |
| H - Ritardo mentale grave o profondo  | 43         | 15            | 11         |                          | 5           | 23         | 7         | 20          | 13                 | 23         | 4         | 28         | 11         | 16         | 15         | 5         | 23         | 2         |  |
| I - Dipendenza vitale                 | 53         | 14            | 93         | 4                        | 8           | 45         | 16        | 32          | 21                 | 42         | 10        | 46         | 23         | 36         | 36         | 14        | 43         | 6         |  |
| <b>Totale complessivo</b>             | <b>370</b> | <b>164</b>    | <b>203</b> | <b>9</b>                 | <b>32</b>   | <b>181</b> | <b>77</b> | <b>171</b>  | <b>117</b>         | <b>195</b> | <b>51</b> | <b>255</b> | <b>113</b> | <b>181</b> | <b>190</b> | <b>62</b> | <b>223</b> | <b>29</b> |  |

**Tabella 6 item dolore:**

| Condizione                            | 0 - Non compromesso | 1 - Lievi disestesie o nevralgie | 2 - Frequenti disestesie o nevralgie | 3 - Dolore neuropatico cronico parzialmente rispondente ai farmaci | 4 - Dolore neuropatico permanente non rispondente ai farmaci | NA - Non applicabile | NV - Non valutabile | Totale (vuoto) | Totale complessivo |         |
|---------------------------------------|---------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|--|----------------------|---------------------|----------------|--------------------|---------|
| A - Stati vegetativi                  |                     | 1                                |                                      |  | 1  |                      |                     | 3              | 5                  |         |
| C - Demenza                           |                     | 171                              | 38                                   | 15   | 16   | 4                    | 9                   | 59             | 312                |         |
| D - Lesioni spinali                   |                     | 3                                | 1                                    | 2  | 2  |                      |                     |                | 8                  |         |
| E - Gravissima compromissione motoria |                     | 27                               | 18                                   | 11   | 16   | 3                    |                     | 7              | 82                 |         |
| F - Deprivazione sensoriale           |                     |                                  |                                      | 1  |  |                      |                     |                | 1                  |         |
| G - Autismo                           |                     | 377                              | 2                                    | 2  |  | 1                    | 28                  | 112            | 524                |         |
| H - Ritardo mentale grave o profondo  |                     | 57                               | 12                                   | 3  | 2  | 2                    | 4                   | 28             | 109                |         |
| I - Dipendenza vitale                 |                     | 103                              | 45                                   | 22   | 21   | 4                    | 10                  | 46             | 251                |         |
| <b>Totale complessivo</b>             |                     | <b>739</b>                       | <b>116</b>                           | <b>56</b>  | <b>58</b>  | <b>14</b>            | <b>51</b>           | <b>255</b>     | <b>1292</b>        |         |
|                                       |                     | 57,20%                           | 8,98%                                | 4,33%  | 4,49%  | 1,08%                | 3,95%               | 19,74%         | 0,23%              | 100,00% |

- talvolta gli operatori attribuiscono alla stessa condizione valorizzazioni differenti es. valutazioni su minori;
  - il maggior bisogno assistenziale non si associa, allo stato attuale, al numero maggiore di prese in carico (ad es. il numero maggiore di utenti in carico sono nella condizione G, che però dal p.d.v. del carico assistenziale non ha il valore più alto tra le condizioni, ma trattandosi in gran parte di bambini, ha in previsione un carico rilevante sul lungo termine);
  - gli items hanno di default un carico diverso ad es. il mancato controllo degli sfinteri ha una valenza diversa dalla capacità di scrittura, pertanto si rende necessario che sia prevista una valorizzazione differente nella pesatura del carico assistenziale;
  - gli items hanno di default un carico diverso a seconda dell'età del paziente, ad es. i passaggi posturali nel bambino sono molto più facilmente gestibili che nell'adulto;
- Le considerazioni suddette richiedono:
- una restituzione degli esiti della sperimentazione agli operatori delle ASST ed un confronto con gli stessi relativamente alle risposte agli items, affinché le stesse siano oggettivabili, in modo da consentire un'uniformità di valutazione degli utenti con necessità di sostegno intensivo molto elevato in carico (già misura B1) sul territorio regionale;
  - un confronto con RL, affinché si dirimano i dubbi interpretativi, nelle risposte previste dagli items Es. risposta all'item Nutrizione: "preparazione del pasto" il bambino mangia in autonomia, ma non provvede alla preparazione del pasto;
  - un affondo sull'analisi qualitativa del dato attraverso lo studio dei singoli items, per condizione, in relazione alla fascia di età.

