



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. ...02..... DEL ...03 FEBBR. 2022

OGGETTO: Approvazione linee di indirizzo regionali per protocolli di collaborazione tra servizi per la disabilità età adulta e non autosufficienza e i dipartimenti salute mentale che dovranno definire le modalità per una presa in carico appropriata ai bisogni degli utenti.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si approvano le linee di indirizzo regionali per la definizione di protocolli di collaborazione tra servizi per la disabilità età adulta e non autosufficienza e i dipartimenti salute mentale che dovranno definire le modalità per una presa in carico appropriata ai bisogni degli utenti.

IL DIRETTORE

DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA

VISTO l'Accordo della Conferenza Unificato Rep. Atti n. 4 approvato nella seduta del 24 gennaio 2013 sul documento "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" che prevede tra le azioni programmatiche l'integrazione e coordinamento con altre aree tra cui l'area della disabilità età adulta;

VISTA la DGR di recepimento del suddetto Accordo n. 1558 del 3 settembre 2013;

CONSIDERATO che il provvedimento succitato nel dare evidenza che buona parte delle azioni prioritarie indicate nel Piano Nazionale per la Salute Mentale sono già state oggetto di specifici provvedimenti attuativi, individua alcune aree che necessitano di azioni di miglioramento, tra cui la definizione di percorsi integrati di cura per la presa in carico di pazienti nell'area della disabilità età adulta attraverso la definizione di protocolli di intesa condivisi tra i servizi competenti e il coinvolgimento di tutti gli attori interessati;

VISTO il Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 95 del 16 settembre 2020 di costituzione del Gruppo Tecnico di Lavoro per l'elaborazione di protocolli di collaborazione tra servizi per la disabilità età adulta e non autosufficienza e i dipartimenti salute mentale che dovranno definire le modalità per una presa in carico appropriata ai bisogni degli utenti;

RITENUTO di approvare il documento predisposto dal gruppo tecnico di lavoro "*Linee di indirizzo regionali per la definizione di protocolli di collaborazione tra servizi per la disabilità età adulta e non autosufficienza e i dipartimenti salute mentale*". Queste si configurano come linee di indirizzo "in itinere", che necessitano di sperimentazione, valutazione e rivalutazione/aggiornamento;

VISTA la legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

VISTA la legge regionale n. 48 del 28 dicembre 2018;

DECRETA

1. di considerare le premesse quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
2. di approvare le "*Linee di indirizzo regionali per la definizione di protocolli di collaborazione tra servizi per la disabilità età adulta e non autosufficienza e i dipartimenti salute mentale*" di cui all'**Allegato A**, che costituisce parte integrante del presente atto;

Mod. B - copia

3. di stabilire che le Aziende ULSS dovranno dotarsi di protocolli aziendali in applicazione delle linee di indirizzo regionali e di trasmetterle all'Area Sanità e Sociale entro il 31 maggio 2022;
4. di stabilire che le linee di indirizzo, parte integrante del presente atto, necessitano di sperimentazione, valutazione e aggiornamento, congiuntamente alle risultanze della sperimentale scheda di analisi dei bisogni assistenziali;
5. di determinare al 31 maggio 2023 la conclusione del periodo di sperimentazione;
6. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
7. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.

F.to Dr. Claudio Pilerci



Linee di indirizzo regionali per protocolli di collaborazione tra servizi per la disabilità età adulta e non autosufficienza e i dipartimenti salute mentale per una presa in carico appropriata ai bisogni degli utenti.



Gruppo Tecnico di Lavoro di cui al Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n.95 del 16 settembre 2020

Dott. Marco Nuti	Dirigente U.O. Salute Mentale e sanità penitenziaria; Direzione Programmazione Sanitaria – LEA, Regione del Veneto Coordinatore gruppo di lavoro
Dott. Giuseppe Gagni	Direttore U.O. Non Autosufficienza; Direzione Servizi Sociali Regione del Veneto
Dott.ssa Maria Cristina Ghiotto	Direttore U.O. Cure primarie e strutture socio sanitarie territoriali; Direzione Programmazione Sanitaria – LEA, Regione Veneto
Dott.ssa Biancotto Maria	Responsabile U.O.S. Disabilità ULSS 9 Scaligera
Dott. Andrea Danieli	Direttore Dipartimento Salute Mentale ULSS 8 Berica
Dott. Moreno De Rossi	Direttore Dipartimento Salute Mentale ULSS 3 Serenissima
Dott. Pasquale Borsellino	Direttore IAFC ULSS 2 Marca Trevigiana
Dott. Livio Dalla Verde	Direttore U.O.C. Psichiatria 2 ULSS 8 Berica
Dott. Giovanni Zanuttigh	Responsabile SPDC ULSS 3 Serenissima
Dott. Piero Realdon	Direttore di Distretto ULSS 6 Euganea
Dott.ssa Martina De Battisti	Assistente Sociale - U.O.C. Disabilità e Non Autosufficienza ULSS 9 Scaligera
Dott.ssa Alessandra Zapparoli	Assistente Sociale - U.O. Non Autosufficienza Direzione Servizi Sociali Regione del Veneto
Mirella Cester	P.O. Rilevazione e gestione flussi di attività - U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria – Direzione Programmazione Sanitaria – LEA con funzione di supporto alle attività del gruppo di lavoro



Sommario

1. Premessa	4
2. Normativa di riferimento	4
2.1 Normativa nazionale	4
2.2. Normativa regionale	5
3. Attori	6
Distretto Socio Sanitario	6
Le Unità Operative dell'azienda ULSS coinvolte nella presa in carico	7
Le Amministrazioni Comunali	7
4. Obiettivi	8
5. Definizione della diagnosi e titolarità di cura	8
5.1 Analisi dei bisogni socio-assistenziali	11
5.2 L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD)	12
5.3 Il Progetto Individualizzato nei utenti con comorbilità	13
5.4 Team Aziendale per la gestione e la presa in carico dei soggetti autistici in età adulta (DGR 2959/2012).	13
5.5 Il Progetto Individualizzato negli utenti con comorbilità in età geriatrica, a gestione interservizi	14
6. La rete dei servizi per l'utenza ad elevata complessità	15
7. Formazione interservizi	17
8. Indicatori	17
9. Glossario e acronimi	18
Allegato 1 Scheda di analisi dei bisogni assistenziali per la definizione della titolarità della presa in carico	19
Allegato 2 Risorse, fattori di protezione e di vulnerabilità	24
Allegato 3 Flow chart del modello di presa in carico	25



1. Premessa

I professionisti che a diverso titolo prendono in carico e affrontano i bisogni complessi delle situazioni multiproblematiche, sperimentano sovente la difficoltà di coinvolgere e coordinare nel percorso assistenziale di queste persone, soluzioni condivise volte a definire i diversi *setting* di cura e assistenza.

La collaborazione inter-area e la costruzione di strategie di intervento comuni costituiscono perciò elementi fondanti di una politica di programmazione dei servizi socio-sanitari finalizzata alla gestione ottimale e sinergica delle situazioni multiproblematiche. L'individuazione di modalità operative chiare ed applicabili nella pratica quotidiana, disciplinate da protocolli tra distretto-dipartimenti ed enti coinvolti istituzionalmente del processo di presa in carico, volte all'integrazione dei percorsi assistenziali, garantisce la legittimità e congruità degli interventi erogati e agevola i percorsi di accesso ai servizi per i cittadini.

La corretta presa in carico globale della persona passa attraverso diversi fattori, ma è focalizzata attorno all'esigenza di una marcata integrazione ed interazione tra aspetti sociali e sanitari con la definizione di percorsi specifici che prevedano il passaggio da un *setting* di cura all'altro in base alle necessità clinico riabilitativo e assistenziali che si vanno a configurare nell'interesse della persona seguita. La definizione di questi percorsi garantisce l'individuazione della titolarità del caso nel rispetto della continuità della cura, dell'assistenza e della centralità della persona.

