



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
CAPOFILA COMUNE GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO PIANO DI ZONA

Mail: distrettosociosanitario19@gmail.com
PEC: ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it
Tel 095/7447121

Allegato A

LINEE GUIDA PER LA COSTITUZIONE DI UNA LONG LIST DI ENTI DEL TERZO SETTORE DISPONIBILI A REALIZZARE INTERVENTI DI SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ IN SOLUZIONI ALLOGGIATIVE, PER SOGGETTI CON DISAGIO MENTALE PRIVI DELLA CERTIFICAZIONE DI CUI ALLA LEGGE 104/1992, ATTRAVERSO VOUCHER DI SERVIZIO

Art. 1 – DESTINATARI DELL'AVVISO

Il Distretto Socio Sanitario 19, Comune capofila Gravina di Catania, al fine di realizzare interventi di supporto alla domiciliarità per i soggetti con disagio mentale privi della certificazione di cui alla legge 104/92, promuove la costituzione di una Long list destinata ad Enti Pubblici o Privati del Terzo Settore, senza finalità di lucro, con personalità giuridica riconosciuta, iscritti ai pubblici registri nazionali o regionali del terzo settore quali, a titolo esemplificativo:

- * Registro nazionale delle ONLUS (indicare numero e data)
- * Registro regionale Enti di promozione sociale (indicare numero e data)
- * Registro regionale Associazioni di solidarietà familiare (indicare numero e data)
- * Registro regionale Organizzazioni del volontariato (indicare numero e data)
- * Registro Assistenti familiari (indicare numero e data)

Art.2 - OGGETTO DELL'AVVISO

Obiettivo della Long list è predisporre un servizio di accoglienza in gruppi appartamento per disabili mentali privi della certificazione ex L.104/92, al fine di favorire processi di autonomia abitativa e relazionale.

Segnatamente trattasi di offrire un *supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative*, ai soggetti come sopra individuati, attraverso la presa in carico sociale e una serie di interventi mirati al raggiungimento di un maggior grado di autonomia abitativa ed autosufficienza, secondo quanto individuato nel piano personalizzato redatto per ciascun utente.

L'area di intervento è individuata, all'interno del Fondo nazionale delle politiche sociali, nella disabilità e non autosufficienza.

L'utenza è costituita da persone adulte con disagio psichico, stabilizzate, che non necessitano di assistenza sanitaria continuativa e che optano per una scelta di convivenza nel contesto di una soluzione abitativa autonoma.

Il concetto di cura si snoda su tre assi fondamentali: *quotidianità, attività terapeutiche e attività socio-riabilitative*.

I soggetti che aderiranno alla manifestazione di interesse dovranno essere integrati nella rete sociale territoriale ed essere, pertanto, in grado di effettuare la presa in carico dell'utenza che sarà individuata dal servizio di igiene mentale in collaborazione con i servizio sociali professionali comunali.

Gli interventi andranno realizzati, al fine di raggiungere i più alti livelli di efficacia, attraverso l'attivazione di una rete di percorsi integrati che dovranno consentire agli utenti coinvolti di progredire in maniera evolutiva a seconda delle loro specifiche necessità, a cominciare dall'area riabilitativa del lavoro. L'inserimento lavorativo degli ospiti è uno degli obiettivi fondamentali promosso dal progetto che mira a renderli maggiormente responsabili nell'autogestione e accompagnarli proficuamente nel percorso di parziale uscita dal sistema assistenziale e dal nucleo familiare d'origine. Fine ultimo dell'azione è quello di predisporre i soggetti individuati a intraprendere un percorso di vita autonoma e indipendente.

Premessa la vigente normativa, il DPCM 12 gennaio 2017 sui Nuovi LEA e il vigente Patto per la Salute, richiamati i principi della "Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità" (ratificata con legge n.18 del 3 marzo 2009, in Gazzetta Ufficiale n. 61 del 14 marzo 2009) che recita all'art.19 – Vita autonoma ed inclusione nella comunità: «Gli Stati Parti di questa Convenzione riconoscono l'eguale diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella comunità, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e prendono misure efficaci e appropriate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e della piena inclusione e partecipazione all'interno della comunità».