#### Legenda

| <b>CONDIZIONI DISABILITA' MISURA RIVOLTA ALLE PERSONA CON DISABILITÀ CON NECESSITÀ DI SOSTEGNO INTENSIVO MOLTO ELEVATO (GIA' MISURA B1)</b> |  |
|---|--|
| A   | A) PERSONE IN CONDIZIONE DI COMA, STATO VEGETATIVO (SV) OPPURE DI STATO DI MINIMA COSCIENZA (SMC) E CON PUNTEGGIO NELLA SCALA GLASGOW COMA SCALE (GCS) <= 10.  |
| B   | B) PERSONE DIPENDENTI DA VENTILAZIONE MECCANICA ASSISTITA O NON INVASIVA CONTINUATIVA (24/7)   |
| C   | C) PERSONE CON GRAVE O GRAVISSIMO STATO DI DEMENZA CON UN PUNTEGGIO SULLA SCALA CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (CDRS) >= 4.  |
| D   | D) PERSONE CON LESIONI SPINALI FRA C0/C5, DI QUALSIASI NATURA, CON LIVELLO DELLA LESIONE, IDENTIFICATA DAL LIVELLO SULLA SCALA ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS) DI GRADO A O B. NEL CASO DI LESIONI CON ESITI ASIMMETRICI AMBIDUE LE LATERALITÀ DEVONO ESSERE VALUTATE CON LESIONE DI GRADO A O B.  |
| E   | E) PERSONE CON GRAVISSIMA COMPROMISSIONE MOTORIA DA PATOLOGIA NEUROLOGICA O MUSCOLARE CON BILANCIO MUSCOLARE, VALUTATE CON LA SCALA, TRA LE SEGUENTI, APPROPRIATA IN RELAZIONE ALLA PATOLOGIA: SCALA MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC) CON BILANCIO MUSCOLARE COMPLESSIVO = 1 AI 4 ARTI, EXPANDED DISABILITY STATUS SCALE (EDSS) CON PUNTEGGIO = 9, HOEHN E YAHR MOD IN STADIO 5. |
| G   | G) PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITA' COMPORTAMENTALE DELLO SPETTRO AUTISTICO ASCRITTA AL LIVELLO 3 DELLA CLASSIFICAZIONE DEL DSM-5.   |
| H   | H) PERSONE CON DIAGNOSI DI RITARDO MENTALE GRAVE O PROFONDO SECONDO CLASSIFICAZIONE DSM-5, CON QI <= 34 E CON PUNTEGGIO SULLA SCALA LEVEL OF ACTIVITY IN PROFOUND/SEVERE MENTAL RETARDATION (LAPMER) <= 8.   |
| I   | I) OGNI ALTRA PERSONA IN CONDIZIONE DI DIPENDENZA VITALE CHE NECESSITI DI ASSISTENZA CONTINUATIVA E MONITORAGGIO NELLE 24 ORE, SETTE GIORNI SU SETTE, PER BISOGNI COMPLESSI DERIVANTI DALLE GRAVI CONDIZIONI PSICOFISICHE.   |

|    | ITEM                     |
|----|--------------------------|
| 1  | RESPIRAZIONE             |
| 2  | DEGLUTIZIONE             |
| 3  | ALIMENTAZIONE            |
| 4  | LINGUAGGIO               |
| 5  | SCRITTURA                |
| 6  | DEAMBULAZIONE            |
| 7  | VESTIZIONE               |
| 8  | PASSAGGI_POSTURALI       |
| 9  | CURA_DI_SE               |
| 10 | DEFECAZIONE              |
| 11 | MINZIONE                 |
| 12 | UDITO                    |
| 13 | VISTA                    |
| 14 | SENSIBILITA_SUPERFICIALE |
| 15 | VESTIBOLARE              |
| 16 | DOLORE                   |
| 17 | COGNITIVITA              |
| 18 | UMORE                    |
| 19 | INTERAZIONE              |
| 20 | SOLUZIONE_PROBLEMI       |

### 5.2.5. Analisi dei Dati e conclusioni

L'analisi dei dati derivanti dalla sperimentazione svolta con il supporto di un gruppo tecnico-scientifico, ha l'obiettivo prioritario di validare lo strumento in termini di efficacia valutativa, ottimizzare l'allocazione delle risorse e monitorare l'appropriatezza e gli esiti delle prestazioni erogate. Si è avviata la fase di validazione dello strumento che si completerà nel corso del 2026.

