REGIONE DEL VENETO
ULSS 1 DOLOMITI

Regione del Veneto
Azienda ULSS n. 1 Dolomiti
PEC: protocollo.aulss1@pecveneto.it
Sede legale: via Feltre, n. 57 – 32100 – BELLUNO
Centralino Belluno: 0437 516111 Centralino Feltre: 0439 8831
Codice Fiscale e Partita IVA: 00300650256

Prot. n. 10784/2023
trasmissione a/m email all'indirizzo
info@gruppoautismobelluno.org

Belluno, 16-02-2023

All'Associazione Gruppo Autismo Belluno
via del Boscon n. 369
32100 Belluno

Oggetto: **richiesta di copia del "Protocollo di collaborazione tra Servizi per la Disabilità Età Adulta e non Autosufficienza e i Dipartimenti di Salute Mentale per definire le modalità per una presa in carico appropriata ai bisogni degli utenti".**

Come da richiesta del 25 ottobre 2022, si trasmette in allegato il protocollo aziendale di collaborazione tra Servizi per la Disabilità Età Adulta e non Autosufficienza e i Dipartimenti di Salute Mentale, per definire le modalità per una presa in carico appropriata ai bisogni degli utenti.

L'occasione è gradita per porgere i migliori saluti.

IL DIRETTORE
DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI
- dr Giampaolo Pecere -

GP/lf

PROCEDURA DI COLLABORAZIONE TRA U.U.O.O.C.C. PER LA DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA E DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE PER LA PRESA IN CARICO APPROPRIATA AI BISOGNI DEGLI UTENTI

INDICE:

1. Scopo e campo di applicazione
2. Riferimenti
3. Definizioni, abbreviazioni, riferimenti bibliografici
4. Descrizione di attività e responsabilità
5. Indicatori
6 Archiviazione/Allegati

LISTA DI DISTRIBUZIONE:

- Direttori dei Distretti Socio-Sanitari
- UOC Disabilità e Non Autosufficienza
- Dipartimento di Salute Mentale
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
- Ser.D.
- U.O.C.I.A.F.
- Amministrazioni Comunali

Disponibile nel sito intranet: http://intranet.ulssbl.it

Redazione	Verifica	Approvazione
Gruppo Lavoro	Direttori di Distretto	Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
Coordinatore Gruppo di Lavoro Aldo Gatto – Direttore U.O.C. Psichiatria Belluno Milena Guglielminetti – Direttore U.O.C. Disabilità e Non Autosufficienza Angelo Brega – Direttore U.O.C. Psichiatria Feltre Susanna Tison - Psicologa U.O.C. Psichiatria Feltre Laura Cumerlato - Assistente sociale U.O.C. Psichiatria Belluno Michela Tavi - Assistente sociale U.O.C. Disabilità e Non Autosufficienza di Belluno Francesca Tonet - Assistente sociale U.O.C. Disabilità e Non Autosufficienza di Feltre	BELLUNO Dott. Alessio Gioffredi FELTRE Dott.ssa Lucia Dalla Torre	Dott. Giampaolo Pecere

1. Scopo e campo di applicazione

Il presente documento rappresenta una procedura di collaborazione tra i Servizi per la Disabilità Età Adulta e Non Autosufficienza e il Dipartimento di Salute Mentale, finalizzata ad un'appropriata gestione della presa in carico di utenti complessi in comorbidità, che richiedano un'adeguata valutazione ed interventi in sinergia tra le due aree coinvolte.