Tale processo richiede un monitoraggio responsabile ed integrato volto a fornire appropriatezza e rispondenza ai bisogni psico-sociali della persona rispetto alle opportunità e ai sostegni offerti dalla rete dei servizi.

L'applicabilità del presente protocollo va contestualizzata nell'ambito del finanziamento del sistema delle deleghe riconosciute all'Azienda ULSS da parte delle amministrazioni comunali.

2. Normativa di riferimento

2.1 Normativa nazionale

- **DPCM 12 gennaio 2017** "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*" in particolare la definizione di disabilità e salute mentale di cui agli art 26 e 27 che identificano rispettivamente i livelli di assistenza sociosanitaria previsti per le persone con disturbi mentali e per le persone con disabilità, evidenziando l'importanza della presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato;
- **Legge 8 novembre 2000, n. 328** "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*";
- **D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502** ad oggetto "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*", nel quale vengono definiti: la tutela del diritto alla salute, la programmazione sanitaria e la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse; l'art.3 septies, identifica le prestazioni socio-sanitarie in cui si realizza l'integrazione sociosanitaria individuando: le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, ed infine le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative.



2.2. Normativa regionale

- **L.R. 13 aprile 2001 n. 11**, “*Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*” con la quale la Regione del Veneto assicura ai cittadini i migliori livelli uniformi di assistenza sanitaria in ambito territoriale regionale in rapporto alle risorse a disposizione;
- **L.R. 28 dicembre 2018 n. 48** ad oggetto “*Piano socio sanitario regionale 2019-2023*” - il piano socio sanitario regionale 2019 - 2023 è lo strumento programmatico che individua le modalità organizzative ed operative nell’ambito delle aree di intervento della tutela e promozione della salute evidenziando i seguenti punti cardine del sistema sociosanitario veneto:
 - a) **la presa in carico della cronicità e multimorbilità** che si realizza attraverso i Distretti secondo modelli organizzativi qualificati da risorse professionali in grado di rispondere alla complessità multidimensionale del bisogno, orientata alla realizzazione di percorsi di presa in carico integrati;
 - b) **la tutela della salute mentale** è una delle aree più complesse, che richiede una forte integrazione tra “area delle cure sanitarie” e “area degli interventi socio-relazionali”. Lo strumento metodologico di presa in carico è il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), condiviso con gli altri servizi del territorio, a partire dalla medicina generale e, per i casi complessi, definito in UVMD;
 - c) **il supporto alla persona con disabilità** che deve essere posta nelle condizioni di affrontare il percorso personale tale da permetterle di crescere e maturare esperienze, di educazione, di studio, di formazione e lavoro, di socializzazione il più possibile piene e complete. Tale visione abbraccia tutti gli aspetti di vita della persona dalla nascita in poi, secondo il progetto di vita di ognuno;
 - d) **l’integrazione sociosanitaria** che è il fulcro del modello sociosanitario veneto, fondato sulla centralità della persona e la considerazione dei suoi bisogni secondo un approccio di presa in carico globale e la conseguente organizzazione coordinata e unitaria della risposta assistenziale. L’integrazione sociosanitaria si realizza anche mediante l’implementazione di processi volti a rafforzare i meccanismi operativi per il coordinamento delle reti costituite dai vari soggetti agenti lungo tutta la filiera assistenziale, secondo obiettivi di razionalizzazione e di ottimizzazione delle sinergie possibili. L’integrazione sociosanitaria, nel modello veneto si qualifica, all’interno degli ambiti distrettuali, per la partecipazione delle comunità locali (Comitati e Conferenze dei Sindaci) ai processi di pianificazione e per la delega dai comuni alle aziende ULSS della gestione di molteplici servizi sociali. Il meccanismo operativo attraverso cui si concretizza l’integrazione socio-sanitaria è l’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) alla quale è affidato il compito di effettuare la diagnosi del bisogno bio-psico-sociale e di individuare la risposta più appropriata, rispetto all’evidenza scientifica e all’efficacia globale e contestualizzata, per ogni determinata persona svantaggiata e/o con limitazioni funzionali.
- **DGR n. 651 del 9 marzo 2010** “*Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale - triennio 2010-2012: (L.R. n. 5/1996, DGR n. 105/CR del 14/07/2009)*”. Tale delibera giunta, tra l’altro indica come azioni di miglioramento nella collaborazione tra l’area salute mentale e area disabilità quella di implementare la consulenza da parte del DSM ai Servizi Distrettuali per la disabilità, definire percorsi formativi condivisi, in particolare sulla valutazione della persona con strumenti comuni e sulla costruzione di progetti personalizzati e approntare protocolli di collaborazione, anche per eventuale presa in carico comune delle persone con disabilità intellettiva lieve accompagnata a disturbi emotivi e relazionali, per i quali si ritengono necessari interventi specialistici di carattere psichiatrico;
- **DGR n. 2959 del 28 dicembre 2012** “*Approvazione Linee di Indirizzo regionali per i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD)*” Queste ultime sono finalizzate a migliorare la programmazione degli interventi



socio-sanitari, sociali ed educativi a favore delle persone con autismo e delle loro famiglie in tutto l'arco della vita, fornendo indicazioni omogenee per la programmazione e verifica delle attività per minori ed adulti affetti da autismo per migliorare le prestazioni della rete dei servizi, favorire il raccordo ed il coordinamento tra tutte le aree operative coinvolte anche attraverso la strutturazione di team multidisciplinari trasversali;

- **DGR n. 1306 del 16 agosto 2017** “Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l’approvazione della dotazione di strutture nell’area non ospedaliera, per l’organizzazione del Distretto, per l’organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l’organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. DGR n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19)” che definisce le linee guida per la predisposizione degli Atti aziendali, con la definizione di organizzazione e funzioni delle Aziende ULSS;
- **DGR n. 426 del 9 aprile 2019** “Approvazione delle Linee Guida regionali per la predisposizione dei Piani di Zona dei servizi sociali e sociosanitari 2020/2022 (L.R. n. 48 del 28/12/2018; DGR n. 1974 del 21/12/2018; DGR n. 2174 del 23/12/2016; DGR n. 2082 del 3/8/2010; DGR n. 157 del 26/1/2010)”. Le suddette linee guida delineano il quadro entro il quale si attiveranno nei prossimi anni i processi di programmazione integrata e partecipata nei diversi ambiti del territorio regionale, i processi riorienteranno il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, da coordinarsi con quelli sanitari e socio-sanitari, secondo modalità innovative e adeguate alle problematiche emergenti.

3. Attori

Come previsto dall’atto aziendale le attività previste dal presente protocollo si integrano tra i seguenti attori:

- Distretto Socio Sanitario (sulla base dei livelli assistenziali previsti);
- UOC Disabilità e Non autosufficienza;
- UO Cure Primarie;
- Dipartimento di Salute Mentale
- UOC Infanzia, Adolescenza, famiglia e Consultori;
- Direzioni Amministrative Territoriali;
- Ser.D;
- MMG/PLS;
- Amministrazioni Comunali (sulla base del sistema delle deleghe riconosciute all’Azienda ULSS);

Distretto Socio Sanitario

L’articolazione organizzativa dell’Azienda ULSS in cui si realizza l’integrazione sociosanitaria e la sinergia tra le diverse competenze è il Distretto Socio sanitario. Il Distretto è il fulcro operativo dell’integrazione socio-sanitaria, punto d’incontro tra i diversi *setting* assistenziali e raccordo con i servizi sociali dei Comuni mediante l’UVMD. Le aziende ULSS attraverso i Distretti, sono l’ente di coordinamento e operativo nella gestione dei servizi e degli interventi riferiti ai tre ambiti: sanitario, sociosanitario e sociale.

Ciò sviluppa una logica di collaborazione tra i servizi basata sui bisogni della persona cercando di superare le frammentazioni istituzionali e favorendo l’integrazione degli interventi, laddove emerga la necessità di una competenza specifica del DSM o della UOC Disabilità e Non Autosufficienza, nel rispetto del loro mandato istituzionale e della titolarità della presa in carico.

