

Area Innovazione sociale

L'integrazione professionale nelle Unità di valutazione multidimensionale per le persone disabili adulte



Report finale di ricerca
Bologna, giugno 2015

A cura di

*Anna Rosetti, Vanessa Vivoli, Fabrizia Paltrinieri, Augusta Nicoli
dell'Agenzia sanitaria e sociale*

Con il contributo di

*Maria Chiara Adorni e Paolo Volta - Ausl Parma
Elisabetta Negri, Laura Mauri e Barbara Bonini - Ausl Reggio Emilia
Massimo Marcon – Ausl Modena
Franco Monterumisi, Alessandra Cenni, Andrea Rossi e Angela Morsiani - Ausl Imola
Lorenza Zeriola e Felice Maran – Ausl Ferrara
Laura Barelli - ASP Circondario Imolese*

Si ringraziano i colleghi della D.G. Sanità e Politiche sociali-Regione Emilia-Romagna:

*Raffaele Fabrizio
Luigi Mazza
Bianca Brasa
Gino Passarini
Monica Pedroni
Antonio Brambilla
Maria Rolfini
Mila Ferri
Ilaria De Santis
Antonella Piazza
Paolo Soli
Michela Cappai
Claudia Tavalazzi e Valeria Sardu della Biblioteca dell'ASSR*

e le colleghe della D.G. Cultura, formazione e lavoro-Regione Emilia-Romagna:

*Patrizia Gigante
Serenella Sandri*

Un ringraziamento particolare soprattutto agli operatori che hanno partecipato attivamente ai focus group consentendo lo svolgimento della ricerca. Ci scusiamo per eventuali involontarie mancanze o errori.

Territorio di Ferrara

*Enrico Treggiari
Gabriella Santilli
Consiglia Mingione
Antonella Tripiano
Cinzia Roda
Elisabetta Palmieri
Stefano Sitta
Raffaella Bizzi
Vincenza Fichera
Massimo Forlani
Claudio Filippini
Silvia Magrini
Sonia Di Nardo Di Maio
Valeria Mantovani
Stefano Menegatti*

Territorio di Imola

*Franco Monterumisi
Alessandra Cenni
Annalisa Roda
Angela Morsiani
Laura Barelli
Vittoria Iannetta
Nadia Cavina
Serena Visani
Sheila Fabbri*

*Barbara Melandri
Giuliana Manaresi
Carla Berti*

Territorio di Modena

*Sabrina Tellini
Rossana Cattabriga
Cinzia Taurasi
Luana Reggiani
Chiara Neviani
Sergio Conversano
Paola Pedretti
Ida Biondini
Elena Begliomini
Rita Lucchi
Luisa Obici
Saura Sarti*

Territorio di Reggio Emilia

*Angela Campari
Cristina Forni
Elvira Morrone
Paolo Berni
Monica Casali
Marco Solito
Nadia Pellegrini
Gianbattista Giuliani*

*Mara Rossi
Annamaria Picciati
Anna Groppi
Fiorenza Bicchierai
Alessandra Meli
Tiziana Cassanelli
Loretta Bertani
Federica Miselli
Benedetta Bianchi
Lorenza Iori
Davide Davoli
Barbara Bonini
Massimo Arduini*

Territorio di Parma

*Laura Nicolosi
Bruno Larini
Massimo Donati
Benedetta Squarcia
Fulvia Cavalieri
Monia Nilluti
Cristina Nizzoli
Monica Leoni
Debora Tanzi
Anahi Alzapiedi
Rossana Chezzi
Maria Chiara Ghirardi
Sabrina Fornari*

Indice

Cap. 1	Introduzione: obiettivi e contesto della ricerca	p. 5
1.1	Le motivazioni	p. 5
1.2	Il contesto territoriale della ricerca	p. 6
Cap. 2	Le pratiche dell'integrazione professionale e i "modelli" di riferimento	p. 9
2.1	Cos'è l'integrazione professionale	p. 9
	2.1.1 Le definizioni formali	
	2.1.2 I significati ricorrenti nelle parole dei professionisti	
2.2	La pratica dell'integrazione professionale in UVM: cosa la facilita e cosa la rende difficile	p.18
	2.2.1 "Prima" dell'UVM: la costruzione dell'identità e della governance, la definizione dell'oggetto di lavoro	
	2.2.2 "Durante" l'UVM: la gestione dell'oggetto di lavoro	
	2.2.3 "Dopo" l'UVM: la cura e manutenzione della rete	
2.3	Una modellizzazione possibile dell'UVM in base alle pratiche emerse	p.27
Cap. 3	La partecipazione all'indagine dal punto di vista delle Aziende Usl	p.33
3.1	Parma	
3.2	Reggio Emilia	
3.3	Modena	
3.4	Imola	
3.5	Ferrara	
Cap. 4	Alcune conclusioni e uno sguardo a possibili piste di lavoro	p. 43
	Nota metodologica	p.47
	Bibliografia	p.53
	<i>Allegati:</i>	
A.	<i>Le restituzioni ai territori</i>	
B.	<i>Sintesi delle norme regionali sull'integrazione professionale nell'area disabilità adulti</i>	

Cap. 1 **Introduzione: obiettivi e contesto della ricerca**

1.1 **Le motivazioni**

Il nostro interesse si è rivolto ai professionisti sociali e sanitari, figure che influenzano in modo decisivo le innovazioni, pur in contesti di incertezza e 'turbolenza' come quello attuale, di continui cambiamenti sociali, economici e culturali, ai quali si sono accompagnate negli ultimi anni anche rilevanti trasformazioni istituzionali (riforma delle ASP, Fondo per la non autosufficienza, accreditamento, governance integrata sociosanitaria, strumenti unici di programmazione).

La ricerca si è focalizzata su come viene attuata dal punto di vista degli operatori l'integrazione sociosanitaria, obiettivo strategico dell'attuale Piano sociale e sanitario regionale.

In specifico, la domanda di ricerca posta è **come si declina nella pratica quotidiana l'integrazione professionale (IP), in particolare cosa la facilita e cosa la ostacola**, cercando di coglierne l'impatto e i significati concreti per i diversi professionisti, per i servizi e il sistema di governance.

Di fatto gli investimenti regionali prioritari per realizzare l'integrazione sociosanitaria, cioè il coordinamento, la regolazione e il supporto specifico, hanno riguardato soprattutto il livello dell'integrazione istituzionale. Meno diffusa risulta la conoscenza del tassello dell'integrazione sociosanitaria rappresentato dalle azioni dei professionisti e dalle loro scelte e ruoli. La ricerca ha inteso perciò dare un contributo di carattere qualitativo in questa direzione, esplorando il terreno in vista anche di possibili indirizzi dei decisori rispetto a percorsi sia di formazione permanente sia di riqualificazione di ruoli e strumenti per l'integrazione.

Si sono enucleati dalla normativa alcuni principi e strumenti essenziali per l'IP (in particolare la valutazione multidimensionale, ma fortemente collegati a questa il progetto personalizzato, il responsabile del caso, i percorsi integrati e in continuità, l'équipe multiprofessionale del caso) e nel condurre l'indagine si è cercato di comprendere come gli operatori, in relazione a questi principi/strumenti, abbiano attribuito significati peculiari e abbiano costruito prassi specifiche o veri e propri modelli di intervento.

Le pratiche degli operatori nel sistema sociosanitario sono infatti esse stesse fattore di cambiamento, sia delle loro identità personali e professionali sia delle loro organizzazioni: *"... il cambiamento organizzativo reale non può venire solo per prescrizioni dall'alto... Ben più che dalla definizione di nuovi modelli nasce dall'attivazione di processi di costruzione organizzativa di cui siano autori gli stessi attori organizzativi, gli stessi soggetti chiamati a produrre"* (Manoukian, 1998, p.38). Interpretare e attuare nuove indicazioni può innescare

“... un laboratorio organizzativo e sociale privilegiato per esplorare e sperimentare ... e forse anche per scoprire innovazioni” (Manoukian, cit., p.8).

In particolare abbiamo focalizzato l'indagine sull'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale). Dalla prima fase esplorativa della ricerca, tramite interviste, è infatti emerso che questa unità operativa temporanea, che si struttura cioè formalmente nel momento in cui fa valutazione, si configura come strumento regolatore dell'attività dei servizi, ordinatore dei flussi di comunicazione, dei processi di definizione dei ruoli, di individuazione delle risorse. Nello stesso tempo l'UVM è strutturata dalla normativa, e come vedremo rappresentata e praticata dai professionisti, come “oggetto di lavoro” che riassume in sé gran parte degli strumenti e caratteristiche dell'IP e richiede trasformazioni e adattamenti dei processi e delle identità.

Manoukian (1998, cit.) utilizza l'espressione “oggetto di lavoro” con l'accezione specifica di risultato di un'interazione tra gli operatori, e tra gli operatori e i “clienti”, necessaria per realizzare il servizio. Essi devono rappresentarsi un oggetto comune, *“...ciò che in quella situazione organizzativa è importante e significativo realizzare, quello per cui l'uno e l'altro entrano in contatto”* (p. 54). La dimensione di condivisione dell'oggetto non può essere realizzata con la giustapposizione delle rappresentazioni individuali: per essere comune l'oggetto deve essere co-costruito ed è quanto si è cercato di verificare nella indagine.

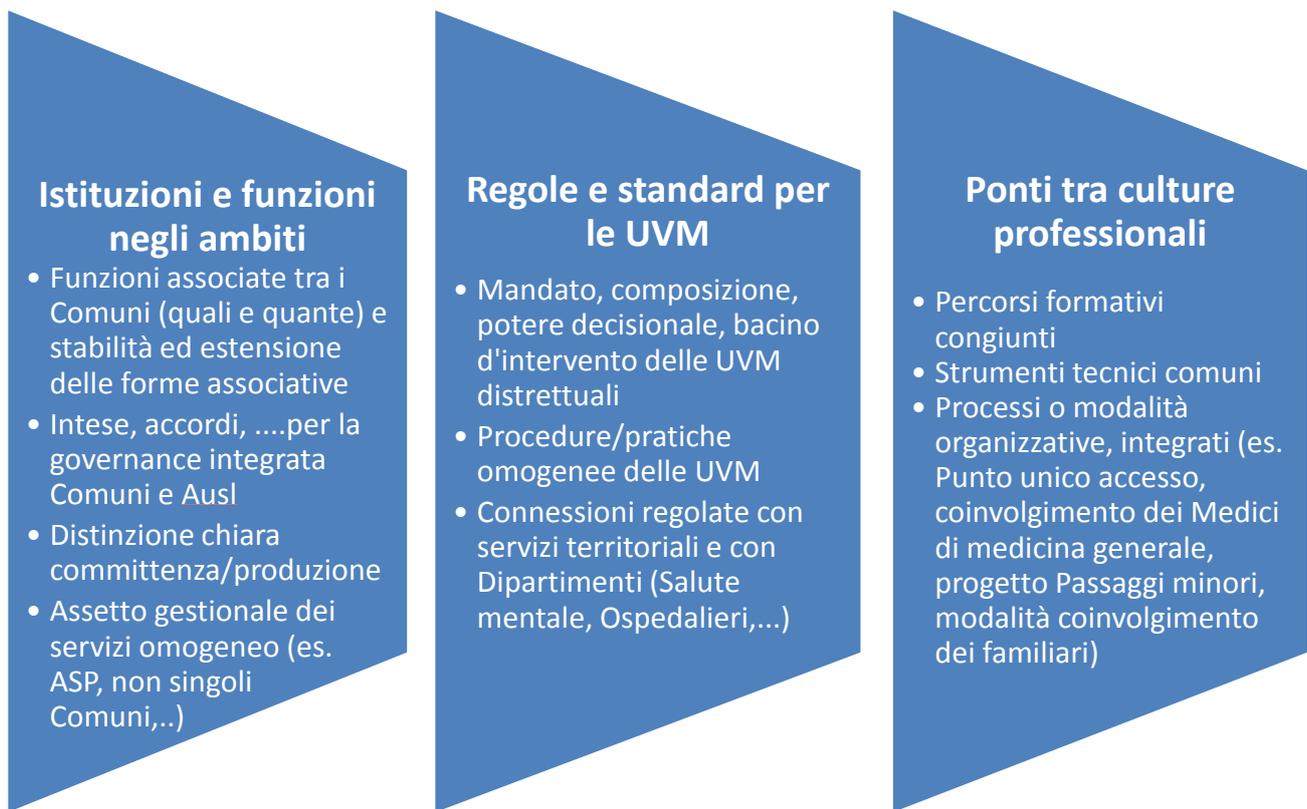
1.2 Il contesto territoriale della ricerca