Lo scopo della seguente procedura è:

- dare attuazione al Decreto della Giunta Regionale Veneto n. 2 del 03/02/2022 che ha approvato le "Linee di indirizzo regionali per protocolli di collaborazione tra servizi per la disabilità età adulta e non autosufficienza e i dipartimenti di salute mentale per definire le modalità per una presa in carico appropriata ai bisogni degli utenti". Lo stesso decreto stabilisce che le Aziende ULSS si dotino di protocolli aziendali in applicazione delle linee di indirizzo regionali, da trasmettere all'Area sanità e sociale entro il 31 maggio 2022, e definisce un periodo annuale di sperimentazione, valutazione e aggiornamento delle stesse linee di indirizzo;
- definire e promuovere una presa in carico integrata e coordinata delle persone con comorbidità tra disturbi psichiatrici e disabilità, predisponendo per essi un adeguato progetto personalizzato in base ai bisogni espressi o inespressi;
- 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;
- 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 comportamentale e/o psichiatriche, per i quali i vari interventi specialistici siano condivisi tra servizio referente di competenza e gli altri servizi coinvolti.

2. Riferimenti normativi

- 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";
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- 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";

- DGR n. 651 del 9 marzo 2010 "Progetto Obiettivo Regionale per la Tutela della Salute Mentale triennio 2010-2012;
- DGR n. 2959 del 28 dicembre 2012 "Approvazione Linee di Indirizzo regionali per i disturbi dello Spettro Autistico (ASD)";
- 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";
- 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, l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale;
- DGR. 1673 del 12 novembre 2018 "Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale";
- L.R. 28 dicembre 2018 m. 48 ad oggetto "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023";
- DGR n. 426 del 9 aprile 2019 "Approvazione delle Linee Guida regionali per la predisposizione del Piani di Zona dei servizi sociali e sociosanitari 2020/2022;
- DGR n.2 del 3 febbraio 2022 "Linee di indirizzo regionali per protocolli di collaborazione tra servizi per la disabilità età adulta e non autosufficienza e i dipartimenti salute mentale per definire le modalità per una presa in carico appropriata ai bisogni degli utenti".

3. Definizioni e abbreviazioni

DGR: Delibera Giunta Regionale
UOC: Unità Operativa Complessa
DNA: Disabilità e Non Autosufficienza
DSM: Dipartimento di Salute Mentale
SERD: Servizi per le Dipendenze patologiche
MMG: Medici di Medicina Generale
LG: Linee Guida
LEA : Livelli Essenziali di Assistenza
SSD: Servizio Sociale Disabilità Adulta
ISS: Istituto Superiore di Sanità
ICD10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision
DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder 5th Revision
PTI: Piano Terapeutico Individualizzato
PTRI: Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato
PAI: Piano Assistenziale Individualizzato
UDO: Unità Di Offerta
UVMD: Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale
SVAMA: Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano
SVAMDI: Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabilità
ADHD: Disturbo da Deficit di Attenzione Iperattività
BdS: Budget di Salute

4. Descrizione di attività e responsabilità

4.1. Definizione della diagnosi e titolarità di cura

Una corretta valutazione multiprofessionale e interdisciplinare è indispensabile per rilevare la complessità
del disturbo e per pianificare un progetto individualizzato e condiviso, capace di attivare e connettere interventi integrati di settori e specialisti afferenti a strutture diverse, per definire quindi la 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;*
2. *paziente con disabilità acquisita o congenita prevalente e compresenza di disturbo psichiatrico;*
3. *paziente con disturbo psichiatrico e disabilità con necessità di ulteriore approfondimento.*