I Servizi distrettuali per la disabilità e non autosufficienza promuovono, coordinano e realizzano interventi per migliorare l’autonomia, le relazioni, le condizioni di vita e l’integrazione sociale dei disabili e delle loro famiglie.



Le Unità Operative dell'azienda ULSS coinvolte nella presa in carico

Nell'intero processo di presa in carico disciplinato nel presente protocollo è coinvolta l'Unità Operativa Complessa Disabilità e Non autosufficienza nella sua articolazione aziendale che interviene attraverso la promozione e gestione di risposte globali e unitarie rivolte alla persona non autosufficienti svolge attività di programmazione, e promuove risposte globali e unitarie finalizzate al benessere della persona non autosufficiente, della persona con disabilità e delle rispettive famiglie e sviluppa progetti individualizzati per potenziare e mantenere abilità e competenze per una migliore inclusione della persona con disabilità nel proprio contesto di vita, anche attraverso la gestione delle modalità di accesso alla rete dei Servizi comprese quelle relative all'erogazione di prestazioni residenziali e semiresidenziali. L'Unità Operativa Complessa Cure primarie supporta l'attività della Unità Operativa Complessa Disabilità e Non autosufficienza, specie nel raccordo con la medicina di famiglia, con l'assistenza domiciliare, con l'assistenza residenziale. In questo processo interviene parimenti il Dipartimento di Salute Mentale che è la struttura operativa dell'Azienda sanitaria a cui fanno capo tutti i Servizi psichiatrici territoriali e ospedalieri e interviene nel processo nell'esercizio delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disturbo psichiatrico nel rispetto della vigente normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 Gennaio 2017), alla popolazione maggiorenne. E' un dipartimento strutturale transmurale (ospedaliero e territoriale), unico per ogni Azienda ULSS, dotato di autonomia tecnico-organizzativa gerarchicamente dipendente dalla Direzione dei servizi socio-sanitari e con afferenza funzionale alla Direzione Sanitaria. La *mission* del DSM è quella di attuare le azioni più idonee per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale associato a patologia psichiatrica concorrendo a promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio (DGR n. 1306 del 16 agosto 2017).

Particolarmente importante nella fase di transizione tra adolescenza ed età adulta nel percorso di presa in carico di casi complessi è la UOC Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori in cui si incardina la UOS di Neuropsichiatria Infantile che è la struttura interdisciplinare deputata all'attuazione di percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie dello sviluppo: neurologiche, psichiatriche, cognitive, relazionali e neuropsicologiche dell'infanzia e dell'adolescenza. Ad essa spetta la definizione del progetto terapeutico e/o riabilitativo secondo una valutazione globale multiprofessionale specifica, al fine di garantire appropriatezza e completezza nella diagnosi, precisione e adeguatezza del progetto terapeutico, coerenza e continuità degli interventi di cura possibili e verifica degli esiti nel corso del tempo. Nell'ambito della definizione della presa in carico la Direzione Amministrativa Territoriale interviene a garanzia della legittimità dal punto di vista giuridico e amministrativo attraverso il supporto funzionale garantito a favore dei servizi coinvolti nel processo di valutazione e presa in carico e riconoscimento delle prestazioni da erogare.

Le Amministrazioni Comunali

Nel processo di definizione della presa in carico secondo quanto disposto dall'art. 6 della Legge n. 328/2000 le Amministrazioni comunali collaborano attraverso i Servizi Sociali alla definizione del progetto di vita della persona e concorrono alla programmazione del sistema locale di offerta sociosanitaria, attraverso i Piani di Zona, per favorire e implementare obiettivi di adeguatezza ai bisogni ed alle esigenze del territorio, nonché uniformare i livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. In tale contesto intervengono, nell'ambito delle proprie funzioni integrate con quelle dell'Azienda ULSS concorrendo nella ricomposizione di tutte le risorse utili per addivenire ad una presa in carico congrua e rispondente alla complessità dei bisogni della persona. La preventiva informazione dell'amministrazione comunale, già dalle fasi preliminari per la definizione del progetto, non si deve ridurre alla definizione del corretto inquadramento amministrativo ma, vista la particolarità e complessità della tipologia di utenza in parola, deve concretizzarsi in un coinvolgimento integrato ad ogni livello professionale e non, in cui viene realizzata la ricomposizione di tutte le risorse e opportunità disponibili per la miglior riuscita della presa in carico.



4. Obiettivi

Gli obiettivi del presente protocollo sono rappresentati dall'individuazione dei percorsi di accesso degli utenti ai servizi delle aree coinvolte e a modalità condivise di presa in carico per la gestione delle situazioni di comorbidità che possano beneficiare di interventi da parte di entrambe le aree. In tali ambiti la presa in carico consiste in una strategia di attenzione che, attraverso l'incrocio dell'offerta di servizi e opportunità pubbliche o private, nell'ambito di interventi coordinati e svolti con la continuità necessaria, abbia la finalità di valorizzare le capacità e le abilità delle persone con disabilità fisica e psichica e di persone con comorbidità con disturbi psichici promuovendone i diritti e garantendone la realizzazione, passando da un approccio basato sul riconoscimento del deficit a favore di un approccio basato sul riconoscimento dei diritti umani, così come auspicato nella Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 30 marzo 2007 ratificata con legge dello Stato del 3 marzo 2009, n. 18. Questo rappresenta l'obiettivo sul quale poggia la presa in carico globale della persona e, per "presa in carico globale" si intende perciò la promozione di un processo di aiuto capace di puntare al miglioramento del benessere possibile della persona nella sua totalità. Ciò si traduce operativamente in un percorso condiviso, integrato e continuativo che coinvolge diversi ambiti e *setting* socio-assistenziali e ri-compone le diverse risorse esistenti e/o attivabili a favore della persona stessa. Tale processo ha come obiettivo principale quello di valorizzare e promuovere la partecipazione e le potenzialità, dei soggetti coinvolti.

In particolare gli obiettivi sono quelli di:

- a) definire la corretta presa in carico integrata e coordinata delle persone con comorbidità tra disturbi psichiatrici e disabilità definita in base alla diagnosi prevalente per riuscire a predisporre un progetto personalizzato in grado di rispondere ai bisogni espressi o inespressi della persona;
- b) individuare una metodologia di lavoro condivisa che consenta di definire le specificità di intervento dei servizi coinvolti per lo sviluppo di soluzioni innovative e sperimentali a favore di queste particolari situazioni di comorbidità nel superiore interesse della persona al centro del processo di aiuto;
- c) favorire la pianificazione e l'erogazione di interventi terapeutici, assistenziali, socio-educativi e riabilitativi integrati e coordinati per gli utenti affetti da disabilità di tipo psichico e/o neuromotorio, problematiche di tipo comportamentali e/o psichiatriche che, fatta salva la competenza del servizio referente, possano beneficiare di un intervento specialistico dell'altro servizio.