I cinque territori coinvolti nella ricerca (territori provinciali di Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, e territorio distrettuale di Imola) hanno assetti istituzionali e connotazioni organizzative molto differenziati ed è stato importante comprenderli, almeno nelle linee generali, per:

- ✓ ricostruire una visione d'insieme come sfondo non neutro degli esiti della ricerca
- ✓ mettere in relazione alcune specificità di singole UVM/singoli ambiti distrettuali con il contesto più ampio di riferimento.

Abbiamo così focalizzato meglio gli elementi ‘esterni’ che impattano sulle pratiche di integrazione professionale e sulla costruzione dell'oggetto di lavoro dell'UVM.

Le dimensioni risultate a maggiore impatto sono:



Come si può notare le variabili in gioco sono davvero numerose e sono risultate analoghe in tutti i territori: sono emerse dalle voci dei partecipanti, non sempre connesse in una visione organica, a volte implicite o date per scontate.

Le tre aree in cui le abbiamo raggruppate rappresentano i macrocontesti d'azione degli operatori, dal più distante al più vicino:

- le istituzioni e la loro organizzazione in un sistema di governance, anche attraverso strategie di cooperazione Enti locali-Ausl, comprese intese e protocolli (gestione delle funzioni di programmazione, committenza, regolazione; per quanto riguarda gli Enti locali la differenza sostanziale è tra gestione di funzioni tramite Unioni e forme associative oppure in forma singola)
- le regole organizzative per il lavoro delle UVM (es.: ruoli chiave per dare attuazione a strategie e strumenti)
- gli snodi ricercati e costruiti per far dialogare culture professionali e personali diverse (es.: investimenti formativi ...)

Avere ricostruito questi macrocontesti e le loro articolazioni in modo più sistematico e esplicito, con l'aiuto dei partecipanti alla ricerca, è stato utile anche nella fase di restituzione.

I singoli professionisti, impegnati sui casi e in UVM quasi ovunque organizzate su base distrettuale (in un caso subdistrettuale), hanno recuperato una visione allargata rispetto al loro contesto operativo, una prospettiva istituzionale e organizzativa più ampia, una maggiore consapevolezza dell'interdipendenza della loro azione rispetto ad attori, processi e reti non direttamente e immediatamente 'visibili'.

L'analisi delle connessioni tra gli assetti istituzionali/organizzativi e gli esiti della ricerca sembra evidenziare che, per l'integrazione professionale in UVM, è rilevante un 'adeguato' equilibrio tra omogeneità delle scelte di governance da parte degli attori a livello aziendale/provinciale, da un lato, e specificità degli strumenti e delle regole a livello dell'ambito distrettuale, dall'altro.

Rispetto all'omogeneità, viene ritenuto utile, se non indispensabile avere:

- ✓ momenti sistematici di confronto e coordinamento di livello più generale tra area sociale e area sanitaria,
- ✓ mandati analoghi per le diverse UVM distrettuali e governati in modo congiunto da sanità e sociale,
- ✓ strumenti/schede di valutazione comuni e co-costruiti tramite percorsi condivisi.

D'altra parte è importante secondo gli operatori mantenere la diversità e peculiarità delle reti e degli strumenti a loro supporto (professionali, istituzionali, informali) che ogni ambito ha attivato o può attivare a seconda delle risorse presenti, delle progettualità, dei bisogni. Pure diversificate sono le relazioni tra le singole UVM e le équipes del caso, a seconda dei ruoli che reciprocamente si sono ritagliate nel corso delle interazioni organizzative.

Cap. 2 Le pratiche dell'integrazione professionale e i “modelli” di riferimento

2.1 Cos'è l'integrazione professionale (IP)

Lo sfondo concettuale della ricerca è stato disegnato ricostruendo il significato più ampio dell'IP da due punti di vista: la definizione formale, a livello di regole 'alte' del contesto derivanti dalla normativa regionale, e i significati attribuiti dai partecipanti nelle diverse realtà locali, a partire dalla conoscenza della norma ma soprattutto dalle loro pratiche quotidiane dentro e fuori le differenti organizzazioni e nelle interazioni interorganizzative anche informali.

2.1.1 Le definizioni formali

I documenti regionali citano il tema già negli anni '90, e la legge regionale 2 del 2003 (riforma organica dell'assistenza sociale) individua l'IP come principio fondante dei modelli organizzativi e gestionali di integrazione sociosanitaria. Il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 la definisce per la prima volta in modo completo e organico con la finalità di garantire nelle tre fasi della presa in carico, progettazione individualizzata, valutazione *“... il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica la cui complessità richiede... la coordinata strutturazione di uno o più approcci assistenziali”*. Le condizioni di supporto individuate nel Piano per sviluppare IP sono: partecipazione degli operatori alla programmazione e organizzazione dei servizi in funzione di processi condivisi, sistemi informativi unici sulle attività e sui processi, formazione congiunta tra le diverse figure professionali.

Le direttive successive, con particolare riferimento all'area della disabilità (cfr. Allegato B per una sintesi ragionata degli atti in ordine cronologico), l'attivazione del Fondo regionale per la non autosufficienza, e i documenti attuativi del Piano in vari ambiti, fino alla Delibera Assemblea Legislativa 117/2013 che integra e proroga il Piano stesso fino a tutto il 2014, si focalizzano in sintesi su tre aspetti dell'IP:

- ✓ il sistema di accesso, presa in carico e valutazione come snodo essenziale in cui sviluppare IP
- ✓ la centratura sui bisogni della persona e un approccio unitario e olistico, rivolto anche ai familiari, come garanzia di continuità assistenziale

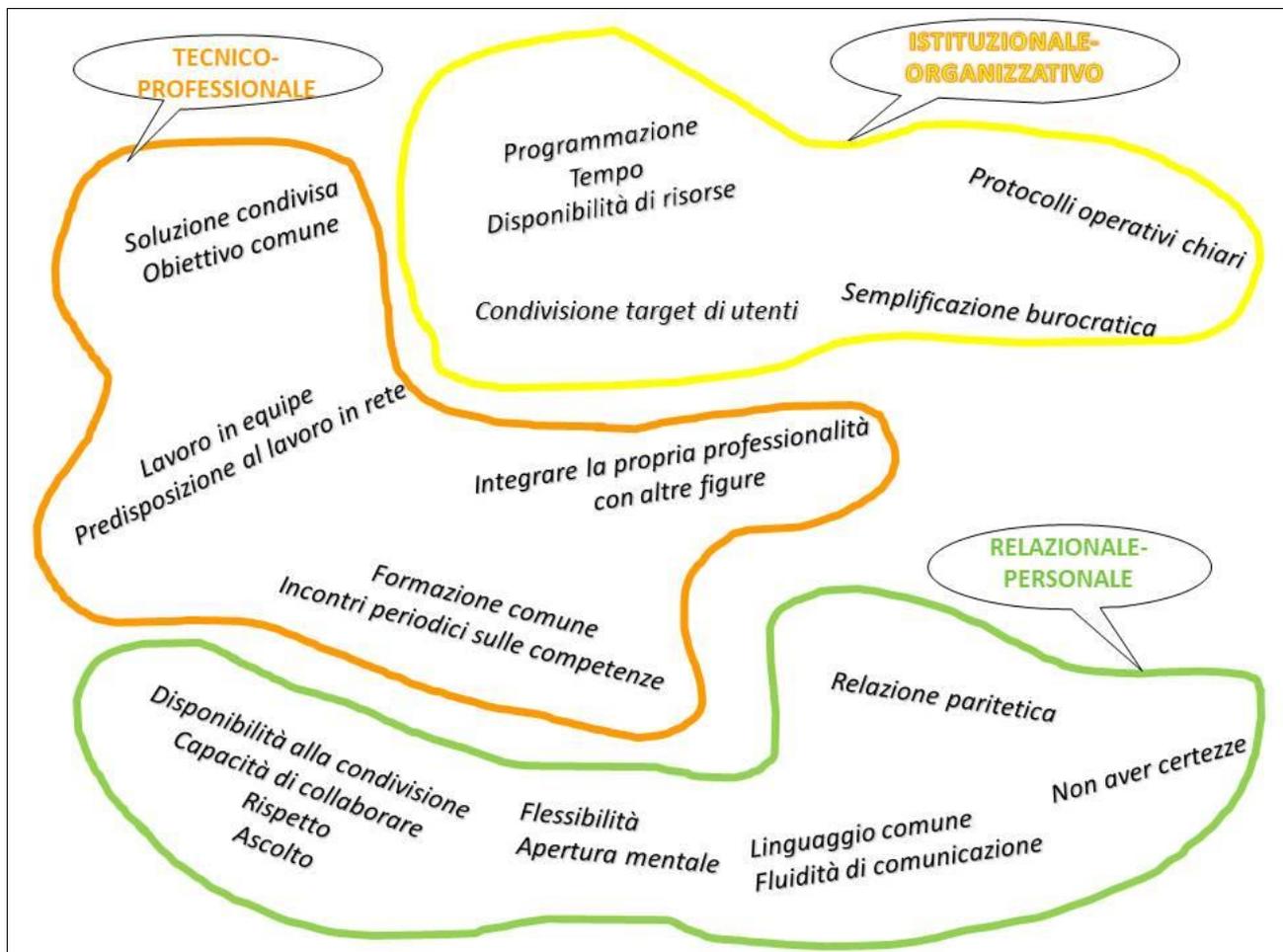
- ✓ l'individuazione di strutture e strumenti operativi (di documentazione, di progettazione, di valutazione, comprese le Unità di valutazione multidimensionale) e di ruoli chiave, come il responsabile del caso, funzionali all'IP.