Tabella 1. Modelli di Presa in Carico

MODELLO DI PRESA IN CARICO	INDIVIDUAZIONE DIAGNOSTICA SECONDO I CRITERI ICD 10	AREA DI TITOLARITA' DELLA PRESA IN CARICO
Modello di presa in carico 1 **Paziente con disturbo psichiatrico prevalente e compresenza di disabilità**	- 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, relazionale a grave stress e disturbi dell'adattamento; - Disturbi dell'alimentazione; - Disturbi della personalità	Il disturbo psichiatrico risulta prevalente e la gestione della presa in carico è del DSM. Le UOC DisNA svolgono attività di consulenza, ove necessario, nell'ambito del PTRI. DSM e UOC DNA possono concordare l'utilizzo di servizi e prestazioni delle due aree, in maniera flessibile e personalizzata. L'elaborazione del Progetto di Vita attraverso l'UVMD, richiesta e/o eventualmente gestita dal delegato DSM, definisce tempi di verifica congiunta del progetto con possibile definizione del budget di salute
Modello di presa in carico 2 **Paziente con disabilità/non autosufficienza acquisita o congenita**	- 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 di autogestione o che in ogni caso pongano	La condizione di disabilità risulta prevalente e la gestione della presa in carico è della UOC DNA, assieme al Medico di Medicina Generale. Il DSM svolge attività di consulenza, ove necessario. DSM e UOC DNA possono concordare l'utilizzo di servizi e prestazioni delle due aree, in maniera flessibile e personalizzata. L'elaborazione del Progetto di Vita

prevalente e compresenza di disturbo psichiatrico	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.	attraverso l'UVMD gestita dal delegato per l'area disabili definisce tempi di verifica congiunta del progetto con possibile definizione del budget di salute
Modello di presa in carico 3 **Paziente con disabilità acquisita o congenita e disturbo psichiatrico in comorbilità <u>ad elevata complessità e carico assistenziale</u> con necessità di ulteriore approfondimento**	Pazienti in comorbidità per i quali non sia stato possibile individuare una diagnosi/bisogno prevalenti secondo i modelli di presa in carico 1 e 2. A titolo esemplificativo si riportano alcuni quadri diagnostici e psicopatologici **<u>che possono</u>** necessitare di interventi ad elevata integrazione e una valutazione congiunta della titolarità (elenco non esaustivo): - Disturbo dello spettro autistico associato a disturbi psichiatrici (nel rispetto di quanto previsto dalla DGR 2959/2012 per i gruppi di lavoro multiprofessionali integrati, afferenti ai servizi) - Ritardo mentale in comorbidità 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) - ADHD	Condizione di disabilità e diagnosi psichiatrica in comorbidità: la gestione deve essere ad elevata integrazione tra il DSM e l'UOC DNA, <u>con la definizione della titolarità della presa in carico e la co-definizione del progetto terapeutico con il supporto della U.O. Cure Primarie.</u> **Per queste situazioni è prevista la compilazione della scheda di analisi dei bisogni – Allegato 1 e la sua discussione in sede di UVMD gestita dal Direttore del Distretto (vedi 4.4) che definirà tempi di verifica del progetto elaborato e possibile definizione del budget di salute**

La titolarità della presa in carico del modello 3 e l'analisi dei bisogni assistenziali vengono definiti attraverso la compilazione della "Scheda di rilevazione dei bisogni assistenziali per la definizione della titolarità della presa in carico" (Allegato 1).
In tal senso riveste carattere di priorità la ricostruzione della 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, orientando verso la disabilità oppure verso il disturbo mentale. Contestualmente alla definizione diagnostica, diventa altrettanto

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.

Il servizio segnalante compila la scheda con le informazioni a disposizione. In sede di equipe interservizi si valutano eventuali approfondimenti diagnostici e di funzionamento, al fine di completare in maniera congiunta la fase di valutazione.
La complessità è data da più aspetti 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, 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 attribuiti ai diversi assi della vita di una persona, per integrarli e comprenderli nell'evoluzione della storia clinica della persona stessa.

4.2. Raccolta dati per la valutazione dell'autonomia

La valutazione identifica le autonomie di base, evidenziando quelle:

a) personali (capacità della cura degli spazi, capacità di autodeterminazione, capacità nella cura di sé);
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 l'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.

4.3. Raccolta dati per la valutazione sociale e del contesto

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-muto-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 e 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 che, in combinazione con una ridotta capacità di protezione e difesa della persona, potrebbero indebolire la sua capacità di resilienza. 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).

4.4. UVMD

L'UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (UVMD).