5. Definizione della diagnosi e titolarità di cura

Una corretta valutazione multiprofessionale e interdisciplinare è indispensabile per rilevare la complessità dei disturbi e per pianificare un progetto individuale condiviso capace di attivare e connettere interventi integrati di settori e specialisti afferenti a strutture diverse per addivenire all'individuazione della titolarità della presa in carico. Nell'ambito di tale valutazione il medico, al termine del processo clinico-anamnestico, formula la diagnosi nosografica secondo l'ICD-10. L'identificazione e la graduazione delle diagnosi nosografiche indicate e la successiva definizione della presa in carico, con particolare riguardo alle patologie di lieve entità come il ritardo mentale lieve o i disturbi nevrotici legati a stress, sono comunque oggetto di valutazione dei servizi. Da questo approccio valutativo comune, possiamo evidenziare **tre modalità di presa in carico (Tabella 1)**:

1. **Paziente con disturbo psichiatrico prevalente e compresenza di disabilità (Modello 1);**
2. **Paziente con disabilità acquisita o congenita prevalente e compresenza di disturbo psichiatrico (Modello 2);**
3. **Paziente con disturbo psichiatrico e disabilità con necessità di ulteriore approfondimento (Modello 3).**



Modello di presa in carico	Area di titolarità della presa in carico	Individuazione diagnostica della titolarità secondo ICD-10
Modello di presa in carico 1 Paziente con disturbo psichiatrico prevalente e presenza di disabilità	<p>Il disturbo psichiatrico risulta prevalente e la gestione della presa in carico è del DSM; le UOC Disabilità e Non autosufficienza svolgono attività di consulenza ove necessario, nell'ambito del PTRI.</p> <p>La UO Cure primarie garantisce il necessario raccordo con i diversi <i>setting</i> e con la medicina generale qualora necessario.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti;- Disturbi dell'umore [affettivi]: disturbo affettivo bipolare, disturbo depressivo ricorrente, episodio depressivo, disturbi persistenti dell'umore;- Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi: disturbi ansioso-fobici, Altri disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento;- Disturbi dell'alimentazione;- Disturbi della personalità.
Modello di presa in carico 2 Pazienti con disabilità/non autosufficienza (patologie delegate all'Azienda ULSS) acquisita o congenita prevalente e disturbo psichiatrico in comorbilità	<p>La condizione di disabilità risulta prevalente e la gestione della presa in carico è della UOC Disabilità e Non autosufficienza assieme al MMG; il DSM svolge attività di consulenza ove necessario.</p> <p>La UO Cure primarie garantisce il necessario raccordo con i diversi <i>setting</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Malattie del sistema nervoso quali: distrofie muscolari; morbo di Parkinson; malattie demielinizzanti del sistema nervoso; disturbi dei nervi, plessi e radici; polineuropatie ed altri disturbi del SNP; malattie della giunzione neuromuscolare e dei muscoli; paralisi cerebrali; altri disturbi del sistema nervoso;- Condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale; causa di disabilità che determinano dipendenza assistenziale tali da non consentire una sufficiente capacità personale d'autogestione o che in ogni caso pongano la famiglia in difficoltà a provvedervi;- Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche e del sistema osteomuscolare;- Ritardo mentale;- Anomalie cromosomiche non classificate altrove;- Disabilità/Non Autosufficienza acquisita ad esito di traumi, lesioni, o malattia senza disturbi psichici associati sulla base del sistema delle deleghe all'Azienda ULSS da parte delle amministrazioni comunali.




Modello di presa in carico	Area di titolarità della presa in carico	Individuazione diagnostica della titolarità secondo ICD-10
<p>Modello di presa in carico 3</p> <p>Pazienti con disabilità acquisita o congenita e disturbo psichiatrico in comorbilità ad elevata complessità e carico assistenziale con necessità di ulteriore approfondimento</p>	<p>La condizione di disabilità e psichiatrica in comorbilità e la gestione deve essere ad elevata integrazione tra il DSM, UOC Disabilità e Non autosufficienza, <u>con la definizione della titolarità della presa in carico e la co-definizione del progetto terapeutico con il supporto della UO Cure primarie.</u></p> <div style="text-align: center;">  <p>COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI ANALISI DEI BISOGNI (Allegato 1)</p> </div>	<p>Pazienti in comorbilità per i quali non sia stato possibile individuare una diagnosi/bisogno prevalenti secondo i modelli di presa in carico 1 e 2.</p> <p>A titolo esemplificativo si riportano alcuni quadri diagnostici e psicopatologici che possono necessitare di interventi ad elevata integrazione e una valutazione congiunta della titolarità (elenco non esaustivo):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Disturbo dello spettro autistico associato a disturbi psichiatrici medio/severi*; – Ritardo mentale in comorbilità con disturbi psichiatrici; – Pazienti in cui coesistono disturbi psichiatrici e disfunzioni cerebrali dovuti ad altra patologia; – Pazienti con esiti di abuso di sostanze determinanti disabilità e con disturbo psichiatrico (necessaria collaborazione del SERD). *nel rispetto di quanto previsto dalla DGR 2959/2012 per i gruppi di lavoro multiprofessionale integrati, afferenti ai Servizi per l'Handicap adulto.

Tabella 1. La presa in carico nell'utenza multimorbile.

Il modello di presa in carico n. 3, necessita di meglio definire la titolarità della presa in carico procedendo alla rilevazione dei bisogni assistenziali in maniera puntuale e attenta attraverso l'utilizzo della "Scheda di rilevazione dei bisogni assistenziali per la definizione della titolarità della presa in carico" (**Allegato 1**). In questo ambito è più importante ricostruire la storia del soggetto e l'evoluzione del disturbo considerando oltre al quadro clinico anche l'anamnesi socio familiare e gli elementi che maggiormente connotano la compromissione del suo funzionamento orientandolo verso la disabilità oppure verso il disturbo mentale. Contestualmente alla definizione diagnostica diventa prioritario valutare e definire gli aspetti di vulnerabilità e di fragilità sociale legati alla situazione della persona multiproblematica, tale valutazione sociale diventa strategica per la realizzabilità di un progetto di vita e di qualità di vita.



5.1 Analisi dei bisogni socio-assistenziali

La complessità è data da più fattori e caratteristiche della persona e della situazione ambientale ed è il risultato della combinazione di più fattori concomitanti (comorbidità, situazione familiare e personale, risorse, servizi ecc.). Le situazioni complesse richiedono una valutazione approfondita e articolata sia negli aspetti clinico assistenziali che in quelli sociali e relazionali.

La complessità che connota le situazioni multiproblematiche è data infatti dalla compresenza di più fattori di diversa natura sia personali che del contesto familiare e sociale, dalla presenza di risorse e dall'attivazione di servizi sociosanitari. Nell'individuare gli indicatori in grado di definire la situazione multiproblematica è importante ritornare al concetto di salute dell'OMS come *“stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non semplicemente assenza di malattia o infermità”*.

Nel piano d'azione per la salute mentale dell'OMS 2013 – 2020 e nel piano d'azione globale sulla disabilità dell'OMS 2014-2021, viene riportata l'importanza dell'interdipendenza tra una diagnosi tempestiva e l'incidenza sul benessere della persona dei determinanti di salute: fattori sociali, culturali, economici, politici, ambientali presenti nel contesto familiare e sociale.

Risulta perciò necessario al pari della valutazione dei bisogni clinico-assistenziali, valutare con attenzione i fattori determinanti sociali, familiari, relazionali attribuibili ai diversi assi della vita di una persona per integrarli e comprenderli nell'evoluzione della storia clinica della persona stessa.

La valutazione sociale identifica le **autonomie di base**, evidenziando quelle:

- a) **personali** (capacità della cura degli spazi, capacità di autodeterminazione, capacità nella cura di se);
- b) **socio-relazionali** (capacità di orientamento e mobilità nell'ambiente, capacità di utilizzo di strumenti di comunicazione, capacità di gestione delle emozioni e dell'affettività, capacità di gestione del tempo);
- c) **economiche** (capacità di gestione del denaro, capacità e abilità lavorative).

Valorizzare le autonomie secondo un approccio capacitante fa emergere di conseguenza gli aspetti più fragili, per i quali può rendersi necessario affiancare alla persona un eventuale facilitatore, in grado di mediare positivamente tra il soggetto e l'ambiente nelle attività della vita quotidiana e di partecipazione alla vita di relazione.

Nella valutazione degli aspetti sociali risulta altresì necessario approfondire le informazioni riguardanti la **rete di appartenenza primaria** (famiglia, rete parentale, amicale - caratterizzata da scambi di reciprocità), la **rete secondaria informale** (gruppi di volontariato, gruppi di auto-mutuo-aiuto, associazioni - caratterizzata da scambi solidaristici) e la **rete secondaria formale** che comprende le istituzioni erogatrici di servizi e prestazioni regolati da norme e garanti nel complesso della presa in carico.

Riconoscere e identificare il rapporto che la persona stabilisce con le reti di appartenenza in termini di collaborazione e fiducia, aiuta l'equipe a costruire un quadro complessivo della situazione volto alla definizione di un progetto aderente all'evoluzione dei bisogni.