2.1.2 I significati ricorrenti nelle parole dei professionisti

Abbiamo aggregato in tre aree semantiche prevalenti le diverse definizioni di IP date da ciascun professionista:

- relazioni e capacità personali: rientrano in quest'area tutti i significati centrati sulle relazioni interpersonali e su attitudini e stili personali percepiti come profondamente connessi all'integrazione
- aspetti tecnico-professionali: riguardano "attrezzi" e modalità operative del mestiere, sia delle specifiche professionalità che dei ruoli
- aspetti istituzionali e organizzativi: fanno riferimento alle condizioni a monte (mission, organizzazione, procedure,...) che influenzano e caratterizzano l'IP.

Figura n. 1 – Un esempio di mappa delle definizioni di IP date dai professionisti



A. Aspetti relazionali e capacità personali

La prima area di significati sembra riflettere un livello forte e diffuso di coinvolgimento personale, che oscilla tra due poli. Il primo, percepito come positivo, è identificabile nella motivazione e passione personale:

“... bisogna crederci!”

dice un partecipante in prima battuta, per creare quella comunanza, quello “*spazio di incontro*” virtuale e fisico che molti si rappresentano come IP.

A questa motivazione sono collegate in modo ricorrente alcune doti individuali: flessibilità, apertura mentale, fluidità di comunicazione, attitudine all’ascolto, alla condivisione, al mettersi in gioco. Ma anche altre attitudini, sempre personali, come la curiosità, l’interesse per il confronto, lo sforzo di uscire da discrezionalità e pregiudizi, il considerare la diversità come opportunità di arricchimento e di apprendimento, l’essere disponibili ad imparare, a cogliere le opportunità per arricchirsi.

All’altro polo sono collocati gli elementi del coinvolgimento più ‘negativi’, più pesanti, anche emotivamente: saper superare il ‘sospetto’ reciproco, tollerare la difficoltà di capire altri punti di vista e di rispettare la diversità, convivere con

“la fatica organizzativa e relazionale [dell’incontro] una fatica quotidiana, che però porta i suoi frutti”.

La definizione di IP come “*miraggio*”, collegata da qualcuno alla ‘fatica’, sembra rimandare a una meta lontana e desiderabile che però si allontana e sfugge proprio quando sembra di esserle vicini. Evoca qualcosa che si sente come mai dato una volta per tutte, sempre da costruire faticosamente da capo durante il viaggio, un orizzonte lontano, quindi anche un po’ vago, piuttosto che uno strumento che ci accompagna e ci aiuta sempre, una volta messo nello zaino.

Miraggio si concilia con il “*non aver certezze*”, altra definizione che richiama un orientamento da assumere, uno sfondo certo non facile da praticare, che fa da premessa alla vera integrazione; insieme all’“*ansia*” che lo può accompagnare, alla “ *... difficoltà di capire altri punti di vista*”, associate da alcuni operatori all’integrazione.

Sono citate anche capacità che, come molti degli orientamenti personali richiamati, sembrano proprie di chi sceglie di lavorare nell’ambito della cura: collaborare, gestire relazioni paritetiche, costruire un sapere e linguaggi comuni.

B. Aspetti tecnico-professionali

L'area di definizioni tecnico-professionali è di certo la più citata dagli operatori: l'IP si caratterizza da questo punto di vista come un set di strumenti e modalità specifiche di lavoro, elementi tecnici che la connotano e la rendono possibile.

Comune a quasi tutti i gruppi, nel definire l'IP, è l'identità professionale personale, intesa come nucleo fondante di competenze specifiche, costruite anche con l'esperienza sul campo. È solo a partire da questo nucleo che è possibile integrarsi, sembrano affermare i professionisti, e costruire quelle pratiche - atteggiamenti e modi di lavorare - che producono integrazione.

Analizzando le voci dei professionisti si può leggere una sorta di filo rosso che connette le diverse definizioni, che parte da un focus sulla rete dei servizi, da questa si centra maggiormente sul paziente come "oggetto" di assistenza, dal paziente alla persona intesa nella sua interezza di bisogni, ma anche di risorse, nel contesto dei legami familiari e comunitari.

Dal lavoro in rete

Secondo i professionisti

"lavorare in équipe/in rete" e "costruire un progetto condiviso"

sono i due tratti distintivi delle pratiche professionali efficaci per l'integrazione, che implicano abilità strumentali come:

"mettere insieme e condividere competenze, responsabilità, punti di vista, risorse ... negoziare per co-costruire ... agire per un obiettivo comune".

L'équipe del caso è la forma organizzativa ordinaria per attuare e monitorare con competenze multiprofessionali adeguate il progetto di vita e di cura di ciascuna persona, dando continuità e integrazione al percorso. Dà quindi operatività alle scelte sul percorso assistenziale.

Il lavoro in rete è sia una modalità di lavoro, un approccio, un processo, sia quanto esso produce, cioè l'insieme di relazioni che ogni unità organizzativa, e ogni professionista al suo interno, sviluppa con altre unità e persone – professionisti e non – per una lettura adeguata dei bisogni e un uso integrato e coerente di tutte le risorse disponibili. E' questa

la modalità più citata dagli operatori come caratteristica dell'IP, della quale ciascuno sottolinea dimensioni ed elementi diversi. Uno degli operatori definisce l'IP come

“una ragnatela, una modalità fluida di comunicare... sullo sfondo di ruoli chiari”.

La metafora della ragnatela richiama la fragilità, la facilità con cui spesso occorre ricominciare quasi da zero (*“il miraggio dell'IP...”*), o anche l'aprirsi a nuove vie, verso nuove connessioni; o la densità/numerosità delle relazioni e dei flussi, e la molteplicità dei nodi, degli incroci, che sembrano essere facilitati dalla chiarezza dei ruoli. Lo sfondo - istituzionale, procedurale, organizzativo... - su cui si intrecciano le relazioni ha un peso decisivo secondo i partecipanti.

La ragnatela rimanda poi naturalmente all'immagine della rete, che i partecipanti sembrano connotare sia come sistema, cioè *“interdipendenza di unità e ruoli specializzati e differenziati, finalizzati al funzionamento del sistema stesso”*, sia come reticolo di interazioni, *“comunicazione non necessariamente orientata da obiettivi, fini e valori comuni”* (Simoni, Nicoli, Palestini, 2014).

Il tema del lavoro in rete sicuramente è tra gli sviluppi attuali – e potenziali - più significativi dell'identità professionale e dell'IP: si caratterizza per la dimensione orizzontale delle relazioni, il carattere aperto, continuo e multiplo delle connessioni, il collegamento con 'diversi da sé', la produzione di mappature – personali e istituzionali – che nascono nell'azione quotidiana come guida e al tempo stesso generatrice di cambiamento per ciascun operatore o gruppi di operatori.

L'insieme di queste caratteristiche è analizzato in modo originale e stimolante dal ricercatore brasiliano Tulio Batista Franco (2006), che descrive queste reti, in particolare nei servizi per la salute, come *'redes rizomáticas'*, che si sviluppano cioè secondo proprietà tipiche del rizoma (una modificazione del fusto delle piante con principale funzione di riserva): in modo sotterraneo, in orizzontale, verso tutte le direzioni secondo modalità imprevedibili, in modo estremamente adattivo, soprattutto negli ambienti più sfavorevoli. Questa metafora fotografa in modo abbastanza calzante uno dei modelli 'tendenziali' di IP che gli operatori praticano, come vedremo.

.... alla centratura sul paziente...

L'immagine della ragnatela allude anche a un centro. È interessante vedere come alcuni gruppi connotano l'IP non solo e non tanto in riferimento alle relazioni interprofessionali (la rete) ma ancor di più alla centratura sui bisogni delle persone: vedono come fulcro dell'integrazione la costruzione di una "risposta", di una "soluzione condivisa" che supporti utenti e familiari in bisogni sempre più complessi. Le relazioni tra professionisti, per creare una vera integrazione, devono passare tutte attraverso un centro che è la persona. Un'altra immagine evocata da un partecipante rispetto al ruolo delle competenze professionali per fare IP, richiama la problematicità e complessità del 'paziente', con cui occorre fare i conti se si vuol fare integrazione:

"L'IP è un puzzle: ognuno con il proprio pezzettino è parte dell'immagine grande che è il paziente"

Ritorna l'idea della fatica (un rompicapo), lo sforzo di ricomporre 'pezzi', di uscire dalla propria ottica, dal frammento all'interno del quale ciascuno lavora. Ma anche si afferma positivamente la ricerca verso un risultato più grande del proprio lavoro individuale, "fuori" da questo e che allo stesso tempo gli dà senso: è l'immagine, il valore del paziente. Lavorare solo dentro il proprio frammento può essere un rischio rispetto all'efficacia, un impoverimento e anche un eccessivo peso da sostenere, tanto che *"il contrasto alla solitudine professionale"* viene citato come uno degli aspetti dell'IP.

Nello stesso tempo se una sola tessera del puzzle, se il lavoro di uno solo manca, il risultato è "a buchi", discontinuo, non ben connesso, non riconosce in modo completo, su più dimensioni, il valore del paziente, non solo dei suoi bisogni ma più in generale della sua identità.

.... al 'riconoscimento' della persona 'oltre' il paziente...

Riconoscere e mettersi in relazione con valore e bisogni delle persone non coincide esattamente con un insieme di interventi pensati come risposta, secondo i nostri operatori. Il sistema dei servizi e la rete di competenze e relazioni che caratterizza l'IP, nell'opinione di molti dei partecipanti, non hanno come obiettivo (solo) produrre un insieme di prestazioni, ma piuttosto *"co-costruire un progetto di vita"* e *"produrre innovazione"*. La chiave per riuscire in questi due obiettivi è una connessione più stretta non solo ai bisogni

ma anche alle capacità/creatività delle persone, da considerare in modo unitario e aperto, non classificabili a priori. Il principio operativo della rete si salda con i bisogni delle persone, da un lato, con l'innovazione, dall'altro, come binomi affermati ripetutamente dagli operatori.

Le parole ricorrenti per definire questa prospettiva sono:

“nuovo modo di valutare il bisogno, di analizzare un problema, fotografia del bisogno con più approcci, mettere a fuoco zone d'ombra, leggere la persona nella sua interezza” e, di conseguenza, “costruire una risposta all'utente non frammentata e più adeguata, una presa in carico globale, olistica, un continuum, facilitare utenti e familiari nei percorsi” ma anche “ampliare le proprie possibilità/conoscenze, non avere soluzioni pre-costituite, costruire insieme il percorso, avere creatività, immaginare nuove risposte”.

Franca Olivetti Manoukian (2013) nota come da parte dei servizi ci sia stata e in parte ancora ci sia una tendenza ad autorappresentarsi in termini di attività di dare risposte risolutive ai bisogni. Ciò ha prodotto un proliferare di specializzazioni/separazioni e un ancoraggio al modello professionale medico, con conseguente rifugio nello specialismo, negli ultimi anni anche come riparo dalla crisi, economica ma anche culturale e professionale.

Nei nostri gruppi quest'analisi viene in parte disconfermata o quantomeno si delinea un percorso di superamento di questa tendenza, soprattutto laddove i livelli di integrazione professionale sociosanitaria vengono valutati positivamente, si sottolinea cioè la prevalenza di fattori facilitanti in campo che valorizzano sì le identità professionali ma ancor di più il lavoro integrato, rendendo possibile una vista sul progetto di vita e non solo sulla cura.