Nell'ambito del Distretto Socio-Sanitario il ruolo strategico viene svolto dallo strumento dell'Unità Valutativa Multi-Dimensionale, ex DGR n. 4588/2007 e recepito con DDG n. 848/2008. Questo strumento ha carattere predittivo in quanto dovrebbe individuare i bisogni della persona, valorizzare le sue risorse e le potenzialità della rete di appartenenza. L'unità valutativa multidimensionale viene presieduta dal Direttore di Distretto, o da un suo delegato, il quale deve coinvolgere una molteplicità di profili professionali, che siano proporzionati alla complessità del bisogno. L'équipe dovrebbe condividere un sistema di prioritizzazione dei bisogni da affrontare, delle esigenze proprie della persona da rispettare, al fine di realizzare percorsi che coprono l'arco di vita della persona, e la seguono garantendo la continuità dell'assistenza anche nelle fasi di transizione delle diverse fasi di vita: infanzia, età adulta e infine età anziana, sostenendo sia la persona coinvolta che le famiglie. Il responsabile di UVMD ha un ruolo cruciale: egli definisce le unità coinvolte in quanto utili alla presa in carico e alla definizione del progetto assistenziale (PAI), compresi i Responsabili di strutture residenziali e semi-residenziali siano esse pubbliche che private. Le fasi preparatorie dell'UVMD servono a risolvere le criticità tipiche dei casi complessi. Essa identifica gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni del territorio. Gli interventi devono essere congrui e sostenibili, definendo il tipo di sostegno, le risorse economiche anche nei termini delle risorse umane, servizi in atto o da attivare, per breve, medio e lungo periodo. In caso di fallimento del Progetto di Assistenza compito del Direttore di Distretto è riattivare il protocollo di valutazione tenendo presente gli interventi che fino a quel momento hanno dato esito positivo, sempre tenendo a mente l'impegno economico e i bisogni dell'assistito. Il servizio titolare della presa in carico ha il compito di coinvolgere i servizi interessati nella pianificazione e nel raggiungimento degli obiettivi del Piano di Assistenza Individualizzato.

4.5. Progetto Personalizzato

IL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO NEGLI UTENTI CON COMORBILITA'

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. 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 quale ha la responsabilità e il mandato di facilitare e coordinare il percorso individualizzato. Nel caso si determini l'utilizzo di servizi e risorse dell'Area Disabilità, inoltre, sarà necessario compilare la SVAMDI.

4.5.1 Progettare il Budget di Salute con la persona

Le più attuali evidenze scientifiche mostrano quanto sia determinante, nell'ambito della presa in carico delle persone, assicurare adeguati interventi nel territorio e nel contesto di vita, al fine di evitare processi di ospedalizzazione inappropriata o istituzionalizzazione non risolutivi, tanto più se protratti nel tempo. per dare una risposta appropriata ed efficace alla complessità dei problemi connessi alla tutela della salute è fondamentale creare le condizioni strutturali e contesti tecnici innovativi per l'integrazione, la più articolata possibile, delle politiche e delle risorse del sistema sanitario e sociale. In questa ottica è importante mettere al centro dell'intervento la capacità del territorio di fornire risposte che integrino i bisogni di cura con quelli formativi/lavorativi, abitativi e di comunità sperimentando percorsi integrati e personalizzati di integrazione sociale per persone con disturbi psichici severi o più semplicemente di persone con disabilità, di fatto più discriminate dal mercato del lavoro, da quello immobiliare e dai contesti socioculturali.

il Budget di salute rappresenta uno strumento innovativo ed efficace di integrazione sociosanitaria e di promozione dell'inclusione sociale delle persone fragili. Esso è in grado di contemplare percorsi, progetti e interventi personalizzati di cura, di riabilitazione, di inserimento lavorativo e di autonomia per le persone fragili. Il BdS costruito dall'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, sia del soggetto che di tutta la comunità, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona, è uno strumento generativo che contribuisce alla realizzazione di percorsi di cura nell'ambito di Progetti di Vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari fortemente integrati e flessibili. Si configura inoltre come vettore di transizione della rete stessa dei servizi, orientando processi di riallocazione delle risorse, contrasto a nuove forme di istituzionalizzazione, individuazione di opportunità e progetti di concreta inclusione socioeconomia e abitativa.