Considerato che la casa fa parte dell'identità dell'individuo, quale spazio abitativo che contiene la storicità soggettiva e che, dal punto di vista psicologico, essa rappresenta uno spazio di individuazione, un luogo attraverso cui la persona si definisce e si dà dei confini, il presente progetto è indirizzato a soggetti in condizione di fragilità sociale, perché affetti da patologia mentale ma privi della certificazione ex L.104/92 ed è finalizzato a:

- ✓ sperimentare forme flessibili di risposta ai bisogni di autonomia anche residenziale, al fine di adeguare le prestazioni offerte alle necessità di emancipazione e fuoriuscita dal nucleo familiare d'origine;
- ✓ prevedere attività o strumenti adeguati per l'attivazione di percorsi di autonomia di tipo abitativo, previa acquisizione della necessaria consapevolezza del sé e dell'autonomia personale e delle necessarie competenze sociali;
- ✓ prevedere azione di affiancamento dell'utente nel suo percorso di orientamento al lavoro e verso una buona gestione del tempo libero;
- ✓ prevedere le forme di inclusione sociale, attraverso attività ricreative, sportive e di inclusione attiva, naturalmente tenendo conto delle attitudini e delle inclinazioni naturali dell'ospite;

Art. 3 - CARATTERISTICHE DEI DESTINATARI DELL'INTERVENTO

Il progetto si rivolge a soggetti disabili mentali privi della certificazione ex L.104/92.

Trattasi di persone adulte con disabilità psichica ed intellettiva - individuate dal Servizio sociale professionale e dal Dipartimento di Salute Mentale, inseriti in programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati, con trattamento terapeutico-riabilitativo in fase avanzata ma con necessità di ulteriori specifici interventi di autonomizzazione e reinserimento sociale - presumibilmente frequentatori del centro diurno attivo presso l'ASP di Gravina di CT, o altri centri di integrazione - residenti nel distretto socio sanitario da almeno 1 anno e per le quali, nonostante le limitazioni

connesse allo stato di disabilità, si possa prevedere la reale possibilità di intraprendere un percorso di autonomia rispetto alla famiglia di origine e/o un percorso di deistituzionalizzazione. Trattasi genericamente di soggetti in condizioni cliniche di compenso psichico, con disturbi stabilizzati o in fase di remissione, discreti livelli di autonomia personale, discreta capacità di autogestione e di osservanza delle regole della vita comunitaria.

Con il termine di *Servizi di accompagnamento* e *Percorsi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative* si intendono pertanto percorsi programmati di accompagnamento, progetti personalizzati con intensità assistenziale calibrata in funzione del livello di autonomia, della natura e della complessità del bisogno, per favorire forme propedeutiche all'abitare in autonomia e all'inserimento sociale dei beneficiari quali, a titolo esemplificativo: - esperienze di soluzioni alloggiative in gruppo appartamento; - percorsi di deistituzionalizzazione; - laboratori di vario tipo (a titolo esemplificativo nel settore dell'artigianato, dell'informatica) per favorire l'acquisizione di competenze o il perfezionamento di esse, in un'ottica di indipendenza e autonomia lavorativa, nonché inclusione sociale; - attività di training sostenuta da un educatore professionale per favorire lo sviluppo dell'autonomia, dell'autodeterminazione e delle competenze personali; - laboratori di cucina.

Alla base del percorso dovranno porsi una serie di valutazioni, aventi a oggetto: le capacità lavorative dell'utente, la valutazione delle sue attitudini particolari, la valutazione di idonee opportunità presenti sul territorio.

Tali valutazioni consentiranno un sistema integrato di interventi che ha come obiettivo la promozione della partecipazione di tali utenti al mercato del lavoro e in ultimo l'inclusione dei soggetti svantaggiati, considerando gli stessi protagonisti di sviluppo locale e territoriale.

Art. 4 – REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Gli Enti gestori che intendono aderire devono possedere quanto dichiarato nella domanda di iscrizione e relative dichiarazioni di cui all'Allegato D in particolare:

1- Possesso dei **requisiti di idoneità generale** che l'Ufficio di Piano provvederà a verificare e precisamente:

- ✓ Assenza di cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;
- ✓ Rispetto degli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori contenute nel D.Lgs. 81/2008 e ss.mm. e ii.;
- ✓ Regolarità contributiva;
- ✓ Iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura (C.C.I.A.A.);
- ✓ Iscrizione a un albo del Terzo Settore, secondo le specifiche di cui all'art. 1 delle presenti Linee Guida

Per la comprova del requisito l'Ente gestore sottoscrive i modelli di autocertificazione predisposti.

2 - Possesso di **requisiti specifici di idoneità professionale** e precisamente:

- ✓ Avere espletato per almeno quattro anni servizi per disabili psichici

Per la comprova del requisito, è richiesta una dichiarazione che individui i servizi svolti, la tipologia, la durata, il numero di utenti coinvolti e i committenti (anche privati).