## 5.3. Il rafforzamento dei servizi

### 5.3.1. Contesto e fabbisogni

L'intervento si inserisce in un contesto di trasformazione normativa e culturale delle politiche rivolte alle persone con disabilità, che vede in primis l'attuazione del D.Lgs n. 62/2024, con la sperimentazione che nel 2025-2026 si attuerà sul territorio di Brescia e con la messa a regime del modello a partire dal 2027.

Tale contesto si scontra, tuttavia, con le difficoltà del territorio nel mettere a disposizione una rete strutturata, efficace ed efficiente di servizi rivolti alle persone con disabilità, in grado anche di sostituire gradualmente e almeno in parte la necessità di un contributo economico diretto alle famiglie, cui il bilancio regionale non potrà più far fronte in modo consistente nelle prossime annualità.

### 5.3.2. Obiettivi

L'obiettivo è quello di strutturare un modello di intervento e un sistema di servizi in grado di attuare la riforma introdotta dal D.Lgs n. 62/2024 e, più in generale, approcciare alle politiche a favore delle persone con disabilità con un nuovo paradigma, sotto più punti di vista:

- culturale: attuare un cambiamento culturale sia a livello istituzionale sia della comunità, che consenta il passaggio da un approccio orientato alle singole prestazioni alla costruzione di un progetto di vita costituito da risorse economiche e non, pubbliche e private;
- operativo: incrementare le competenze e la capacità degli attori territoriali di lavorare in modo coordinato e garantire un sistema di servizi capillare ed effettivamente rispondente alle esigenze delle persone, in un'ottica di integrazione dei servizi sociali e socio-sanitari e di razionalizzazione nell'impiego delle risorse;
- organizzativo: costruire un processo efficace ed efficiente che faciliti la costruzione del progetto di vita e includa un modello di monitoraggio e valutazione in grado di fornire gli elementi utili al passaggio dalla sperimentazione alla messa a regime della riforma.

In linea con la programmazione il FSE+ che si caratterizza per l'essersi spinta oltre le politiche tradizionali di formazione, lavoro e inclusione sociale e, alla luce dell'emergenza pandemica, per aver previsto tra i propri obiettivi prioritari il miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e di assistenza, la programmazione Regionale prevederà proprio lo sviluppo di un'azione (k2) rivolta al sostegno all'accesso ai sistemi di assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale, finalizzato a garantire l'accesso a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, con particolare attenzione alle esigenze delle persone in condizioni di vulnerabilità.

Obiettivo dell'iniziativa è quello di favorire il processo di riforma e innovazione dei modelli di erogazione dei servizi, a partire da una crescente attenzione alle esigenze delle persone con disabilità, incentivando la collaborazione tra le istituzioni responsabili della programmazione di tali servizi e gli attori territoriali pubblici, privati e del Terzo Settore coinvolti nella loro erogazione e attivando interventi personalizzati di accompagnamento alla fruizione dell'offerta anche in modalità maggiormente flessibile. Si vuole inoltre sostenere il processo di rafforzamento del sistema lombardo dei servizi sociali territoriali rivolti alle persone con disabilità e non autosufficienti, in particolare mediante attività di sostegno al rafforzamento di reti e strutture socio-sanitarie e socioassistenziali, promozione della governance, sviluppo di nuovi modelli di erogazione dei servizi, facilitazione e diffusione tra la popolazione dell'accesso ai servizi medesimi.

L'intervento si coordina con l'azione k.3 e, nello specifico, con la progettualità di capacity building/formazione a favore dei soggetti coinvolti dell'attuazione del D.Lgs 62/2024, che sarà avviata in modo complementare alle iniziative di formazione nazionale.

### 5.3.3. Strategia di intervento

Si intende sviluppare una strategia articolata in tre momenti:

Fase 1 (2025/2026): set up del modello attuata mediante incarico ad ARIA SpA.

La prima fase è funzionale alla costruzione dei processi e degli strumenti per l'attuazione della sperimentazione e, nello specifico:

- la messa a punto di un modello organizzativo (es. strumenti, processi, monitoraggio, modalità di coordinamento tra i diversi attori), in particolare alla luce delle disposizioni previste dal D.Lgs 62/2024 (valutazione multidimensionale, definizione del progetto di vita e relativa attuazione) e degli adempimenti normativi e operativi in capo a Regione, in particolare mediante:
  - o partecipazione ai gruppi di lavoro tecnici e agli incontri della cabina di regia;
  - o supporto alla predisposizione degli atti attuativi, delle linee guida operative rivolte agli operatori, della mappatura delle misure e degli strumenti esistenti (formali e informali);
  - o predisposizione del sistema di monitoraggio;

- lo sviluppo e mantenimento di un sistema informativo di supporto al processo di richiesta e gestione del progetto di vita e del coordinamento tra i diversi attori, anche in raccordo e integrazione con gli altri sistemi (es. cartella sociale, sistemi delle ASST, sistema di INPS).