4.5.2 La rete dei servizi per l'utenza ad elevata complessità

Nell'Azienda ULSS 1 Dolomiti le unità di offerta e i servizi a favore delle persone con disabilità possono

configurarsi in:

- Centro Diurno per persone con disabilità (CD-DIS)
- Comunità Alloggio per persone con disabilità (CA-DIS)
- RSA per persone con disabilità (RSA - DIS)
- Progettualità finalizzate alla sperimentazione delle autonomie possibili (Progetto Vita Indipendente)
- Progettualità della Legge 112/2016 (Dopo di Noi)

Nella Azienda ULSS 1 Dolomiti le strutture dedicate all'erogazione di prestazioni di natura sanitaria e sociosanitaria nell'area della Salute Mentale possono classificarsi in:

- Servizi Territoriali: Centro Salute Mentale (CSM)
- Servizi Territoriali: Ambulatorio per i Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA)
- Strutture Semiresidenziali: Centro Diurno (CD) e Day Hospital Territoriale (DHT);
- Servizi Ospedalieri: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
- Strutture Residenziali. Nel quadro di tale disciplina, le unità di offerta di residenzialità extra ospedaliera per la salute mentale sono le seguenti:
  - Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta di tipo A e B (CTRP tipo A, CTRP tipo B)
  - Comunità Alloggio Base (CA)
  - Comunità Alloggio Estensiva (CAEs)
  - Gruppo Appartamento Protetto (GAP)

Inoltre, 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 garantiscono prestazioni socio assistenziali domiciliari
- servizio di assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), di competenza distrettuale che erogano prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate tra loro (MAP, medico specialista, infermiere, fisioterapista...)
- Impegnativa di Cura Domiciliare (I.C.D.) di cui alla DGR n. 1338/2013 e successive DGR 1047/2015 e DGR 571/2017 attraverso le quali sono state definite le diverse ICD ed i criteri di accesso alle stesse;
- Progetti sperimentali in materia di semiresidenzialità per le persone con disabilità (DGR 739/2015 e per l'accompagnamento all'inclusione e all'occupabilità delle persone con disabilità (DGR 1375/2020)

4.6. Azioni

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

L'Azienda Ulss individuerà un gruppo di lavoro multiprofessionale integrato, che afferirà ai Servizi per la Disabilità e l'Handicap adulto, costituito da un pool di professionisti dei Servizi sanitari e sociali dell'Azienda, che nel corso della sperimentazione andranno adeguatamente e specificamente formati sulla tematica autistica nell'adulto, che operi nell'ambito distrettuale, secondo le modalità di collaborazione e le procedure condivise tra tutti i Servizi coinvolti per le specifiche competenze.

A seconda dei vari assetti organizzativi, questo gruppo di lavoro multiprofessionale territoriale, che andrà a definire le varie progettualità, potrà essere composto dal responsabile UOC DNA, un Assistente Sociale, uno Psicologo, un educatore, tutti del servizio età adulta e da operatori dell'equipe del DSM.

Tale gruppo di lavoro individua al suo interno il case manager, che avrà il compito di interfacciarsi con la famiglia, con l'amministrazione locale, gli enti del terzo settore e con gli altri attori coinvolti nel Progetto Personalizzato.

Il gruppo dovrà individuare il referente per il Centro Riferimento Autismo.

Le figure così individuate saranno coinvolte nei percorsi di formazione dedicati al tema dell'alterazione dello spettro autistico, programmati a qualsiasi livello.