La valutazione sociale non può prescindere da una accurata e approfondita conoscenza del contesto, del territorio e dell'offerta dei servizi; la conoscenza delle risorse attivabili (residenziali, domiciliari, comunitarie, di inserimento lavorativo) permette un'analisi predittiva del progetto più adatto alla persona, attuando una risposta il più possibile appropriata alla situazione multiproblematica e alla sua evoluzione nel tempo, riducendo il senso di incertezza e la possibilità di insuccesso. Conoscere il contesto di riferimento permette di offrire un adeguato orientamento e accompagnamento della persona, garantendo a quest'ultima l'accesso alle risorse.

L'analisi dei bisogni degli aspetti sociali comporta la valutazione dei **fattori di vulnerabilità personali**, socio familiari e ambientali, che pongono il soggetto in uno stato di elevata esposizione a rischi ed incertezze e che, in combinazione con una ridotta capacità di protezione e difesa della persona, potrebbero indebolire la capacità di resilienza del soggetto. L'attenzione a tali aspetti permette di promuovere interventi preventivi a tutela del soggetto fragile.

Nel contempo in sede di valutazione si focalizzano i **fattori di protezione**, gli aspetti positivi della situazione, e gli elementi di forza che possono ridurre il livello di vulnerabilità del soggetto e portarlo ad una evoluzione positiva e stabile della sua situazione (**Allegato 2**).



Si tratta perciò di evidenziare le potenzialità e le motivazioni verso il cambiamento della situazione, sia da parte della persona, sia della sua rete familiare, sociale e comunitaria.

5.2 L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD)

Nel contesto organizzativo del Distretto socio-sanitario assume un ruolo strategico lo strumento della valutazione multidimensionale (UVMD), ex DGR n. 4588/2007, che persegue la logica della centralità e l'affermazione della dignità della persona attraverso l'umanizzazione dei percorsi socio-assistenziali, che coinvolgono tutti gli attori, operatori, pazienti, famiglie e reti sociali. La valutazione multidimensionale è quindi un processo dinamico volto a identificare e delineare, con anticipo (carattere predittivo) la natura e l'essenza dei bisogni della persona e allo stesso tempo a rilevare e valorizzare le sue risorse e le potenzialità della rete di appartenenza.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, nell'esercizio del proprio ruolo di diagnosi del bisogno bio-psico-sociale e di individuazione della risposta più appropriata per la persona, esplica la propria funzione attraverso la molteplicità dei profili coinvolti dal Direttore del Distretto socio sanitario che la presiede. La multiprofessionalità che caratterizza tale modello operativo garantisce la gestione dei problemi di salute con strumenti organizzativi e professionali proporzionati alla complessità multidimensionale del bisogno. Il processo comporta che l'equipe (comprensiva di tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico) condivida un sistema di prioritizzazione dei bisogni che si intendono affrontare e delle scelte/esigenze proprie della persona che si intendono rispettare, al fine di realizzare percorsi integrati che si snodano durante tutto l'arco della vita della persona.

Il Responsabile dell'UVMD, nel proprio ruolo di ricomposizione di tutte le professionalità e risorse atte a calibrare e determinare la corretta presa in carico del paziente multiproblematico riveste un ruolo cruciale nel processo di definizione ed attribuzione. Lo stesso può implementare la composizione dell'Unità Valutativa con tutte le altre figure professionali ritenute utili per la definizione del progetto assistenziale individuale (PAI) compreso i Responsabili di strutture semiresidenziali o residenziali, pubbliche e private.

E' proprio il coinvolgimento di tutte le professionalità e risorse in grado di fare emergere le caratteristiche della persona nelle sue peculiarità la fase cruciale per la definizione di percorsi integrati di cura ed assistenza che siano appropriati ai bisogni.

Le fasi preparatorie dell'UVMD ed il confronto fra tutti gli attori coinvolti, su iniziativa del Direttore del Distretto o di un suo delegato, sono fondamentali per la risoluzione di tutte le criticità che caratteristicamente emergono nella gestione dei casi multiproblematici di difficile gestione e per la ridefinizione delle progettualità caratterizzate dalla complessità spesso generata dalla esigenza di fare fronte a carichi assistenziali importanti. In tale contesto l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale identifica gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni del territorio (quali bisogni, quali competenze necessarie, quali professionisti, quali prestazioni, quali servizi, in che misura, con che modalità e per quanto tempo) e soprattutto in termini di congruità degli interventi e di sostenibilità delle prestazioni e della presa in carico nella definizione quindi di quali sostegni e risorse economiche anche in termini di personale risorse umane, servizi in atto o da attivare, per il breve, medio e lungo periodo.

Diventa sostanziale che i servizi e gli operatori coinvolti nell'UVMD operino in un'ottica di trasversalità in relazione ai bisogni dell'utente uscendo da logiche di presa in carico ed erogazione di prestazioni distinte tra unità operative aziendali ma valorizzando la verifica congiunta dell'intervento e la valutazione dello stesso in termini di congruità ed appropriatezza.

L'esigua numerosità di utenza di interesse del protocollo ma caratterizzata da elevati carichi assistenziali impone di valorizzare il ruolo del Direttore del Distretto socio sanitario, attribuendo allo stesso la responsabilità di valutare l'appropriatezza delle prestazioni ed il relativo *setting* assistenziale, la sostenibilità del progetto nonché l'efficacia degli interventi previsti in relazione al costo generato. Su iniziativa del Direttore del Distretto socio sanitario, con il supporto delle professionalità protagoniste del processo e della Direzione amministrativa territoriale, in caso di documentato esito negativo della risposta messa a punto precedentemente per effetto dell'applicazione del presente protocollo, andrà riattivato l'intero iter di valutazione che ridefinirà la presa in carico orientandola verso gli interventi fino a quel momento maggiormente rispondenti al bisogno dell'assistito e più favorevoli anche in termini di economicità ed



efficienza progettuale. Le priorità nella ridefinizione della presa in carico dovranno seguire logiche ispirate alla soddisfazione del bisogno, all'appropriatezza dell'intervento, alla specifica competenza dei servizi e alla sostenibilità e congruità economica delle prestazioni al fine di valutare la permanenza all'interno dell'area di provenienza o l'individuazione di una diversa presa in carico. Le criticità riscontrate e verificate durante la presa in carico e l'erogazione degli interventi costituiscono uno dei motivi per la rivalutazione dell'intero processo. A tal fine, il Direttore di Distretto assicura che la definizione della presa in carico si concluda con il perseguimento del benessere della persona e con l'appropriatezza delle prestazioni finanziate.

In sede di UVMD i professionisti puntano a garantire alla persona il diritto di godere del miglior stato di benessere possibile, accedendo a cure sanitarie e interventi socio-sanitari e assistenziali appropriati ai bisogni in tutte le fasi della vita. In particolare, con il prevalere della multimorbilità, l'UVMD deve essere capace di sostenere le persone nel raggiungimento del massimo grado di funzionalità possibile in relazione allo stato di salute e al periodo della vita.

L'UVMD assume perciò un ruolo strategico e determinante per la definizione dei percorsi di cura integrati, specie nel garantire la continuità dell'assistenza nei momenti di transizione nelle diverse fasi della vita da processi di cura dedicati al bambino a quelli dell'adulto e da quelli dell'adulto a quelli dall'anziano. Queste transizioni tra le aree rappresentano aspetti critici e cruciali nella presa in carico e comportano necessariamente la definizione e garanzia della continuità dell'assistenza e il passaggio da un sistema di servizi ad un altro. La rete dei servizi deve essere disponibile, competente e organizzata come "snodo" di uno stesso percorso assistenziale unitario e integrato, in modo tale da sostenere e contenere le persone e le famiglie in questa transizione.

Il Servizio risultato titolare della presa in carico ha il compito di coinvolgere gli altri servizi interessati per la pianificazione di azioni integrate onde realizzare gli obiettivi definiti nel progetto individualizzato.