La centratura esclusiva sulla propria cultura/identità professionale tende infatti a schermare gli aspetti più globali della persona portando in primo piano gli aspetti patologici e di disagio, funzionali ad enfatizzare l'apporto professionale specifico. Dice in tono critico in questo senso un partecipante al FG:

“... il disabile è sempre minorato, l'anziano è sempre demente...”.

... alle azioni formali e informali di supporto all'integrazione professionale

Per supportare costantemente il modo di lavorare in rete e per la persona nei contesti, e assicurarne l'efficacia, gli operatori includono tra le caratteristiche dell'IP anche azioni di sistema tese a sostenere la nuova cultura professionale centrata sull'IP. Contrastare la fatica organizzativa e relazionale, rinnovare di continuo la motivazione, verificare e alimentare le competenze specifiche è fondamentale, e per questo sono necessari anche:

“la formazione comune... gli incontri periodici sulle competenze tecniche... i contatti diretti per costruire conoscenza tra le persone”.

C. Aspetti istituzionali e organizzativi

L'area istituzionale-organizzativa dell'integrazione professionale è quella meno frequentata dalle definizioni dei professionisti: probabilmente in modo plausibile e legittimo, non viene riconosciuta come il cuore dell'IP, o viene data per premessa implicita.

Gli aspetti citati coincidono prevalentemente infatti con le condizioni preliminari per realizzare IP, o in alcuni casi con gli effetti prodotti dalla pratica dell'IP sulle realtà istituzionali e sulle loro mission.

Le definizioni più ricorrenti sono:

“... chiarezza d'identità e di ruoli e funzioni, interazione tra organizzazioni e non solo tra singoli, presenza di protocolli e di meccanismi di semplificazione, programmazione di tempi e risorse, organizzazione...”

L'aspetto delle regole sembra prevalere: il tema sotteso è quello della responsabilità, non solo formale ma anche percepita. Un operatore ha usato la definizione di IP *“Terra di tutti terra di nessuno”* per sottolineare come l'interazione tra organizzazioni produce vera integrazione solo se porta a superare temporaneamente le appartenenze ai singoli enti nel convergere verso obiettivi comuni.

L'IP disegna quindi i confini di un territorio virtuale che appartiene a tutti, dove nessuno è 'proprietario esclusivo', né al contrario qualcuno può sottrarsi a una pur minima responsabilità (*“il caso non è né mio né tuo”*, ma nostro).

Anche le definizioni di IP in termini di “*valori, orientamenti, equità*” ci sembrano riferibili a quest’area: la mission esplicita, ma soprattutto la cultura espressa nei comportamenti, all’interno delle diverse istituzioni può guidare o meno le interazioni tra i professionisti verso l’integrazione, definita anche come una delle condizioni per realizzare equità, per contrastare la soggettività, la parzialità.

2.2 La pratica dell'integrazione professionale in UVM: cosa la facilita e cosa la rende difficile

Secondo i professionisti l'attività dell'UVM, per essere davvero elemento di integrazione professionale, deve collocarsi dentro una rete complessa di relazioni, come abbiamo visto, e all'interno di un continuum, cioè il processo di accesso e cosiddetta presa in carico¹ delle persone nel sistema di interventi e servizi.

Il processo, per essere virtuoso, dovrebbe assumere un andamento circolare: dalla segnalazione del bisogno, all'espressione di una domanda, alla valutazione multiprofessionale e multidimensionale, all'entrata nella rete, al monitoraggio e verifica cui può seguire l'eventuale riconfigurazione del bisogno, "nuova" domanda, rivalutazione.

Figura n. 2 - L'UVM nel processo di accesso/presa in carico



Oltre a questo contesto più ampio in cui si colloca l'attività dell'UVM, c'è "un prima e un dopo dell'UVM", cioè dell'incontro fisico tra professionisti diversi per valutare più dimensioni del bisogno di una persona, e questi step concorrono nell'operatività a definire significato e livello dell'integrazione realizzabile.

¹ L'espressione "presa in carico" fa parte di un gergo tecnico consolidato che però rimanda a una visione molto passiva delle persone come oggetti, che vengono letteralmente prese dai servizi e caricate "sulle loro spalle". Sarebbe importante trovare una nuova espressione più adeguata alla nuova cultura professionale e dei servizi che si sta facendo strada.

È quindi l'intero contesto (sia macro, di processo, sia micro dell'operatività della singola UVM) a supportare/generare IP e l'attività dell'UVM può alimentarla o rafforzarla, più raramente farla nascere.

“La seduta dell'UVM è il ‘punto’ di una rete di lavoro” ma anche:
“L'integrazione è a prescindere dall'UVM”.

Se si analizzano i fattori facilitanti e ostacolanti l'IP, come emersi dall'indagine, nei tre diversi step dell'UVM (prima dell'UVM, durante la seduta dell'UVM, dopo l'UVM) si rilevano contenuti specifici che caratterizzano le tre fasi:

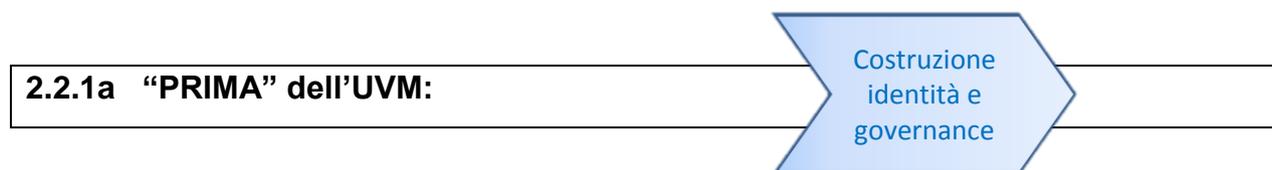
1. nella prima si tratta di sostegni e ostacoli relativi essenzialmente alla *costruzione dell'identità e alla governance dell'UVM, e alla conseguente definizione dell'oggetto di lavoro*. Di fatto sono quei fattori indicati come la premessa indispensabile all'attività dell'UVM, sia istituzionali sia tecnico-professionali, e, secondo gli operatori, essi condizionano in modo assolutamente decisivo la pratica e l'oggetto dell'integrazione;
2. nella seconda fase sono individuati soprattutto sostegni e ostacoli alla *gestione dell'oggetto di lavoro*, in particolare alla costruzione e all'uso di strumenti specifici per l'integrazione: è la fase a più alta densità tecnico-professionale, in cui hanno un forte peso gli attrezzi del mestiere;
3. “dopo” l'UVM si individuano sostegni e ostacoli allo *sviluppo della rete*, inteso come cura e manutenzione delle relazioni complesse che si costituiscono tra tre ‘nodi’, che a guardare bene sono costituiti da altrettante reti: i servizi per il primo accesso e la valutazione, la persona e la sua rete familiare, il gestore/i gestori degli interventi e servizi progettati per la persona.

In questa fase prevalgono “oggetti” o ruoli operativi che fanno da attivatori della rete e/o da collanti e manutentori. Appare la fase più critica del processo, quella che dovrebbe assicurarne la circolarità ma che per vari ordini di motivi non è sempre efficace.

Figura n. 3 - Le fasi di strutturazione e di attività dell'UVM



La fase 'finale', di alimentazione e sviluppo della rete, dovrebbe da un lato esprimere l'identità e la governance dell'UVM e le modalità di gestione dell'oggetto di lavoro, dall'altro innescare anche processi di adattamento e quindi di innovazione, sia rispetto alla singola persona in cura sia rispetto al funzionamento dell'IP.



Le condizioni 'a priori' che facilitano l'IP in UVM secondo i professionisti fanno riferimento, come si è detto, soprattutto alla definizione della sua identità e della sua governance, da un livello più macro, di cornice/contesto, a uno più micro, di dettaglio e operativo:

- **Documenti regolativi e mandati** protocolli o intese di livello generale, regolamenti di funzionamento, protocolli operativi, procedure. Tutti strumenti per definire uno sfondo/un senso all'attività dell'UVM, mandati precisi dentro 'quel' contesto istituzionale e amministrativo, e per regolare responsabilità e flussi di comunicazioni tra i diversi soggetti nel contesto.
- **Ruoli e funzioni chiari e strumenti per strutturarli/sostenerli**
 - definizione esplicita, e coerente con i documenti, delle funzioni dell'UVM (es.: valutazione per primo accesso, per passaggi d'età, rivalutazioni) e del potere decisionale effettivo dell'UVM, in particolare riguardo alla spesa
 - previsione di componenti fissi e variabili, e criteri per gli inviti ai variabili
 - relazione di supporto tra professionista in UVM e responsabile/dirigente d'area dell'ente di appartenenza
 - ruolo del Responsabile del caso
 - presenza e ruolo del punto organizzativo/segreteria e di una funzione di coordinamento

COSA FACILITA

- presenza e ruolo del medico di medicina generale (MMG).

Solo alcuni gruppi sottolineano in questa fase anche l'importanza della definizione del ruolo dell'utente e dei suoi familiari, e di come coinvolgerlo.

- **Conoscenze e percorsi condivisi** conoscenza delle norme di riferimento come base per agire, conoscenza pregressa dei nodi della rete (competenze, attività e funzionamento, persone), percorsi formativi congiunti per creare un linguaggio comune, co-costruzione di percorsi di integrazione e di procedure, in specifico per i passaggi di presa in carico da minori a adulti. Tutti i gruppi sottolineano il peso determinante della comunicazione informale, dei contatti al di fuori di quanto proceduralizzato.
- **Aspetti ambientali, fisici e logistici in cui si attuano le relazioni** sono quelli più di dettaglio, non per questo meno rilevanti, riguardano l'ampiezza del contesto territoriale in cui opera l'UVM, la sede fisica in cui si incontra o in cui operano i professionisti che ne fanno parte, in generale l'organizzazione degli spazi e dei tempi per l'attività dell'UVM.

Figura n. 4 - Fattori facilitanti dell'identità e governance dell'UVM



Gli ostacoli individuati sono per lo più il negativo dei fattori facilitanti (molto sottolineato il peso dell'assenza del MMG), molti riguardano però ulteriori aspetti specifici di identità e governance dell'UVM, che vengono citati da più gruppi:

- c'è separazione tra responsabilità operativa/valutativa e gestione della risorsa economica
- non sempre c'è un mandato chiaro da parte del proprio ente oppure il mandato implicito è 'solo' trovare una soluzione concreta, praticabile, soprattutto sostenibile
- la rete dell'offerta non sempre è adeguata per il match con il bisogno
- alcuni componenti dell'UVM (tra quelli variabili) si percepiscono e si comportano come consulenti e non come corresponsabili della valutazione e del progetto che ne consegue o, al contrario, in certi casi non c'è chiara distinzione di ruolo e di compiti tra UVM e équipe del caso
- mancano sistemi informativi integrati
- non ci sono percorsi di co-costruzione di strumenti di valutazione con significato e linguaggi comuni
- si sente la mancanza di un punto di confronto e coordinamento sistematico tra sociale e sanitario di livello aziendale/provinciale.

Alcuni elementi sono visti nello stesso gruppo sia come ostacolanti che facilitanti, con una certa ambivalenza da parte degli operatori: la procedura è necessaria ma può produrre immobilismo e deresponsabilizzazione, il protocollo è utile ma può essere troppo difficile da applicare, le dimensioni circoscritte del bacino di intervento facilitano la coesione, d'altra parte i grandi numeri di utenti aiutano a strutturare risorse dedicate... ecc.