Il gruppo così individuato ha il compito di:

- assicurare la continuità con i percorsi abilitativi precedenti;
- aggiornare il Progetto Individualizzato;
- essere garante per il monitoraggio clinico e le eventuali comorbidità;
- 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 intraprendendo 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;
- favorire la formazione di tutti gli attori del processo;
- 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;
- gestire il flusso informativo.
- aggiornare il Centro di Riferimento Autismo sui vari progetti in corso, sulle progettualità future, sulle necessità formative o su altre particolarità che si rendano necessarie

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

Durante la sperimentazione potrà essere definito:

- l'assetto organizzativo delle singole realtà e del territorio;
- il fabbisogno di Unità di Offerta specifiche per le persone adulte con alterazione dello spettro autistico, oltre a quelle già attive;
- il modello si struttura residenziale o semiresidenziale idonea ad ospitare la specifica tipologia di utenza per livello di gravità, con i relativi standard e le risorse necessarie.

4.6.2. Progetto individualizzato negli utenti con comorbilità in età geriatrica, a gestione interservizi

Si evidenziano i seguenti criteri per una corretta compilazione della SVAMA nel caso di utenti psicogeriatrici per i quali l'UVMD ritenga congruo l'inserimento in strutture per anziani non autosufficienti.
Per un'appropriata valutazione della SVAMA ai fini dell'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 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;
- 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 una 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;
- 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.

4.7. Formazione

Nei contesti di cura della salute mentale e dell'area disabilità e 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 in particolare incentrate sulle seguenti aree tematiche:

- Autismo, disabilità intellettiva e altri disturbi del neurosviluppo
  - Epidemiologia e fattori di rischio di disturbi psichiatrici nelle persone con disturbo dello spettro autistico e disabilità intellettiva
  - Diagnosi dei disturbi psichiatrici nelle persone con disturbo dello spettro autistico e disabilità
  - Co-occorrenza e diagnosi differenziale
  - La valutazione psicopatologica strumentale
  - Psicofarmacologia nel paziente con disabilità e disturbo psichiatrico in comorbilità

- Aspetti normativi relativi all' assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con disabilità

La formazione, oltre ai Servizi già attivi in virtù del protocollo, dovrà coinvolgere anche i MMG/PLS
Inoltre, DSM e UODNA sono invitati a favorire e sostenere, per gli operatori, anche percorsi formativi fuori sede e FAD dedicati alle aree tematiche in elenco, con indicazione alla condivisione e trasmissione dei contenuti formativi all'èquipe della propria UO coinvolta nel protocollo di collaborazione.

5. Indicatori

Il presente protocollo ha valore sperimentale dalla data di approvazione e fino al...
Tale protocollo verrà monitorato dal Direttore dell'UOC DNA e dal Direttore del DSM che si confronteranno per valutare l'efficacia del protocollo e si occuperà anche della raccolta dei seguenti indicatori, raccolti da referenti:
n. schede di analisi del bisogno compilate
n. progetti personalizzati definiti in sede di UVMD relativi al modello 3
n. di eventi formativi interservizi organizzati e/o realizzati (almeno 1)

Indicatore	esito	proc esso	Responsabile raccolta dati	Frequenza	Responsabile rielaborazione dati	Modalità raccolta	Standard ottimali
N. schede analisi dei bisogni compilate		x	**Direttore DISNA/DSM**	**6 mesi**	**Direttore DISNA/DSM**	**N. schede compilate**	**100%**
N. Eventi formativi Interservizi	x	x	**Ufficio Formazione**	**Annuale**	**Ufficio Formazione**	**PFA**	**100%**
N. Progetti personalizzati afferenti al Modello di Presa in Carico 3, definiti in sede UVMD	x	x	**Direttori DISNA/DSM**	**6 mesi**	**Direttori DISNA/DSM**	**N. UVMD effettuate**	**100%**

Riferimenti Normativi

- **Archiviazione**

Allegato 1 - Scheda di rilevazione dei bisogni assistenziali per la definizione della titolarità della presa in carico
Allegato 2 - Risorse, fattori di protezione, vulnerabilità
Allegato 3 - Flow chart modello di presa in carico