Fase 2 (2° semestre 2026 – 1° semestre 2029): rafforzamento dei servizi

La fase 2 comprende il rafforzamento della rete dei servizi per le persone con disabilità a supporto della costruzione del progetto di vita. Le azioni che si intendono sviluppare dovranno essere finalizzate a garantire la piena personalizzazione del Progetto individuale, il quale deve essere centrato sulla persona, e tenere conto dei suoi bisogni, punti di forza, interessi e anche desideri, nel rispetto delle risorse disponibili e delle sue necessità evolutive. Le linee di intervento riguardano:

**1. Supporti alla persona nel suo contesto di vita:**

- area attività vita quotidiana;
- area tempo libero;
- area vita partecipata;

**2. Servizi di sollievo;**

- area sollievo diurno;
- area sollievo domiciliare;

**3. Sostegno ai caregiver:**

- gruppi di auto mutuo aiuto;
- counseling/supporto psicologico;
- aiuto/supporto nell'espletamento di pratiche, visite mediche;
- orientamento e informazione;
- formazione e addestramento

**4. Rafforzamento nella gestione del progetto di vita ai sensi D.Lgs 62/2024 e della L. 328/2000:** tale azione prevede il rafforzamento della gestione del progetto di vita attraverso l'impiego di personale dedicato alla gestione amministrativa e alle attività di reportistica, monitoraggio e verifica dell'intero processo, oltre che alla produzione, raccolta, verifica e trasmissione dei dati, documenti e informazioni richiesti in adempimento del cosiddetto debito informativo.

Fase 3 (secondo semestre 2029): consolidamento dei servizi

In questa fase si procede al rafforzamento del modello e dei servizi definiti nella fase 2, tenendo conto dei primi risultati emersi dall'attuazione della riforma. In particolare, si focalizza su:

- La continuazione del supporto metodologico e l'adeguamento della piattaforma informatica;
- Il potenziamento della capacità amministrativa e di erogazione dei servizi degli Ambiti, nonché di eventuali ulteriori servizi;
- L'eventuale implementazione di ulteriori attività informative.

## 6. Il sistema informativo di supporto

L'attuazione della sperimentazione nel biennio 2025-2026 e la successiva messa a regime su tutto il territorio regionale a partire dal 1° gennaio 2027 rappresenta una sfida dal punto di vista culturale, strategico e operativo e, pertanto, rende necessario un supporto specialistico funzionale alla costruzione dei processi e degli strumenti necessari all'attuazione della riforma, così come delineati dalla D.G.R. n. 4140/2025, che ha fornito le prime indicazioni operative per la realizzazione della sperimentazione.

Per la messa a punto del modello organizzativo assume rilievo lo sviluppo di un sistema informativo integrato a supporto della riforma, che sarà pensato nell'ottica dell'interoperabilità tra sistemi informativi esistenti, per la condivisione delle informazioni utili a più attori della rete.

Lo sviluppo del sistema informativo integrato può essere considerata anche una leva per il miglioramento del livello di informatizzazione del territorio, e concorrerebbe all'obiettivo di permettere di dialogare con un linguaggio comune e standardizzato fra gli attori della presa in carico delle persone con disabilità. Lo sviluppo di un sistema informativo integrato si pone anche l'obiettivo della semplificazione delle procedure sia per il cittadino che per gli operatori.

Occorre sottolineare anche che la definizione di politiche regionali efficaci, eque e sostenibili non può prescindere dalla conoscenza approfondita e sistematica dei fenomeni che ne costituisce un presupposto essenziale.

Infatti, una base informativa solida, aggiornata e integrata consente infatti di comprendere in modo più completo i bisogni delle persone con disabilità e anziani non autosufficienti, di valutare l'impatto delle misure adottate e di orientare con maggiore precisione la programmazione delle politiche regionali e territoriali.

A tal fine, la Direzione Generale Famiglia intende avviare un percorso di revisione e di aggiornamento dei flussi informativi relativi alla disabilità e alla non autosufficienza, volto a migliorare la qualità, la tempestività dei dati disponibili all'interno del patrimonio informativo regionale, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

Tale percorso è finalizzato alla costruzione di un quadro conoscitivo unitario e condiviso, funzionale al governo integrato delle politiche in materia di disabilità e non autosufficienza, e in grado di supportare la programmazione regionale e territoriale in funzione dei diversi fondi messi a disposizione a livello comunitario, nazionale, regionale e locale, il monitoraggio degli interventi e la valutazione di impatto economico.