5.3 Il Progetto Individualizzato negli utenti con comorbilità

Nell'UVMD viene definito e approvato il progetto personalizzato che è il documento elaborato sulla base di valutazioni tecnico-specialistiche multidisciplinari. Nel progetto si confrontano elementi di valutazione clinica, assistenziale, sociale, psicologica, linguistico-comunicativa e relazionale. Questi elementi sono definiti assieme con la persona e/o con i *caregivers*, per garantire il più possibile la partecipazione attiva, l'*engagement* e l'autodeterminazione. Attraverso il progetto personalizzato vengono definite e ri-composte le diverse risorse e le opportunità disponibili per la presa in carico della situazione multiproblematica.

Attraverso il progetto personalizzato i vari interventi, sostegni, servizi e supporti, vengono pianificati e coordinati in modo unitario e mirato rispetto al bisogno e alle aspirazioni della persona. Gli obiettivi del progetto personalizzato sono il miglioramento della qualità di vita e la sostenibilità del sistema. Nel progetto personalizzato è definito anche il percorso di monitoraggio volto a garantire l'aderenza del progetto alle fasi di evoluzione dei bisogni in modo da garantire la tempestività nella modificazione degli obiettivi di cura e assistenza. Per favorire il coordinamento e il monitoraggio, l'UVMD individua nel progetto personalizzato il "*case manager*", cioè l'operatore di riferimento per la persona.

Il *case manager* di situazioni multiproblematiche ha la responsabilità e il mandato di facilitare e coordinare il percorso individualizzato e gestire la complessità in tutti gli aspetti in cui essa di evidenza.

5.4 Team Aziendale per la gestione e la presa in carico dei soggetti autistici in età adulta (DGR 2959/2012).

Ogni Azienda ULSS individua un gruppo di lavoro multiprofessionale integrato, che afferisce ai Servizi per la Disabilità e l'Handicap adulto, costituito da un pool di professionisti dei Servizi sanitari e sociali dell'Azienda, adeguatamente e specificamente formati sulla tematica autistica nell'adulto, che operi nell'ambito distrettuale, secondo modalità di collaborazione condivise tra tutti i Servizi coinvolti per le specifiche competenze, con procedure volte ad assicurare la corretta integrazione con il Servizio per l'età evolutiva al fine di mantenere la coerenza degli interventi intrapresi e garantire un "passaggio di consegne" in continuità e all'interno di un progetto condiviso.

Il gruppo così individuato ha il compito di:

- a) assicurare la continuità con i percorsi abilitativi precedenti;



- b) aggiornare il Progetto Individualizzato;
- c) monitorare l'andamento clinico e le eventuali comorbidità;
- d) garantire la regia e il monitoraggio dell'adeguata esecuzione degli interventi dei Servizi di competenza coinvolti, proseguendo gli interventi riabilitativi ed educativi già strutturati o intraprendendone di nuovi, finalizzati all'acquisizione di competenze per raggiungere i migliori livelli di autonomia personale, di interazione sociale e di integrazione nel mondo del lavoro, secondo criteri di continuità e uniformità trasversali;
- e) garantire la formazione di tutti gli attori del processo;
- f) formulare i percorsi educativi assistenziali di inserimento nelle strutture residenziali e semiresidenziali del territorio per gli utenti il cui progetto personalizzato benefici di questo intervento;
- g) gestire il flusso informativo.

In ordine alla valutazione delle eventuali comorbidità, dei bisogni degli utenti e della titolarità di cura si fa riferimento al presente protocollo.

5.5 Il Progetto Individualizzato negli utenti con comorbidità in età geriatrica, a gestione interservizi

In questa sede di esposizione si evidenziano i criteri per una corretta compilazione della SVAMA nel caso di utenti psicogeriatrici per i quali l'UVMD ritenga congruo l'inserimento in strutture residenziali per anziani non autosufficienti.

Per un'appropriata valutazione della SVAMA ai fini di un inserimento in un Centro Servizi per utenti anziani con patologia psichiatrica è necessario che la compilazione della SVAMA venga fatta dallo specialista che ha in cura il paziente e conosce il suo funzionamento e le sue condizioni psicosociali e che gli esiti vengano condivisi in sede di Unità Valutativa multidimensionale.

Si dovrà porre attenzione particolare ai seguenti:

- a) Supporto della Rete Sociale (famiglia, privato, vicinato, volontariato): trattandosi spesso di pazienti lungo assistiti in U.D.O. residenziali extraospedaliere, gli stessi non hanno una rete sociale sufficiente per un progetto di vita autonomo in un contesto abitativo proprio;
- b) Situazione cognitiva: nella SVAMA la valutazione prevede un test a 10 domande semplici atte a valutare il livello di decadimento cognitivo. Quando la disorganizzazione cognitiva è connessa ad una patologia psichiatrica è prevista la possibilità di attribuire un punteggio esclusivamente su base clinica. In tal caso la valutazione è richiesta allo specialista curante. Allo stesso modo all'interno della valutazione cognitiva va indicata la presenza di disturbi comportamentali (pericolo di fuga, aggressività) e la loro gravità al fine di adottare provvedimenti particolari per assicurare un'adeguata assistenza. Se il disturbo comportamentale è presente e di grado moderato o severo (PCOMP= 2 o 3) si attribuisce un punteggio di 15 punti. L'UVMD valuta la compatibilità dell'accoglimento con la tipologia di unità di offerta individuata dal gruppo di lavoro multidisciplinare;
- c) Assoluta urgenza sociale: nel Quadro Sinottico SVAMA è prevista la valutazione con punteggio da attribuire qualora non esistano alternative alla istituzionalizzazione. Nel caso di pazienti che hanno una lunga storia di inserimenti residenziali in U.D.O. extraospedaliere, alla impossibilità di soluzioni abitative al di fuori di una struttura protetta, si somma la mancanza di una rete sociale di supporto (famiglia, privati, terzo settore) determinando "l'urgenza sociale". Tale valutazione compete all'assistente sociale.



6. La rete dei servizi per l'utenza ad elevata complessità

Nella Regione del Veneto le strutture dedicate all'erogazione di prestazioni di natura sociosanitaria e sanitaria a **carattere residenziale e semi-residenziale nell'area della disabilità e non autosufficienza** sono state disciplinate con:

- **DGR n. 84 del 16 gennaio 2007** “L.R. 16 agosto 2002, n. 22 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali” - Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali” che individua e classifica le diverse unità di offerta in base alle fasce di popolazione e al bisogno rappresentato
- **DGR n. 740 del 14 maggio 2015** “Nuova programmazione e modalità di determinazione delle rette tipo per i Centri diurni per persone con disabilità (DGR 6/CR del 10 febbraio 2015)”;
- **DGR n. 2208 del 3 agosto 2001** “Linee guida regionali per la definizione e la standardizzazione degli approcci assistenziali in materia di demenza senile tipo Alzheimer nelle strutture residenziali extraospedaliere” che definisce i criteri organizzativi per il Servizio Alta Protezione Alzheimer (SAPA);
- **DGR n. 739 del 14 maggio 2015** “Criteri per l'assegnazione alle Aziende ULSS e l'utilizzo di risorse in accentrata regionale relative al Fondo regionale per la Non Autosufficienza 2014. DGR 181/CR del 16 dicembre 2014” in cui vengono finanziati i progetti di sperimentazione in materia di semiresidenzialità per le persone con disabilità;
- **DGR n. 154 del 16 febbraio 2018** “Legge n. 112 del 2016: indirizzi di programmazione degli interventi e servizi a favore delle persone con disabilità grave, di cui alla DGR n. 2141 del 19/12/2017 - Indicazioni operative”;
- **DGR n. 1375 del 16 settembre 2020** “Sperimentazione di un modello di sviluppo della DGR n. 739/2015 nel quadro degli indirizzi programmatori di cui alla DGR n. 2141/2017, DGR n. 154/2018 e DGR n. 1254/2020 per l'accompagnamento all'inclusione e all'occupabilità delle persone con disabilità”.