3 - Possesso dei **requisiti organizzativi** e precisamente:

- ✓ Impegno alla stipula di **Polizza assicurativa**, a favore dell'utente, per i danni che dovessero occorrere allo stesso o a terzi nel corso dello svolgimento del servizio, che dovrà essere posseduta all'avvio del servizio
- ✓ Impegno ad acquisire la disponibilità di appartamento (che dovrà essere posseduto all'avvio del servizio) ubicato, per ragioni di contiguità territoriale con l'ASP in uno dei seguenti Comuni del Distretto: Gravina di Catania, Tremestieri Etneo, Mascalucia, Sant'Agata Li Battiati, San Giovanni la Punta e avente i seguenti **Standards Strutturali**:

Sarà in particolare necessario disporre di una struttura fino a 5 posti con superficie minima di 120 mq articolata in:

- *soggiorno/sala da pranzo*
- *camere da letto singole o doppie con una superficie utile, al netto dei locali per servizi igienici, di mq. 9 per un posto e di mq. 14 per due posti*
- *cucina funzionale*
- *servizi igienici per gli utenti in numero non inferiore a 1 su 5 (di cui 1 per disabili)*

L'appartamento dovrà accogliere da un minimo di 3 e a un massimo di 5 ospiti. Dovrà essere dotato di arredi e suppellettili tali da permettere buone condizioni di vivibilità ed idonei alla tipologia degli utenti, garantire buona funzionalità d'uso.

La superficie della struttura potrà diminuire proporzionalmente al numero di utenti ospitati con riferimento solo alle camere da letto. I mq per stanza e i servizi comuni sono quelli descritti in precedenza.

Le strutture devono essere ubicate in zone centrali dei Comuni del Distretto prima individuati (intendendo con questa locuzione le vie che rimangono all'interno del perimetro urbano che per brevità indicheremo come centro urbano), ben servite dai servizi di trasporto pubblico, dotate di tutti i servizi di prima necessità.

Gli enti già iscritti all'albo regionale ex art. 26 L.r.22/86 sezione inabili, tipologia comunità alloggio, possono richiedere l'accreditamento della struttura già iscritta mantenendo invariati i parametri strutturali, qualora la stessa possieda i requisiti sopra indicati, inclusi quelli relativi all'ubicazione della stessa.

Questo Ufficio distrettuale si riserva, comunque, la facoltà di verificare le strutture in sede di avvio del servizio o successivamente per la verifica della permanenza dei requisiti.

Art. 5 – DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

I soggetti beneficiari del percorso assistenziale, dopo essere stati individuati dal dipartimento di salute mentale dell'ASP di Gravina di Catania, saranno presi in carico rispettando le seguenti fasi:

- Valutazione del soggetto e redazione del progetto personalizzato (Piano di Assistenza individuale integrato dal budget di progetto e individuazione del Case manager) a cura dell'UVD integrato dall'Assistente sociale comunale;
- Realizzazione degli interventi a cura del Distretto in collaborazione del Case manager e Terzo settore o associazione di disabili;
- Monitoraggio e valutazione del progetto personalizzato a cura dell'UVD in collaborazione del Case manager

L'Ente gestore provvederà all'espletamento del servizio sulla base della metodologia operativa descritta nel Piano personalizzato.

Il programma delle attività che si svolgono nel GA tende all'acquisizione e al mantenimento di abilità sociali e di autogestione, attraverso il soddisfacimento dei bisogni specifici della vita quotidiana, lo stabilirsi di nuove relazioni significative e lo sviluppo di percorsi di integrazione nella comunità sociale del quartiere in cui è inserita la struttura e dell'intero territorio cittadino, senza tuttavia trascurare i rapporti individuali stabiliti in precedenza.

È prevista la valorizzazione del lavoro di gruppo che favorisca la comunicazione fra gli abitanti della casa, lo sviluppo di relazioni affettive e di sostegno reciproco, la condivisione e l'integrazione delle abilità individuali acquisite. Tale lavoro potrà essere svolto sia attraverso riunioni specifiche sia utilizzando le numerose opportunità offerte dai molteplici eventi derivanti dalla vita in comune e dal "fare" insieme. Le attività di sostegno – ad eccezione naturalmente di eventuali interventi richiesti da esigenze particolari ed imprevedibili – sono programmate per fasce orarie nella giornata e verranno garantite secondo quanto stabilito nel Piano personalizzato