Sembrerebbe che i diversi contesti (culturali, istituzionali, socioeconomici,...) in cui operano le UVM, o le specifiche esperienze dei singoli, possano dare valore di segno opposto – ostacolo o sostegno - allo stesso strumento o aspetto del loro operare. Manoukian (1998) sostiene che quando si fissano vincoli formali a un'attività "...questi elementi forniscono qualche cosa di concreto, quasi tangibile [ma] inchiodano, ovvero incanalano le rappresentazioni dell'oggetto di lavoro soltanto su due binari... conformarsi o... inseguire ulteriori schematizzazioni" (p.61).

2.2.1b. “PRIMA” dell’UVM:

Definizione
oggetto di
lavoro

Tutti i gruppi hanno evidenziato tra le condizioni facilitanti del loro operato nella fase pre-UVM anche quelle che servono a definire meglio il loro oggetto di lavoro:

- innanzitutto un ruolo complessivo, nella fase conoscitiva, forte e ben giocato dal Responsabile del caso (RdC) nel raccogliere le informazioni, strutturarle in uno strumento ad hoc (scheda utente), pre-valutare costruendo una prima proposta aperta da sottoporre all’UVM
- la capacità del RdC, in particolare in questa prima conoscenza del caso, di fare un lavoro di rete efficace, a più canali e modalità: attivazione di contatti e incontri informali, costruzione di una buona rete tra i nodi potenzialmente da coinvolgere (medici di medicina generale, ma anche dipartimento di salute mentale, dipartimento ospedaliero,...), coinvolgimenti ad hoc per casi complessi, multiproblematici, non etichettabili (es. incontri con componenti delle équipes territoriali), gestione appropriata degli inviti dei componenti variabili dell’UVM
- la conoscenza della disponibilità di risorse economiche che supporta la sostenibilità delle decisioni.

COSA FACILITA

Un particolare citato come facilitante è il valore aggiunto della presenza nelle UVM di professionisti che operano in altri gruppi/tavoli: si rinforza la dimensione positiva del confronto con chi opera in ambienti diversi o non direttamente contigui al proprio, che portano informazioni e punti di vista diversi. Complessivamente nella definizione dell’oggetto di lavoro è fondamentale la conoscenza, la memoria, la messa in rete della storia, e delle storie, della persona e del suo contesto.

Tra gli ostacoli, oltre al ‘rovescio’ dei positivi, di nuovo è evidenziata la mancanza del MMG, la mancanza di una cartella sociosanitaria condivisa, la definizione non esplicita dei livelli di responsabilità dei soggetti coinvolti nella presa in carico e la mancata condivisione del target di utenti, cioè il rimpallo da un’area di afferenza (come diagnosi e come intervento appropriato) a un’altra, tipicamente tra disabilità adulta e salute mentale.

COSA OSTACOLA

Anche in quest'area dei fattori che aiutano o impediscono la definizione dell'oggetto di lavoro emergono ambivalenze: la prevalutazione e proposta del RdC è utile ma rischia di prefigurare troppo l'intervento, il RdC è figura cruciale (*"la nostra stella polare..."*) ma rischia di sentirsi/essere troppo solo o troppo autoreferenziale.

2.2.2 "DURANTE" l'UVM:

Gestione
oggetto di
lavoro

Nella fase in cui i professionisti si riuniscono e interagiscono per costruire una valutazione condivisa, diventano rilevanti come fattori facilitanti dell'IP, approcci, e soprattutto strumenti, specifici:

- la disponibilità a mettersi in gioco e una solida esperienza professionale che comprenda anche *"l'esercizio concreto dell'integrazione"*
- la scheda utente (in alcuni territori cartella del caso o cartella sociale come 'racconto del caso'): viene validata, eventualmente con annotazioni e specificazioni per contestualizzarla, e in alcune realtà integrata in questa fase con il Progetto di vita e di cura
- il verbale dell'UVM, che individua chi fa cosa
- in aggiunta ai documenti che verranno resi pubblici, in alcuni territori l'UVM utilizza strumenti più informali e riservati di organizzazione delle informazioni (diari, appunti come memoria condivisa), anche per contestualizzare e 'oggettivare' le valutazioni. Nel complesso sembra che i professionisti abbiano inventato strategie adattive per andare 'oltre' gli strumenti formali disponibili, per dare uno sfondo di senso alla mera valutazione e al suo apparato tecnico-formale, per metterla in relazione con l'insieme di conoscenze sui bisogni e i percorsi della persona.
- il potere di uso del budget, o quanto meno le informazioni specifiche in proposito
- la presenza appropriata dei componenti variabili e la ricostruzione congiunta delle risorse potenziali della rete per creare nuove connessioni e nuove risposte
- la presenza in UVM di operatori/coordinatori di struttura, per sviluppare o consolidare il rapporto con gli enti gestori fin dalla fase iniziale dell'accesso
- l'individuazione di tempi e modi di coinvolgimento dell'utente e dei familiari
- la presenza in UVM del MMG (si realizza solo in un territorio).

Gli ostacoli rilevati riguardano soprattutto gli strumenti, e non è un dato di poco conto: non sono aggiornati e adeguati ai nuovi bisogni, o sono puramente quantitativi, o il loro significato è scarsamente condiviso dai diversi professionisti, o risultano poco gestibili perché non informatizzati. Qualcuno cita tra gli ostacoli all'IP le modalità decisionali nel caso l'UVM non raggiunga una soluzione unanime: in alcune realtà semplicemente prevale il punto di vista di un ente/di un settore, sulla base di asimmetrie di potere preesistenti, in altri casi interviene a posteriori un potere "sopra" le parti, elemento che da altri viene valutato come facilitante anziché ostacolante. In realtà è probabile, quando non si arriva a una valutazione unitaria, che ci siano altri fattori a monte di questo risultato e ciò che è citato come ostacolo all'IP in UVM è l'esito di processi istituzionali che si svolgono in altri contesti, collegati all'UVM, ma fuori di essa.

Altri ostacoli nel gestire la valutazione rimandano a una gestione inadeguata della fase pre-UVM: insufficiente lavoro istruttorio, soprattutto per i casi multiproblematici, assenza di alcuni servizi per lettura e progettazione del caso, mancanza di procedure operative, in particolare per documentare le situazioni evolutive soprattutto nei passaggi dei minori.

Anche in questo ambito emergono alcune ambivalenze, spesso nello stesso gruppo di operatori.

La conoscenza della disponibilità economica, se non addirittura il potere di spesa dell'UVM viene visto in quasi tutti i gruppi come fattore facilitante dell'IP. Poter valutare e progettare un percorso realizzabile, sostenibile, spinge ognuno a mettere sul piatto le proprie competenze e risorse, a mediare tra il proprio punto di vista e quello degli altri per cercare soluzioni concrete condivise.

In un territorio invece il budget emerge anche come ostacolo perché limita la libertà dei singoli di esprimere una valutazione "*pura, limpida*", libera dal condizionamento delle risorse disponibili. Analogamente la conoscenza delle risorse della rete già attive, fruibili, organizzate, viene letta come prezioso supporto o come fattore che limita la creatività nell'individuare soluzioni diverse da quelle standardizzate, ordinarie.

2.2.3 "DOPO" l'UVM:

Cura e
manutenzione
rete

La fase del dopo-UVM appare come la più impegnativa nel processo dell'accesso e presa in carico, in quanto presuppone lo sviluppo sistematico e la manutenzione delle relazioni

tra UVM/Responsabile del caso/équipe del caso, tra questi attori e la persona con i suoi familiari, e con i responsabili e gli operatori dei servizi e interventi. Si tratta di costruire una vera e propria rete nel senso di interdipendenza (cfr. Simoni, Nicoli, Palestini, 2014, *cit.*), in cui è decisiva la definizione delle interfacce (chi, come, quando, quanto ...) tra le attività nel processo e tra i vari attori.

Il punto formale di avvio di queste relazioni è il verbale - “... *serve per mantenere rapporti nella rete*” - completato dal progetto individuale di vita e di cura, solitamente redatto dal RdC. Questi sono i due fattori che più facilitano l'IP in questa fase, perché chiariscono le responsabilità di ciascuno e come devono intrecciarsi concretamente. La trasmissione del verbale e del progetto al medico di medicina generale è considerato un importante supporto all'IP, anche se avviene solo in una delle realtà partecipanti.

Se il progetto distingue tra casi tendenzialmente stabili e casi in evoluzione o complessi, ciò aiuta a fissare tempi, soggetti e modalità di rivalutazione, creando alcune delle condizioni per l'attivazione successiva della rete.

I vari attori infatti attuano il monitoraggio dei casi sulla base delle relazioni e 'regole' precostituite o sviluppate con il progetto, tra équipe del caso, operatori dei servizi, utente e RdC.

Il monitoraggio sistematico è un fattore che sostiene fortemente l'IP e più in generale la rete, ed è facilitato da dimensioni territoriali ridotte (numero di casi gestibile) e dalle relazioni di verifica dei PAI/PEI da parte dei gestori, ma si scontra con diversi ostacoli:

- non sempre c'è un coinvolgimento efficace degli enti gestori
- alcuni dei componenti variabili dell'UVM non assumono ruoli gestionali nel progetto, quindi non si coinvolgono nella fase post-UVM
- il follow up, il monitoraggio e le rivalutazioni implicano un notevole carico lavorativo, potenzialmente soprattutto per il RdC
- spesso manca un ruolo di coordinamento e di segreteria organizzativa dell'UVM che supporti il raccordo con il lavoro dei diversi nodi (compito che rimane per lo più in capo al RdC)
- quasi sempre manca il MMG
- non sempre sono definiti bene i ruoli dei diversi soggetti nelle diverse parti dei PAI/PEI e quindi anche nel monitoraggio
- la fatica della mediazione, della gestione relazionale della rete attivata è “*immane*”.

COSA FACILITA

COSA OSTACOLA

Un fattore molto delicato nella fase post-UVM, di forte impatto sull'IP, e nello stesso tempo influenzato da questa, risulta il modo di coinvolgere la persona e la famiglia.

Su questo tema i territori si differenziano molto e anche le singole UVM. Il dato più generale di sintesi è che in tre territori su cinque, l'utente e i suoi familiari partecipano all'UVM come componenti variabili, cioè su invito, generalmente in un momento specifico e circoscritto della riunione di valutazione, che riserva comunque sempre un tempo dedicato al confronto solo tra operatori. Negli altri casi è il RdC che li contatta successivamente alla riunione dell'UVM.

Da un punto di vista qualitativo il coinvolgimento dell'utente si traduce concretamente in modalità alternative:

- la sottoscrizione del progetto individuale come presa d'atto, su invito del RdC
- la 'restituzione' del progetto in condivisione con tutti i professionisti dell'UVM, in casi particolarmente complessi e problematici
- la sottoscrizione del progetto come attivazione della collaborazione e messa a disposizione di risorse per l'attuazione concreta.

Quasi tutti i gruppi rilevano la *"non chiara definizione dei margini di negoziazione"* sul progetto da parte della famiglia, come fattore critico che mette radicalmente in discussione la dimensione del progetto individuale come percorso di vita e non solo di cura.