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 □ SI □ NO _____% riconosciuta
	Presenza indennità accompagnamento □ SI □ NO
	Indennità di frequenza □ SI □ NO
	Presenza pensione invalidità □ SI □ NO
	Legge 104/92 □ SI □ NO Art.____ Comma _____ GRAVITA'
	Legge 68/99 □ SI □ NO Competenze e profilo lavorativo indicato _____ _____ _____
Eventuali provvedimenti di tutela	□ Amministratore di sostegno Nome/cognome e riferimenti _____ in attesa di nomina di Amministratore di sostegno □ SI □ NO

	□ 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: ▪ 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	
▪ Prima diagnosi e centro che l'ha effettuata (ICD 10) ▪ Eventuali successivi aggiornamenti diagnostici (ICD 10)	

Ricoveri ospedalieri: ▪ 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: – tendenzialmente deficitario **(non legato al solo rendimento/percorso scolastico)** per la disabilità – tendenzialmente normofunzionale nella psichiatria	
Decorso del disturbo: – 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) – 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	□ Assente □ Propria □ Struttura residenziale □ Appartamento protetto □ Altro specificare _____

Autonomia	**Cura di sé/Igiene** □ Autonomo □ Parzialmente Autonomo □ Non autonomo
	Cura dell'ambiente □ Autonomo □ Parzialmente Autonomo □ Non autonomo
	Deambulazione □ Autonomo □ Parzialmente Autonomo □ Non autonomo
	Alimentazione □ Autonomo □ Parzialmente Autonomo □ Non autonomo
	Spostamenti (utilizzo mezzi trasporto) □ Autonomo □ Parzialmente Autonomo □ Non autonomo
Risorse presenti	**Famiglia** □ SI □ NO Se SI famiglia: in grado di sostenere: □ SI □ 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_____

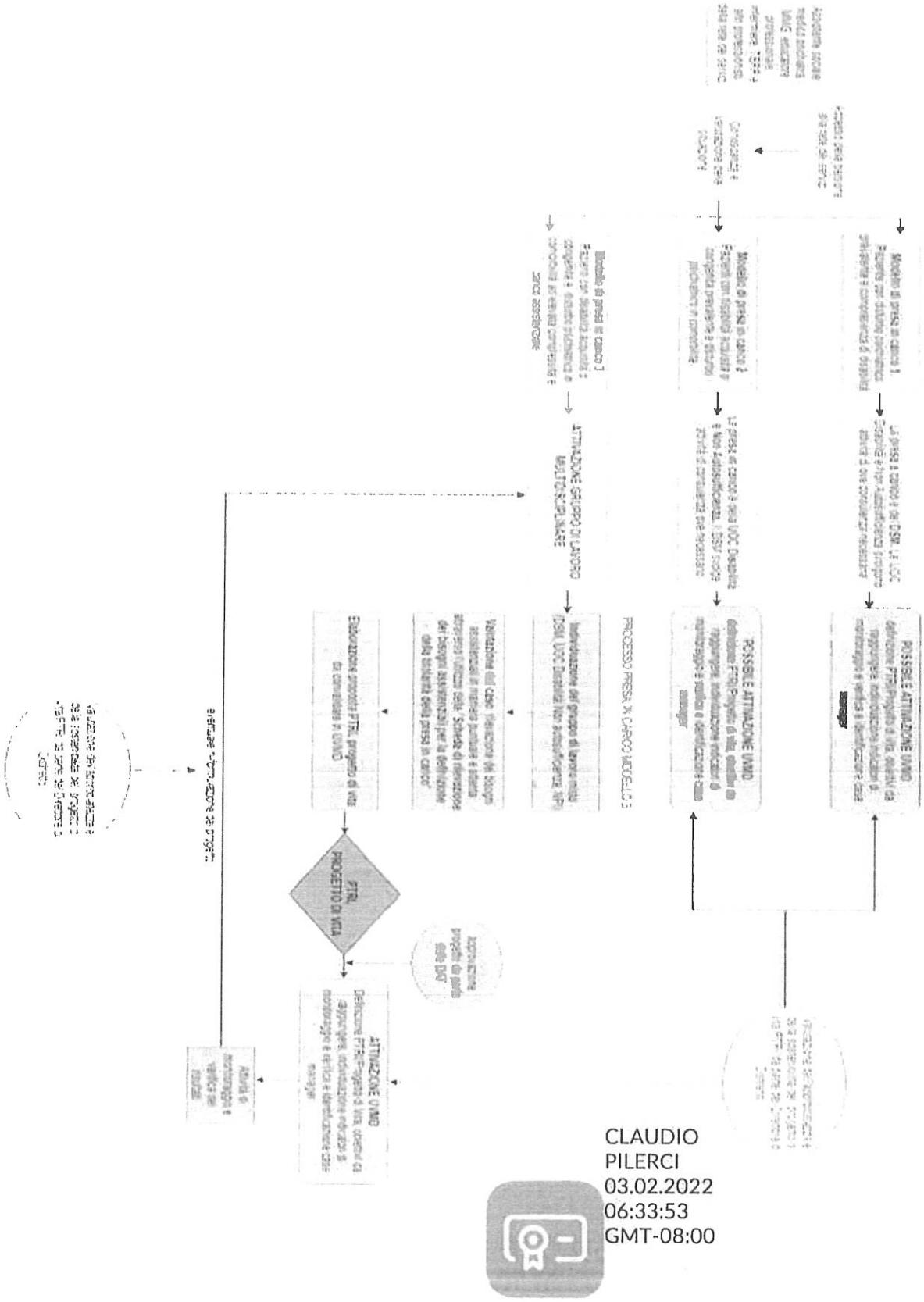
Struttura e/o Ente di appartenenza	Nome e Cognome	Firma