Le **unità di offerta a favore delle persone con disabilità** possono classificarsi in:

- Centro Diurno per persone con disabilità (CD-DIS);
- Comunità alloggio per persone con disabilità (CA- DIS);
- RSA per persone con disabilità (RSA-DIS);
- Centri CRGD (CRGD).

Le **unità di offerta a favore della non autosufficienza** possono classificarsi in :

- Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti (CS-PNA) che si suddividono in:
 - Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con ridotto - minimo bisogno assistenziale (CS-PNA-RM);
- Unità di offerta per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (CS-PNA-M);
 - Centro Diurno per persone anziane non autosufficienti (CD-ANZ).

A favore della permanenza presso il proprio luogo di vita la Regione del Veneto ha sviluppato e consolidato il sistema della domiciliarità che prevede l'attivazione ed erogazione delle seguenti prestazioni/opportunità:



- Servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.) di competenza dei Comuni che implementano prestazioni socio-assistenziali domiciliari (igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.);
- Servizio di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), di competenza distrettuale che erogano prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro (medico di medicina generale, infermiere, fisioterapista, medico specialista ecc.);
- Impegnativa di cura domiciliare (ICD) DGR n. 1338/2013 e successive DGR n. 164/2014, DGR n. 1047/2015 e DGR n. 571/2017 attraverso le quali sono state definite le diverse ICD e i criteri di accesso alle stesse;
- Progetti sperimentali in materia di semiresidenzialità per le persone con disabilità (DGR n. 739/2015) e per l'accompagnamento all'inclusione e all'occupabilità delle persone con disabilità (DGR n. 1375/2020).

Nella Regione del Veneto le strutture dedicate all'erogazione di prestazioni di natura sanitaria e sociosanitaria nell'**area della Salute mentale** sono previste e disciplinate dalle seguenti delibere di giunta regionale:

- **DGR n. 1616 del 17 giugno 2008** “*Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale (L.R. 16 agosto 2002, n. 22 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali)”*, che individua e classifica le diverse unità di offerta in base all'intensità terapeutica e riabilitativa erogata;
- **DGR n. 1673 del 12 novembre 2018** “*Programmazione del sistema di offerta residenziale extraospedaliera per la salute mentale. Deliberazione n. 59/CR del 28 maggio 2018*” definisce le dotazioni massime di posti letto di strutture sanitarie e socio sanitarie per ciascuna Azienda ULSS, le tariffe massime di riferimento e le quote sanitarie die/utenti, il sistema di controllo per il rispetto dei tempi di permanenza, gli strumenti di valutazione e monitoraggio dello stato psicopatologico e dei progetti riabilitativi nella fase iniziale, intermedia e finale;
- **DGR n. 748 del 7 giugno 2011** “*Aggiornamento Standard e Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale della “CTRP – Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta” e della “CA – Comunità Alloggio per pazienti psichiatrici” (LR n. 22/2002; DGR n. 1616/2008)*” che stabilisce che le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette per pazienti psichiatrici (CTRP) abbiano quale capienza massima 14 posti letto (p.l.) non più i 20 p.l. previsti dalla DGR n.1616/2008, e distingue due moduli in relazione alle caratteristiche dei pazienti e alle conseguenti intensità assistenziali.

Le unità di offerta possono classificarsi in:

- Servizi Territoriali: Centro di Salute Mentale (CSM);
- Strutture Semi-residenziali: Centro Diurno (CD) e Day Hospital territoriale (DHT);
- Servizi Ospedalieri: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e Degenza Psichiatrica in strutture private (DPP);
- Strutture Residenziali. Nel quadro di tale disciplina, le unità di offerta residenziali extraospedaliere sono le seguenti:
 - Comunità Terapeutica riabilitativa protetta ad alta intensità assistenziale e ad attività assistenziale intermedia (CTRP tipo A e CTRP tipo B);
 - Comunità Alloggio (CA) a protezione differenziata per pazienti nell'ambito di programmi assistenziali personalizzati e per periodi di tempo prolungati, con verifiche predefinite e rinnovabilità degli stessi con due moduli: modulo base (12h di assistenza) e modulo estensivo (24h di assistenza);



- Gruppo Appartamento Protetto (GAP) con assistenza socio-sanitaria a bassa intensità;
- Residenza Socio-Sanitaria Psichiatrica (RSSP) per utenti lungoassistiti con prevalenti bisogni assistenziali.

Per quanto attiene alle suesposte strutture dell'area salute mentale i criteri di inclusione e di esclusione sono quelli definiti dalla DGR 1673/2018; lo strumento di valutazione multidimensionale per l'appropriatezza degli inserimenti ed il monitoraggio degli esiti riferiti alla unità di offerta RSSP è definito con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n.69 del 22 luglio 2020.

7. Formazione interservizi

Nei contesti di cura della salute mentale e dell'area disabilità/non autosufficienza, la centralità del paziente, attorno al quale si definiscono progetti terapeutici personalizzati porta i singoli operatori a dover riflettere su come gli obiettivi generali di ogni area possano essere declinati sulla base di difficoltà e resilienza osservate in una persona, che risulta al centro di ogni riflessione. Quindi il confronto all'interno dell'équipe, che porta ad individuare l'indirizzo clinico, riabilitativo e assistenziale da seguire con il singolo paziente e/o con il gruppo è fondamentale: riunioni d'équipe, formazioni interne e supervisioni sono gli spazi in cui ciò avviene, con modalità e obiettivi diversi. La formazione di base e la formazione permanente degli operatori sono punti chiave del lavoro d'équipe e muovono nella logica di dare coerenza e significato agli interventi e definirne i confini operativi. Affrontando i singoli casi, vengono analizzate e studiate strategie di intervento che possano essere efficaci, che corrispondano al programma terapeutico concordato all'inizio della presa in carico e che puntino a convergere sugli obiettivi prefissati.

I protocolli aziendali devono prevedere attività formative, tra le altre, incentrate su:

- a) Autismo, disabilità intellettiva e altri disturbi dello sviluppo neurologico;
- b) Epidemiologia e fattori di rischio di disturbi psichiatrici nelle persone con disturbo dello spettro autistico e disabilità intellettiva;
- c) Diagnosi dei disturbi psichiatrici nelle persone con disturbo dello spettro autistico e disabilità intellettiva;
- d) Co-occorrenza e diagnosi differenziale;
- e) La valutazione psicopatologica strumentale;
- f) Psicofarmacologia nel paziente con disabilità e disturbo psichiatrico in comorbilità;
- g) Aspetti normativi relativi all'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con disabilità.

La formazione deve necessariamente coinvolgere MMG/PLS per il loro ruolo nella presa in carico e trattamento dell'utente.

8. Indicatori

In esecuzione del percorso le Aziende ULSS, nel recepimento del presente protocollo, dovranno popolare i seguenti indicatori:

- Numero degli eventi formativi interservizi organizzati e realizzati;
- Percentuale di operatori coinvolti nella formazione (distinti tra servizi coinvolti) e ruolo professionale;
- Numero di gruppi di lavoro multidisciplinari attivati;
- Numero schede di analisi dei bisogni assistenziali compilate;
- Numero di Progetti personalizzati definiti in sede di UVMD relativi al Modello 3
- Numero di utenti afferenti al Modello 3.