I livelli e le modalità di interazione con l'utente e la famiglia sono individuati come un ambito assolutamente da approfondire, in più di un focus group: sembra che in alcuni contesti si percepisca chiaramente la contraddizione tra l'ambizione del progetto a essere progetto di vita e la reale possibilità concreta di co-progettazione, di 'capacitazione' delle persone e delle comunità in cui vivono.

2.3 Una modellizzazione possibile dell'UVM in base alle pratiche emerse

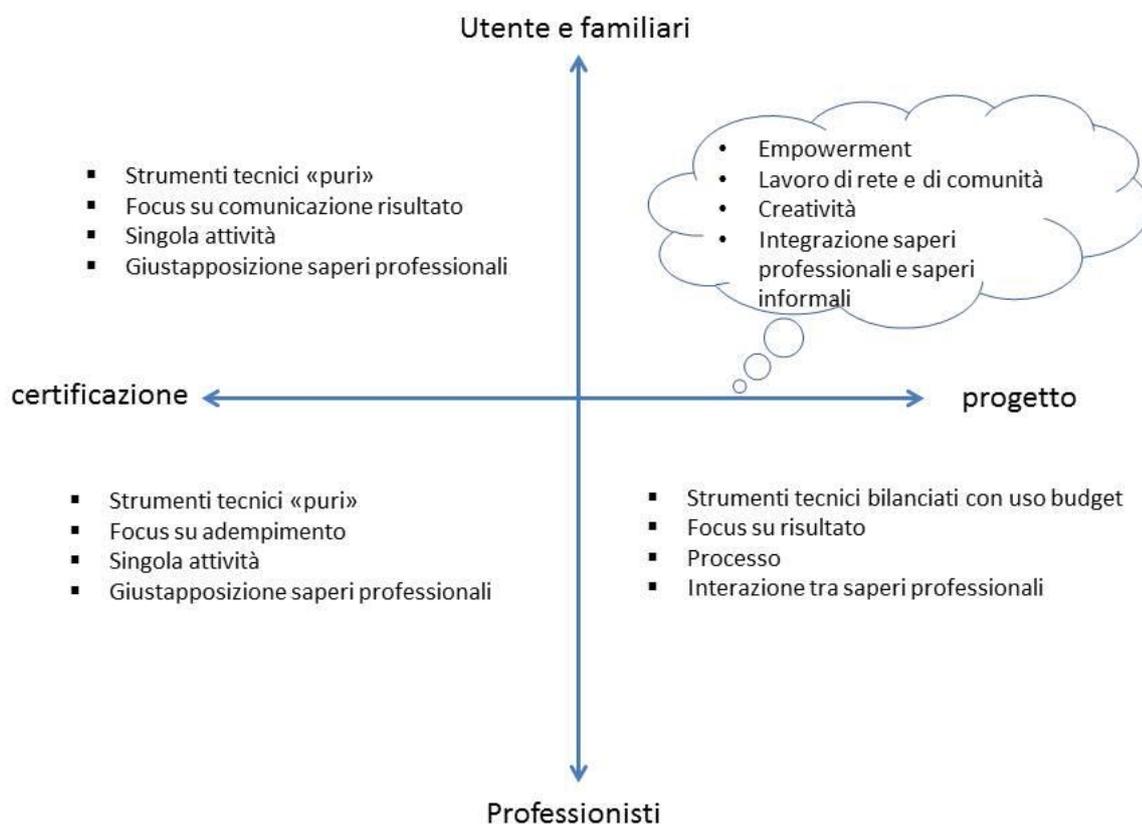
L'analisi degli esiti dei FG e il dialogo nel corso delle restituzioni-interviste (cfr. nota metodologica di seguito) hanno messo in luce due possibili modelli di integrazione professionale nell'UVM, collegati essenzialmente alla **definizione dell'identità e della mission dell'UVM**.

Il nucleo identitario dell'UVM è la funzione valutativa, orientata prevalentemente al progetto o, in alternativa, alla certificazione.

Queste due polarità emergono dagli operatori con diverse sfumature nel mezzo, ma comunque con una dominanza che definisce significativamente le pratiche di integrazione professionale. Quanto più il modello è vicino al certificativo tanto più si realizza una giustapposizione di saperi professionali piuttosto che un'interazione per un effettivo scambio e integrazione.

A questa polarizzazione se ne associa un'altra, la centratura sui professionisti o sull'utente, generando, a seconda dei differenti mix, significati e connotazioni differenti dell'integrazione professionale (cfr. figura di seguito).

Figura n. 5 - Traccianti e identità dell'UVM



In particolare combinando le due dimensioni si delineano agli estremi (nei due quadranti opposti) due modelli di UVM, che fanno riferimento a 'filosofie' diverse anche di IP:

- ✓ certificativo/centrato sui professionisti
- ✓ progettuale/centrato sull'utente.

La maggior parte dei partecipanti ai focus group e dei dirigenti intervistati sembrano riferirsi a una pratica dell'IP a metà strada tra i due opposti, secondo le connotazioni sintetizzate nel quadrante destro inferiore della fig. 5.

Mettono l'accento sulla ricchezza e ineludibilità dell'integrazione delle competenze, e nello stesso tempo sull'importanza per l'UVM di poter contare su un budget per costruire un progetto di vita e di cura sostenibile. Sottolineano la finalità di dare risposte appropriate ai bisogni, e quindi considerano l'UVM uno strumento in funzione di un risultato, cioè in linea di principio il progetto personalizzato centrato su obiettivi e risultati attesi adeguati e sostenibili.

“Il valore dell'UVM sta nel senso progettuale del futuro...”

“Cerchiamo un unico punto di vista a vantaggio del paziente...”

Vedono come caratteristici della loro attività gli aspetti di processo della presa in carico, non le singole prestazioni, e cercano di dare un contributo perché tale processo sia evolutivo, in relazione ai feedback sui bisogni e sulle risorse.

Ma c'è una tendenza significativa a 'proiettarsi' sul quadrante superiore, con un'accelerazione segnalata espressamente da diversi professionisti come prodotto anche della crisi economica, sociale e culturale degli ultimi anni.

Avere a che fare con risorse sempre più limitate e con una sempre maggiore complessità di bisogni in alcuni territori ha messo in crisi l'identità stessa e la mission dei servizi: nelle discussioni nate nel corso della ricerca non a caso una delle parole usate per IP è stata *“riflessività”*, intesa come un modo di ridefinirsi attraverso l'azione e lo scambio con gli altri, e quindi una ridefinizione radicale della propria professionalità.

I servizi non sono più visti come produttori esclusivi della risposta ai bisogni dei loro assistiti, ma sempre più anche promotori, organizzatori, facilitatori, registi, sostegni alle capacità e risorse delle persone e delle loro reti, *“ricercatori creativi di nuove connessioni, ‘play maker”*, come è stato detto nei gruppi.

La prospettiva *“di nuove connessioni, di un nuovo patto, della creatività come modo di approcciare i casi”* mette in conto di considerare le risorse delle persone quanto i bisogni, e fa emergere un modo diverso di essere professionisti e di usare i propri 'attrezzi', teso a superare l'autoreferenzialità degli specialismi, la tecnicizzazione degli strumenti così come l'ha definita Ivan Illich: *“... c'è un uso della scoperta che conduce alla specializzazione dei*

compiti, alla istituzionalizzazione dei valori, alla centralizzazione del potere e l'uomo diventa l'accessorio... ma c'è anche un secondo modo di mettere a frutto l'invenzione, che accresce il potere e il sapere di ognuno, consentendo di esercitare la propria creatività senza per questo negare lo stesso spazio d'iniziativa e di produttività agli altri..." (Illich et al., 2008, p. 15).

E ancora: *"...Conviviale è la società in cui prevale la possibilità per ciascuno di usare lo strumento per realizzare le proprie intenzioni"* (Illich, 1973, p 13, trad.it.)

È a questo 'secondo modo' della scoperta delle risorse, dei talenti delle persone, che si possono riportare le definizioni di alcuni partecipanti: nel confronto è emersa una diffusa consapevolezza del limite delle competenze professionali se si attivano 'solo' su specifiche patologie e disagi e non per la qualità della vita e per l'autonomia delle persone. Con la frase *"... il disabile è sempre minorato, l'anziano è sempre demente..."*, uno dei partecipanti intende sottolineare come le definizioni vengono utilizzate a priori per preconstituire dei percorsi, delle azioni, delle responsabilità.

"... Il lavoro sociale, qualora gli operatori ... manchino nel mantenere viva la sua tradizione originaria, di promozione e sostegno dell'autonomia dell'individuo,... può ... depotenziare e inabilitare i cittadini destinatari delle sue prestazioni, depauperando la loro cultura e negando nei fatti le loro identità, le fonti di significato e gli strumenti per vivere la 'loro' vita" (Introduzione di Bruno Bortoli a *Esperti di troppo op. cit.*, p.23).

L'integrazione tra operatori quindi diventa sempre di più anche integrazione con tutte le risorse della comunità, riconoscimento di saperi e potenzialità che in un modello del tecnicismo e degli specialismi non trova spazio.

Molti professionisti si riconoscono nella metafora della ragnatela (cfr. par. 2.1.2), una rete che è sia sistema, cioè interdipendenza di unità e ruoli specializzati, sia reticolo cioè comunicazione non necessariamente orientata da valori, fini e obiettivi comuni, ma che sostanza gli scambi quotidiani, crea la fiducia reciproca, supporta di fatto la rete come sistema.

I contatti diretti, la conoscenza personale, non motivata solo da scambi professionali, è fondamentale per creare e alimentare nel tempo l'IP, ci hanno detto diversi partecipanti:

"L'integrazione professionale è molto in mano alle persone"

"Le cose scritte non sostituiscono mai quello che passa informalmente tra professionisti".

Ma il reticolo è supporto al sistema anche perché è il riferimento indispensabile a leggere bisogni e risorse delle persone, e a realizzare un'IP che si concretizzi non solo nella fase diagnostica della valutazione ma anche nella costruzione del progetto di vita e di cura.

“L'intervento di rete dei professionisti sociosanitari ha come principale oggetto di lavoro l'interazione tra i segmenti di rete vincolati da interdipendenze sistemiche nei servizi ... e quelli dell'ambiente di vita della persona...” (Simoni, Nicoli, Palestini, 2014, *cit.*, p. 16).

Altri aspetti emersi dalla ricerca e associabili ai due modelli riguardano i 'luoghi' e i tempi dell'attività dell'UVM, ma possiamo pensarli anche riferiti all'IP.

Nel caso del modello certificativo l'UVM si configura come:

- ✓ un'entità 'esterna' ai processi e agli enti,
- ✓ tendenzialmente statica,
- ✓ la cui attività si concretizza in incontri strutturati,
- ✓ circoscritti all'obiettivo di produrre un documento che ha precisi effetti amministrativi.