Data e Luogo _____

Allegato 2 Risorse, fattori di protezione e di vulnerabilità

	Personali	Socio-familiari	Ambientali
RISORSE	▪ 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	▪ Consapevolezza del problema/capacità di attivarsi per chiedere aiuto/uso congruo delle risorse ▪ Buona collaborazione con i servizi ▪ Risorse economiche/ stabilità lavorativa	▪ Contesto abitativo centrale (accesso ai servizi) ▪ Ausili/ assenza barriere architettoniche ▪ Servizi e interventi attivi
FATTORI DI PROTEZIONE	▪ Consapevolezza/accettazione della propria situazione di disabilità ▪ *Compliance* nell'assunzione terapia farmacologica e nella progettualità socio assistenziale ▪ Collaborazione con i servizi e con chi presta assistenza	▪ Funzione di protezione e tutela ▪ Consapevolezza della situazione e capacità di attivarsi per chiedere aiuto ▪ Uso congruo delle risorse	▪ Buona rete di vicinato ▪ Comunità attiva rispetto alla situazione ▪ Integrazione nella comunità di appartenenza (partecipazione attività)
FATTORI DI VULNERABILITÀ	▪ Scarse autonomie personali/sociali complessità condizione giuridica ▪ Isolamento/esclusione sociale ▪ Scarsità risorse economiche/incapacità di gestione	▪ Trascuratezza e maltrattamento (psicologico, verbale ecc.)/conflittualità intrafamiliare ▪ Familiari con fragilità (anziani/disabili/psichiatrici) ▪ Reti sociali devianti/stile di vita dissoluto/reti di supporto assenti/insufficienti	▪ Contesto abitativo isolato, degradato a rischio strutturale ▪ Barriere architettoniche interne ed esterne ▪ Isolamento/esclusione scarsa appartenenza al contesto

Allegato 3 Flow chart del modello di presa in carico



CLAUDIO
PILERCI
03.02.2022
06:33:53
GMT-08:00