9. Glossario e acronimi

PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
D. Lgs	Decreto Legislativo
L.R.	Legge Regionale
DGR	Delibera di Giunta Regionale
ULSS	Unità Locali Socio Sanitarie
UOC	Unità Operativa Complessa
UOS	Unità Operativa Semplice
PAT	Piano delle Attività Territoriali
PAL	Piano Attuativo Locale
MMG	Medico di Medicina Generale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
UVMD	Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale
SVAMDI	Scheda di Valutazione Multidimensionale della Disabilità
SVAMA	Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane
PTRI	Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
ICF	International Classification of Functioning disability
ICD-10	International Classification of Diseases
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders



Allegato 1 Scheda di analisi dei bisogni assistenziali per la definizione della titolarità della presa in carico

La presente scheda rappresenta uno strumento finalizzato a raccogliere informazioni sui bisogni assistenziali del paziente (*Sezione 1 e 3*) e ad orientare l'attribuzione della presa in carico **solo nelle situazioni più complesse** (*Sezione 2*) interessate dalle prese in carico del modello di presa in carico (3) attraverso la compilazione degli item elencati, da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare o in UVMD ove attivata. La presente scheda va utilizzata nel contesto del sistema delle deleghe riconosciute all'Azienda ULSS da parte delle amministrazioni comunali. La titolarità di ambito psichiatrico o del servizio disabilità/non autosufficienza potrà essere pertanto definita in base alla prevalenza degli item che depongono per la rispettiva competenza di area. Quello proposto rappresenta un primo strumento suscettibile di future implementazioni in base all'efficacia del suo impiego riscontrata da parte dei servizi coinvolti. E' da ritenersi, in questa fase di sperimentazione, orientativa e guida per i lavori del gruppo multidisciplinare e per l'UVMD, ove attivata. **La sperimentazione è altresì volta a definire criteri atti a meglio definire la titolarità di presa in carico. Si raccomanda indi una attenta compilazione della scheda.**

Compilata a cura del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare del Distretto n. _____ Azienda ULSS n. _____

Nome e Cognome	
Data di nascita	
SEZIONE 1 - INFORMAZIONI GENERALI	
Accertamenti e riconoscimenti	Invalidità civile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ % riconosciuta
	Presenza indennità accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Indennità di frequenza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Presenza pensione invalidità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Legge 104/92 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Art. _____ Comma _____ GRAVITA'
	Legge 68/99 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Competenze e profilo lavorativo indicato _____ _____ _____
Eventuali provvedimenti di tutela	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno Nome/cognome e riferimenti _____
	in attesa di nomina di Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



	<input type="checkbox"/> Tutore Nome/cognome e riferimenti _____
Storia personale e familiare (raccolta approfondita della storia clinica sia del paziente che della famiglia di origine dello stesso con particolare riguardo a: malattie pregresse del paziente e della famiglia, segni clinici nel paziente, valutazione di fattori di rischio, stili di vita, sessualità, attività lavorativa, tratti strutturali della personalità, piano farmacologico prescritto o autosomministrato, eventuali dipendenze)	
Anamnesi tossicologica/farmacologica: <ul style="list-style-type: none">▪ Anamnesi farmacologica e terapia in atto▪ Anamnesi tossicologica e durata del disturbo dipendenza/abuso▪ Età di inizio	
Curriculum formativo e integrazioni scolastiche ed esiti	
Eventuali provvedimenti dell'autorità giudiziaria in corso	
SEZIONE 2 - INDICATORI DI ATTRIBUZIONE	
Diagnosi (ICD 10) ed eventuali valutazioni testistiche e psicometriche	
<ul style="list-style-type: none">▪ Prima diagnosi e centro che l'ha effettuata (ICD 10)▪ Eventuali successivi aggiornamenti diagnostici (ICD 10)	



Ricoveri ospedalieri: <ul style="list-style-type: none">▪ Diagnosi e reparto degenza (SDO)▪ Durata degenza▪ Ricoveri ripetuti (SI/NO indicare i reparti coinvolti)	
Diagnosi di ingresso e uscita relative ai ricoveri in strutture extraospedaliere (riportare in particolare gli esiti e/o eventuali criticità dimostrate durante il ricovero)	
Funzionamento premorboso: <ul style="list-style-type: none">– tendenzialmente deficitario (non legato al solo rendimento/percorso scolastico) per la disabilità– tendenzialmente normofunzionale nella psichiatria	
Decorso del disturbo: <ul style="list-style-type: none">– tendenzialmente stabile nel tempo nella disabilità– tendenzialmente con riacutizzazioni e contraddistinto da remissioni o recidive nei disturbi mentali.	
Suscettibilità e risposta ai trattamenti farmacologici e/o educativo riabilitativi (non va considerata ai fini dell'attribuzione l'eventuale risposta aspecifica di tipo sedativo sul comportamento) <ul style="list-style-type: none">– suscettibilità ai trattamenti nel proprio ambito per la disabilità (ad es. interventi abilitativi)– suscettibilità ai trattamenti nel proprio ambito per la psichiatria (ad es. psicofarmacologici e psicosociali EBM)	
SEZIONE 3 - INFORMAZIONI UTILI PER IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO	
Condizione abitativa attuale	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Propria <input type="checkbox"/> Struttura residenziale <input type="checkbox"/> Appartamento protetto <input type="checkbox"/> Altro specificare _____



Autonomia	Cura di sé/Igiene <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente Autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
	Cura dell'ambiente <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente Autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
	Deambulazione <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente Autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
	Alimentazione <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente Autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
	Spostamenti (utilizzo mezzi trasporto) <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente Autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Risorse presenti	Famiglia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se SI famiglia: in grado di sostenere: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Altre Risorse (rete informale) SI NO Se SI indicare _____
Interventi in atto	Residenziali: specificare _____
	Semiresidenziali: specificare _____
	Domiciliari: specificare _____
	Educativi: specificare _____
Servizi attualmente attivi	



Sintesi dei bisogni rilevati socio-sanitari rilevati	
Sintesi dei bisogni socio-assistenziali rilevati	
Osservazioni e note	

Modello 3 - Pazienti con disturbo psichiatrico e disabilità prevalenti.

Esito Gruppo di Lavoro Multidisciplinare: titolarità della presa in carico è affidata al servizio _____

Struttura e/o Ente di appartenenza	Nome e Cognome	Firma

Data e Luogo _____

**Allegato 2 Risorse, fattori di protezione e di vulnerabilità**

	Personali	Socio-familiari	Ambientali
RISORSE	<ul style="list-style-type: none">▪ Indipendenza e autonomia negli spostamenti attraverso l'uso dei mezzi di trasporto pubblici▪ Capacità di gestione e cura dei propri spazi abitativi del tempo libero, passioni e interessi▪ Risorse personali/economiche	<ul style="list-style-type: none">▪ Consapevolezza del problema/capacità di attivarsi per chiedere aiuto/uso congruo delle risorse▪ Buona collaborazione con i servizi▪ Risorse economiche/stabilità lavorativa	<ul style="list-style-type: none">▪ Contesto abitativo centrale (accesso ai servizi)▪ Ausili/ assenza barriere architettoniche▪ Servizi e interventi attivi
FATTORI DI PROTEZIONE	<ul style="list-style-type: none">▪ Consapevolezza/accettazione della propria situazione di disabilità▪ <i>Compliance</i> nell'assunzione terapia farmacologica e nella progettualità socio assistenziale▪ Collaborazione con i servizi e con chi presta assistenza	<ul style="list-style-type: none">▪ Funzione di protezione e tutela▪ Consapevolezza della situazione e capacità di attivarsi per chiedere aiuto▪ Uso congruo delle risorse	<ul style="list-style-type: none">▪ Buona rete di vicinato▪ Comunità attiva rispetto alla situazione▪ Integrazione nella comunità di appartenenza (partecipazione attività)
FATTORI DI VULNERABILITÀ	<ul style="list-style-type: none">▪ Scarse autonomie personali/sociali complessità condizione giuridica▪ Isolamento/esclusione sociale▪ Scarsità risorse economiche/incapacità di gestione	<ul style="list-style-type: none">▪ Trascuratezza e maltrattamento (psicologico, verbale ecc.)/conflittualità intrafamiliare▪ Familiari con fragilità (anziani/disabili/psichiatri ci)▪ Reti sociali devianti/stile di vita dissoluto/reti di supporto assenti/insufficienti	<ul style="list-style-type: none">▪ Contesto abitativo isolato, degradato a rischio strutturale▪ Barriere architettoniche interne ed esterne▪ Isolamento/esclusione scarsa appartenenza al contesto