Nel caso del modello progettuale l'UVM è piuttosto:

- ✓ un'organizzazione flessibile di risorse (si veda la struttura modulare a componenti fissi e variabili, con il coinvolgimento di utenti e familiari in tempi dedicati, ma anche il percorso 'prima' e 'dopo' che costruisce reti di conoscenze e sostegni),
- ✓ inserita in un processo a più fasi, tendenzialmente circolare,
- ✓ a più attori, compresa l'équipe del caso,
- ✓ all'interno di una rete di interazioni, ben 'oltre' gli incontri formali di valutazione,
- ✓ funzionale a obiettivi di più ampio respiro (valutazione, progettazione, verifica),
- ✓ generatrice di più tipi di documenti, anche informali, utili a sostenere valutazione e progettazione di percorsi di cura e di vita.

Questo modo di praticare l'IP sembra avvicinarsi all'identità della “task force” che Olivetti Manoukian ipotizza come possibile ‘attrezzatura temporanea’ per muoversi nell'incertezza e nel rischio attuale, *“... orientata verso una progettualità integrata che normalmente le istituzioni al loro interno non riescono a realizzare, ...non si lavora solo per quel singolo caso ma anche per mettere a punto dei modi di agire e interagire, di comunicare e decidere che possono diventare via via più stabili”.* (2013, *cit.*, pp.35-36)

Un aspetto interessante dei due modelli, e delle loro espressioni intermedie, è che la loro definizione risulta spesso costruita a un livello 'implicito', al livello cioè di percezioni e comportamenti degli operatori, di cultura professionale condivisa tra le diverse figure, al di là delle appartenenze istituzionali, a volte in modo indipendente dai livelli e contenuti della formalizzazione (norme, regolamenti, documenti "ufficiali").

Sul tema dell'informalità e dell'implicito, uno studio del CERGAS-Bocconi del 2012 ipotizza che il governo dell'accesso ai servizi usi intenzionalmente, entro un certo limite, un mix di meccanismi formali e informali di selezione della domanda, contraddicendo in parte il principio dell'universalismo selettivo e delle regole esplicite; ciò per garantirsi la sostenibilità e la gestibilità del sistema, con una certa quantità di esclusioni negli accessi, non programmate ma convenienti.

Uno dei meccanismi informali utilizzati, secondo questo studio, è proprio quello della frammentazione delle responsabilità, ad esempio il soggetto che fa la valutazione - l'UVM - può certificare il bisogno "... *lasciando la responsabilità sull'attuazione del percorso di cura a chi ha anche la responsabilità sulle risorse*" (Fosti et al. 2013, p.17), un elemento che i nostri professionisti hanno valutato prevalentemente in modo critico.

I tempi elevati di passaggio dalla valutazione al percorso di cura comportano in molti casi per l'utente l'attivazione di percorsi autonomi producendo autoesclusione dal sistema pubblico. Uno dei modi di gestire questo mix di formale e informale, difficilmente superabile del tutto, suggeriscono gli autori, è tollerare un certo livello di opacità limitando il più possibile le iniquità.

Al di là delle specifiche conclusioni, fondamentale è "...*comprendere che i meccanismi formali e quelli impliciti, così come le procedure e le mappe cognitive e comportamentali di una organizzazione non coincidono tra di loro: se non si sostiene la fisiologica ambivalenza e complessità delle organizzazioni difficilmente si possono comprendere i reali meccanismi di funzionamento, rischiando di utilizzare strumenti non adatti, mancando gli obiettivi prefissati*" (Fosti et al., cit. p 21).

È evidente la complessità del contesto per gli operatori che si trovano spesso a comporre obiettivi dichiarati e mandati impliciti, culture professionali proprie e delle altre figure, valori perseguiti in via di principio e problematicità dei casi concreti.

È però interessante vedere come dall'incontro delle diverse culture professionali e dagli orientamenti valoriali che si condividono, si affermino in modo anche convergente modelli di comportamento e 'filosofie' d'intervento con connotati abbastanza espliciti e caratterizzanti.

Cap. 3 La partecipazione all'indagine dal punto di vista delle Aziende Usl

L'impianto della ricerca prevedeva una metodologia e modalità operative che stimolassero concretamente i territori a riflessioni, rivalutazioni e eventualmente cambiamenti rispetto all'oggetto indagato: a conclusione dell'indagine si è chiesto quindi un riscontro su come la partecipazione avesse sollecitato cambiamenti o sviluppi nei percorsi in atto. Di seguito riportiamo le schede di feedback redatte dalle Aziende Usl.

3.1 Parma - a cura di Paolo Volta e Maria Chiara Adorni

La proposta dell'Agenzia Sanitaria e sociale di aderire ad una ricerca finalizzata a fare il punto in merito al processo di integrazione tra le diverse figure professionali (sanitarie e sociali) che partecipano nelle Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) è stata accolta con molto interesse da tutti i professionisti, sia dell'Azienda che degli Enti locali.

A livello provinciale sono quattro le U.V.M. (una per ogni ambito distrettuale) che si caratterizzano per:

- diversa composizione e differente responsabilità decisionale;*
- una organizzazione del lavoro a livello distrettuale non omogenea (ad esempio: presenza in alcuni contesti della figura del coordinatore oppure del responsabile dell'ufficio di piano, ecc.);*
- diversi regolamenti/linee operative che governano il lavoro delle U.V.M. in ambito distrettuale.*

Da quanto sopra indicato emerge un quadro di forte differenziazione per quanto riguarda la modalità operativa che si estende spesso anche all'ambito valutativo.

L'interesse e l'importanza che tutti i professionisti hanno attribuito alla ricerca trova il fondamento nel fatto che nonostante da anni venga auspicato un reale processo di integrazione, in particolare nel settore socio-sanitario, per motivi differenti connessi ad esempio a fattori culturali (territoriali e personali), consuetudini, scelte che si sono consolidate nel tempo, non è mai stato raggiunto appieno.

L' 'integrazione parziale' che vige tuttora, viene avvertita spesso dagli stessi professionisti come una "menomazione" professionale che occorre sanare affinché le stesse U.V.M. possano lavorare al meglio per il bene delle persone per le quali deve essere elaborato un progetto di vita.

Durante le varie fasi della ricerca i professionisti hanno avuto la possibilità di prendere coscienza delle diversità operative delle U.V.M. e, nel contempo, hanno fatto emergere in modo forte la necessità di un confronto, scambio di esperienze, ecc. con i professionisti delle altre U.V.M..

Fino al momento in cui la ricerca non è stata avviata non si era venuta a creare la condizione affinché diversi professionisti condividessero il “proprio vissuto” lavorativo con colleghi della propria e di altre organizzazioni.

Si può certamente sostenere che la ricerca, in particolare il momento del focus group, ha stimolato l'avvio di un percorso di confronto, di scambio di opinioni, di analisi e di verifica che era in nuce ma che fino a quel momento non era ancora del tutto emerso.

Grazie a quanto rilevato attraverso la ricerca, si è determinata la spinta per costituire due gruppi di lavoro la cui radice è unica: analizzare le similitudini e/o le differenze tra le U.V.M., individuare criteri comuni per la “scelta” dei professionisti che operano all'interno delle U.V.M. e criteri di valutazione finalizzati all'accesso ai servizi ed alla fase di monitoraggio.

I due gruppi, o tavoli di lavoro, stanno operando su fronti diversi ma per molti aspetti analoghi:

- il primo è stato costituito in ambito di Area Vasta ed è composto da una rappresentanza di professionisti che partecipano alle U.V.M. Gra.D.A. delle quattro Azienda U.S.L.. Il lavoro è stato finalizzato a confrontare, come già citato, le modalità operative delle U.V.M. al fine di individuare denominatori comuni sia per quanto riguarda la composizione delle stesse, sia per quanto attiene alle modalità ed agli strumenti utilizzati nella fase di valutazione, di accesso e monitoraggio dei servizi. Il gruppo, che ha visto i singoli professionisti lavorare alacremente partecipando agli incontri e mettendosi in discussione in merito alle diverse tematiche affrontate, è stato coordinato dalla Direzione Attività Socio Sanitarie dell'Azienda U.S.L. di Reggio Emilia e terminerà il proprio lavoro entro la fine dell'anno in corso con la produzione di un documento che sarà oggetto di valutazione da parte delle singole Direzioni Generali e momento di confronto con la Regione;

- il secondo tavolo di lavoro, di ambito provinciale, è di recente istituzione, ed è stato costituito in seguito al bisogno espresso da Amministratori locali, Direttori di Distretto e Responsabili degli Uffici di Piano, di avviare un confronto operativo in merito all'organizzazione/gestione dei servizi rivolti alla disabilità, partendo da una disamina relativa alla composizione delle U.V.M. e degli strumenti valutativi da esse adottati, con la finalità di giungere ad una maggiore omogeneità in ambito provinciale. Questo secondo

tavolo di lavoro, coordinato dalla Direzione Attività Socio Sanitarie dell'Azienda U.S.L. di Parma, ha avuto l'avallo dall'esecutivo della C.T.S.S. e sarà sempre all'esecutivo della C.T.S.S. ed ai Comitati di Distretto che sarà restituito l'esito del lavoro svolto affinché gli Amministratori possano prenderne visione e validarlo. Il gruppo operativo è costituito dai Responsabili degli Uffici di Piano dei quattro ambiti distrettuali e da una rappresentanza di tecnici sociali e sanitari che operano nell'ambito della disabilità.

3.2 Reggio Emilia - a cura di Elisabetta Negri

A seguito della partecipazione, che si è rivelata fin da subito sostenuta da una buona motivazione, dei nostri professionisti alla ricerca, si sono "messi in circolazione" alcuni pensieri e necessità di confronto tra le diverse realtà del territorio provinciale.

L'analisi, il confronto e l'occasione d'incontro emersa durante l'esperienza dei focus group, ha dato l'opportunità ai diversi professionisti di conoscersi e ragionare su approcci, azioni, procedure ormai consolidati e a volte "cronicizzati" nei singoli gruppi di lavoro.

Prendere coscienza del fatto che problematiche comuni nei diversi territori vengono affrontate in modo differente, così come comprendere che una diversa organizzazione del lavoro può portare a significativi cambiamenti, rivedere insieme gli strumenti di valutazione e il loro utilizzo hanno rappresentato un'ottima occasione per condividere l'idea di proporre la costituzione di un nuovo gruppo di lavoro.

Cogliendo questa necessità e disponibilità al confronto, si è creato un tavolo di lavoro coordinato dalla Direzione delle attività sociosanitarie che vede la partecipazione di referenti distrettuali dei servizi disabili; questi ultimi, più o meno formalmente, coordinano le Unità di valutazione multidisciplinari nei loro territori.

Va specificato che la nostra realtà vede in tutti i distretti, tranne per quello di Reggio Emilia, Servizi Sociali Associati all'interno dei quali operano professionisti dell'Asl e degli EE.LL. ed è in questa realtà organizzativa che si colloca il Servizio per Disabili; a Reggio Emilia il Servizio Handicap Adulto è co-gestito tra Asl e Comuni del Distretto.

La utilità di avviare un gruppo di coordinamento in ambito Disabilità era, peraltro, già stata individuata all'interno dell'Atto di Coordinamento e Indirizzo della CTSS; in tale documento si era messa a fuoco la necessità di sviluppare, anche in questa area, ciò che per l'area Anziani è già patrimonio acquisito da anni, ossia un gruppo di coordinamento con "...funzioni di sviluppo omogeneo di percorsi e procedure della rete dei servizi domiciliari,

semiresidenziali e residenziali e degli interventi socio sanitari integrati nonché di sviluppo di percorsi di qualificazione ed accreditamento...”.