Il percorso d'inserimento lavorativo delle ospiti del GA verrà supportato dall'educatore che si occuperà di favorire l'acquisizione e il rafforzamento di abilità professionali e la predisposizione delle azioni di accompagnamento, attraverso mediazione e il monitoraggio negli ambienti di lavoro al fine di consentire l'acquisizione di competenze e modalità professionali funzionali all'inserimento nel gruppo di lavoro. Il percorso individuale di inserimento lavorativo dovrà far emergere i punti di criticità e di forza che si rilevano nel corso dell'esperienza di ognuna, le acquisizioni e lo sviluppo delle competenze professionali, l'integrazione relazionale dell'utente con il gruppo di lavoro.

Le principali attività previste nel GA sono le seguenti: - supporto alla prevenzione sanitaria (pap-test, igiene orale, alimentazione corretta, ecc.); - cura del sé (parrucchiere, estetista, attenzione all'abbigliamento); - cura dei rapporti con i familiari; - mantenimento e cura dei rapporti individuali stabiliti in precedenza; - strutturazione della vita comunitaria: individuazione di regole condivise per l'utilizzo e la manutenzione degli oggetti e degli spazi comuni, l'esecuzione delle faccende domestiche, l'acquisto e la preparazione dei cibi, lo svolgimento di compiti di vario genere per il buon andamento della vita collettiva; - facilitazione della comunicazione fra i componenti del gruppo e dell'espressione delle esigenze personali; - collaborazione all'utilizzo e alla gestione del denaro; - collaborazione all'acquisto di generi di consumo personali e collettivi (alimenti, detersivi, capi di abbigliamento, oggetti per la casa, ecc.); - sostegno alla preparazione dei pasti e al rigoverno della cucina; - supporto alla manutenzione della biancheria e degli effetti personali e comuni: lavaggio a mano e in lavatrice, stiratura, piccolo rammendo, sistemazione degli armadi e delle scarpieri, ecc.; - supporto alla cura dell'appartamento (pulizie quotidiane, settimanali e periodiche); - supporto alla cura degli effetti personali (documenti, fotografie, libri, ecc.); - promozione dell'autonomia di movimento; - creazione, promozione e facilitazione dei rapporti con l'esterno (lavoro di rete) e in particolare con: esercizi commerciali, tecnici (es. idraulico), strutture per il tempo libero, agenzie sociali (parrocchia, volontariato sociale, ecc.), ecc.; - supporto all'utilizzo degli uffici pubblici: pagamento di bollette, riscossione della pensione, ecc.; - guida all'utilizzo dei mezzi di informazione e all'accesso a percorsi culturali; - accompagnamento alla strutturazione del tempo libero; - organizzazione di gite e vacanze. Tale elenco non ha carattere esaustivo.

Le attività indicate verranno svolte dai componenti del GA con la collaborazione attiva e partecipante del Case manger e del soggetto appositamente dedicato da parte dell'Ente gestore (educatore professionale). Successivamente, in base alla valutazione del graduale processo di autonomizzazione degli utenti, potrà essere sufficiente la supervisione dell'operatore per tutte o per alcune di esse, in considerazione degli obiettivi del progetto.

L'Ente gestore dovrà provvedere inoltre a quanto di seguito indicato:

- a) predisporre uno schema di programmazione mensile riportante le attività previste, le eventuali rimodulazioni orarie del personale scaturenti da specifici bisogni degli utenti etc., comprensiva dei turni di lavoro per il mese di riferimento;
- b) compilare una scheda individuale con relativa indicazione dei turni di lavoro svolti, degli orari di attività e delle pertinenti attività svolte, controfirmata dall'operatore;
- c) predisporre una relazione bimestrale sulle attività svolte e sullo stato di attuazione del servizio che consenta di effettuare il riscontro rispetto alla programmazione mensile di cui al punto a) e agli interventi degli operatori di cui al punto b);
- d) predisporre una relazione conclusiva del servizio realizzato.

Tali documenti devono essere consegnati con tempestività al servizio sociale professionale del Comune di residenza del beneficiario, secondo le tempistiche indicate, al fine di supportare la verifica dello stato di attuazione del servizio da parte degli uffici dell'ente appaltante e consentire di portare avanti le attività di rendicontazione.

Gli esiti del progetto verranno ritenuti soddisfacenti in considerazione di tre parametri:

1. Livello individuale: elevato grado di soddisfazione personale; considerevole incremento del livello di autosufficienza nel soddisfacimento dei bisogni della vita quotidiana; ecc.; adeguatezza nell'osservanza delle regole condivise; autonomia nell'utilizzo dei mezzi pubblici di trasporto, degli uffici pubblici, delle strutture sanitarie, ecc.

2. Livello di gruppo: progressivo sviluppo di un contesto ambientale caldo ed accogliente, basato sulla collaborazione, l'integrazione delle competenze e il sostegno reciproco; miglioramento dei livelli di comunicazione e di espressione di emozioni e bisogni; graduale individuazione, da parte degli utenti del GA, di una identità di gruppo, attraverso lo scambio e la condivisione di emozioni ed esperienze comuni; acquisizione del senso di appartenenza al gruppo; sviluppo di relazioni significative e di legami affettivi; apprendimento della capacità di autogestione gruppalmente di situazioni critiche; ecc.

3. Livello sociale e di rete: incremento del numero di relazioni significative di conoscenza e amicizia con persone diverse dai componenti del GA; realizzazione di un reticolo articolato e complesso di connessioni e interscambi con persone, servizi e strutture del quartiere in cui è inserito il GA; acquisizione di rapporti di riferimento con associazioni, gruppi di volontariato, enti e strutture cittadine; adesione a programmi di formazione finalizzati all'inserimento lavorativo; inserimento lavorativo o realizzazione di tirocini

Tale valutazione sarà realizzata dall'UVD di pertinenza unitamente all'assistente sociale comunale assegnataria del caso ed al Case Manager individuato dal beneficiario, anche al fine di predisporre l'eventuale prosecuzione del progetto e le modalità dello stesso.

Art. 6 - ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA

La gestione delle attività viene realizzata attraverso l'azione congiunta e coordinata delle figure professionali direttamente impegnate nel servizio, in stretto raccordo con gli operatori dei servizi socio-sanitari coinvolti, per il tramite del Servizio Sociale professionale dei Comuni di residenza dei beneficiari, e coordinato dall'Ufficio Piano.

In sede di piano personalizzato verrà individuato il Case manager scelto dal beneficiario, con compiti di tutoraggio della misura a favore del disabile e quale elemento di raccordo con l'Ente gestore e i Servizi sociali e sanitari coinvolti.

Art. 7 – COSTI DEL SERVIZIO

Ogni singolo beneficiario riceverà un Voucher annuo, da utilizzarsi presso l'Ente gestore, del valore di euro 10.787,88, a ristoro delle spese di affitto, utenze, manutenzione locali, vitto, trasporto, oneri

sicurezza etc. nonché di quelle per il personale necessario. Il corrispondente valore mensile del Voucher è di euro 898,99.

I contributi saranno erogati a consuntivo con cadenza bimestrale, previa rendicontazione delle spese, ad eccezione del primo bimestre, che sarà anticipato all'atto dell'inserimento del disabile nella struttura, onde garantire il pagamento delle quote mensili necessarie al sostentamento e alla corretta gestione dell'alloggio, fatto salvo comunque l'onere di rendicontazione dello stesso.

La rendicontazione è a carico dell'Ente gestore e dovrà essere convalidata dal Case manager.

Art. 8 - MODALITA E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Gli Enti Gestori interessati dovranno utilizzare l'apposito modulo, da compilare in ogni sua parte, pena l'esclusione, disponibile on line sul sito www.comune.gravina-di-catania.ct.it e sul sito dei Comuni ricadenti nel Distretto socio sanitario 19.

La domanda di iscrizione (Allegato SUB D1) da inviare esclusivamente via PEC all'indirizzo ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it, deve essere firmata digitalmente dal legale rappresentante o da altro soggetto autorizzato, corredata dalla fotocopia di documento d'identità in corso di validità e completa delle documentazione richiesta, con indicazione del seguente oggetto: "Iscrizione alla long list Enti del Terzo Settore disponibili a realizzare interventi a supporto dalla domiciliarità in soluzioni alloggiative, per soggetti con disagio mentale privi della certificazione di cui alla legge 104/1992, attraverso voucher di servizio"

In fase di prima costituzione della Long list, le istanze dovranno pervenire **entro il 28/02/2021**; successivamente la lista sarà oggetto di aggiornamenti.

A seguito della verifica positiva del possesso dei requisiti, verrà proposta la firma di apposito patto di accreditamento, con cui si disciplinano i rapporti intercorrenti con codesto Distretto socio sanitario 19, a seguito del quale verrà disposta l'iscrizione alla Long list.

f.to Il Responsabile dell'UAS
dott.ssa G. Scalia