Fin dai primi incontri, dal gruppo è emerso chiaro il bisogno di condivisione e conoscenza delle diverse modalità organizzative, delle diverse modalità di dialogo con le risorse e la rete del territorio d'appartenenza, dei diversi strumenti di valutazione utilizzati ecc.

Si è ravvisata la necessità di co-costruire strumenti di lavoro condivisi (scheda di valutazione, verbale UVM ecc.), aggiornare la scheda utente che viene utilizzata a livello provinciale, definire il ruolo dei professionisti in relazione al PAI/PEI, anche in fase di monitoraggio, definire in modo più organico il ruolo delle UVM (solo valutazione o anche progettazione?) e individuare possibili soluzioni organizzative per migliorare e rendere più fluido il loro lavoro, rivedere ed aggiornare procedure e protocolli di passaggio alla maggiore età; queste le questioni che sono state ritenute più urgenti da affrontare.

È stata inoltre prevista, all'interno del Piano annuale di Formazione ASL, una formazione finalizzata ad approfondire il ruolo delle diverse figure professionali all'interno dei Servizi disabili adulti, anche alla luce dei cambiamenti indotti dall'accreditamento, ed in particolare all'interno delle Unità di Valutazione Multidisciplinari.

3.3 Modena - a cura di Massimo Marcon

Il focus group effettuato nell'ambito del progetto di ricerca “Le figure professionali e i ruoli lavorativi nei servizi sociali e sociosanitari” ha costituito un'occasione unica per permettere agli operatori dei 7 distretti dell'Azienda, sia dei servizi sociali che sanitari che vengono chiamati a questo compito, di confrontarsi ed anche rispecchiarsi rispetto ad un'attività così importante per l'accesso alla rete dei servizi, sulla quale certamente non si riflette abbastanza.

Si può affermare che un primo effetto “aspecifico” sia stato di accendere, negli operatori che hanno partecipato, l'idea che conoscere come lavorano gli altri stimola anche rispetto al proprio modo di lavorare, mentre un effetto più “specifico” è stato quello di far emergere ulteriormente il bisogno di definire in modo più condiviso il ruolo, la composizione delle UVM e l'utilizzo di strumenti di valutazione più omogenei. Questi due effetti ci sembrano entrambi utili a comprendere l'impatto dell'integrazione professionale sui comportamenti e sulla cultura di operatori di diversa provenienza istituzionale.

Tale bisogno era già in parte emerso prima dell'avvio della ricerca come esito di un gruppo di lavoro sui PUASS (Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario) che da qualche tempo si sono cominciati a strutturare nei distretti, in particolare per le valutazioni dei casi più complessi (dimissioni difficili, GDA) e la presenza nel gruppo di diversi referenti area disabili dei distretti ha rinforzato la necessità di andare oltre e avviare una riflessione sull'intero sistema dell'accesso ai servizi socio-sanitari che si caratterizza per essere ampio, articolato con diverse porte di ingresso e che in ogni modo richiede di essere supportato da un'attività di valutazione al tempo stesso snella, flessibile e completa, in grado di prendere in considerazione le diverse dimensioni della vita e della salute della persona.

Per tali motivi molti dei temi emersi sono particolarmente rilevanti, dagli strumenti di valutazione alle professionalità richieste in relazione al caso da valutare e alla complessità dei servizi da attivare, dalla relazione tra momento della valutazione, definizione del progetto individuale e definizione delle risorse attivabili alla conseguente relazione tra unità di valutazione, responsabili dei servizi ed équipe del caso.

La rilevanza è tale che nel settembre scorso si è avviato un percorso formativo congiunto promosso dai 7 UdP e dalla AUSL proprio sul sistema dell'accesso e sulle modalità organizzative e valutative integrate da implementare in modo coerente sul territorio provinciale, pur nel rispetto delle specificità distrettuali.

3.4 Imola - a cura di Alessandra Cenni e Angela Morsiani

Siamo stati interpellati per l'adesione alla ricerca lo scorso anno, proprio quando ci stavamo interrogando come operatori ASP/AUSL sulle modalità di integrazione e sulla necessità di adottare un regolamento condiviso dell'attività di valutazione multidisciplinare per le persone con disabilità fisica e mentale, minori ed adulti.

La realtà di partenza era costituita da diverse Commissioni di valutazione e da un'integrazione informale degli operatori, favorita dalle piccole dimensioni della nostra realtà territoriale.

Eravamo consapevoli degli aspetti su cui interrogarci: disomogeneità esistente nel numero e nei ruoli dei componenti delle commissioni (responsabili, componenti fissi, consulenti...); nella documentazione in "entrata" ed in "uscita" (scheda di segnalazione e progetto di vita...); ruolo da definire con più forza della funzione di Segreteria organizzativa e della

gestione dell'archivio ufficiale (convocazioni, flussi della documentazione, implementazione dell'archivio...).

Abbiamo deciso di aderire per avere la possibilità di riflettere, in un terreno neutro, sui ruoli istituzionali e professionali e sulle nostre modalità di integrazione.

Durante l'esperienza del Focus si è registrato un clima cordiale e partecipativo pur in presenza di diversi livelli gerarchici, confermato nei giorni successivi dalle reazioni e dai commenti degli operatori, che hanno espresso un gradimento elevato (esperienza definita piacevole, interessante, da ripetere con una certa frequenza...).

Gli operatori dopo l'esperienza del Focus group hanno maturato una maggior autoconsapevolezza relativamente ai fattori favorenti e/o di ostacolo al lavoro comune, alla necessità imprescindibile di collaborare pur appartenendo ad Enti diversi allo scopo di raggiungere il miglior risultato per il progetto di vita dell'utente.

Al termine dell'elaborazione delle nuove Disposizioni Organizzative è stato organizzato un Evento formativo che ha registrato la partecipazione della maggior parte degli operatori coinvolti nelle UVM e degli operatori dei Centri residenziali e semiresidenziali che ospitano gli utenti: finalità dell'evento erano l'implementazione delle nuove disposizioni e la restituzione dei contenuti soprattutto positivi emersi nel Focus group (comunanza di linguaggio, di saperi e di esperienze molto forte...), che ha rafforzato le relazioni fra gli operatori.

Oggi restano delle criticità da risolvere nel percorso di integrazione nell'UVM:

- la necessità di strutturare una modalità di monitoraggio e verifica dei progetti di vita;*
- la necessità di trovare modalità per sostenere la motivazione degli operatori sulla integrazione anche in un quadro di risorse non infinite.*

3.5 Ferrara - a cura di Lorenza Zeriola e Felice Maran

Empowerment e cambiamento

Contesto provinciale

Il territorio ferrarese ha visto negli ultimi anni una rivisitazione di tutta l'area della disabilità. Nell'anno 2011 la Direzione delle Attività Sociosanitarie dell'Azienda USL di Ferrara ha promosso un gruppo di lavoro interprofessionale ed interistituzionale che ha prodotto il "Protocollo d'intesa tra AUSL di Ferrara, Comuni della Provincia di Ferrara, Provincia di Ferrara per la riorganizzazione dell'attività socio sanitaria in area disabili adulti" deliberato il 14/11/2011 dalla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria.

Parallelamente l'Azienda USL di Ferrara ha modificato l'assetto dei dipartimenti di cure primarie passando dai tre dipartimenti distrettuali ad un unico aziendale.

Questa nuova organizzazione ha visto il superamento delle Unità Operative sociosanitarie distrettuali (Delibera Aziendale n. 296 del 29.10.2012) e la nascita di due Unità Operative aziendali all'interno dell'unico Dipartimento Cure Primarie:

- U.O. Assistenza Anziani;*
- U.O. Disabilità Adulti.*

Nel nuovo assetto delineato nella Determina n. 477 del 6.6.2013 l'U.O. "Disabilità Adulti" è definita "struttura complessa sovradistrettuale deputata alla valorizzazione ed alla cura della salute delle persone disabili adulte. Garantisce la valutazione multidimensionale dei bisogni del disabile adulto e coordina gli interventi socio-sanitari con quelli sanitari di cura e riabilitazione".

Fra le funzioni dell'U.O. "Disabilità Adulti" è preponderante la funzione "valutativa" attraverso le Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili Adulti (UVM-D).

Anche l'assetto dei servizi sociali territoriali nell'area della disabilità, in questi anni, ha subito sostanziali trasformazioni.

L'attuale situazione è così rappresentata:

- Distretto Centro-Nord: gestita dall'A.S.P. "Centro servizi alla Persona di Ferrara" e dall'A.S.S.P. "Terre e Fiumi" di Copparo;*
- Distretto Ovest: gestita da "Gestione Associata Funzioni Servizi Sociali dell'Alto Ferrarese" di Cento e Comune di Bondeno;*
- Distretto Sud-Est: gestita da ASP "Eppi Manica Salvatori" di Argenta e ASP Delta Ferrarese di Codigoro.*

Il protocollo e la rete dei servizi: ricadute provinciali

Il protocollo è finalizzato a stabilire obiettivi, organizzazione e modalità operative del rapporto di collaborazione fra gli enti coinvolti nella gestione integrata delle attività socio sanitarie a favore dei cittadini adulti disabili residenti nella provincia di Ferrara.

Il documento descrive in maniera articolata il percorso, in area disabili adulti, così come di seguito sinteticamente riportato:

- a. Accesso: garantito dagli sportelli sociali*
- b. Prima valutazione: Responsabile del caso del Servizio Sociale territoriale*
- c. Valutazione Multidimensionale: Medico DCP, Educatore Professionale/TRP, Assistente Sociale*

- d. *Progettualità: Progetto individualizzato di vita e di cura, PAI, PEI*
- e. *Accompagnamento alla rete dei servizi sociosanitari domiciliari e residenziali.*

L'implementazione del protocollo ha posto in luce la necessità di predisporre percorsi formativi che si sono sviluppati a partire dall'anno 2012.

Il percorso formativo ha coinvolto tutti gli operatori delle UVM-D, le Assistenti Sociali Responsabili del Caso, gli operatori dei servizi residenziali e semiresidenziali della Provincia di Ferrara.

La formazione si è concentrata sullo studio degli strumenti basati sul modello bio-psico-sociale quali la classificazione I.C.F. (Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute) e la scala SIS (Supports Intensity Scale).

L'anno 2013 è proseguito nell'attività di approfondimento delle conoscenze dell'ICF, nell'acquisizione di ulteriori strumenti valutativi e di comunicazione interistituzionale finalizzati alla definizione dei ruoli e delle responsabilità di tutti i soggetti coinvolti nella rete socio sanitaria in area disabilità adulti.

Questa impostazione del corso è stata poi articolata in tre edizioni diverse:

1a edizione - UVM-D e Assistenti Sociali Responsabili del Caso, 2a edizione - Servizi Residenziali e 3a edizione - Servizi Semiresidenziali.

L'esito del percorso formativo ha prodotto la costruzione di due check list dell'ICF (Profili di funzionalità per disabili gravi e gravissimi), realizzate dagli stessi operatori attraverso l'analisi di relazioni sugli ospiti presenti nelle strutture. Questi strumenti diventano parte integrante delle verifiche dei PAI/PEI e danno la possibilità all'UVM e agli operatori delle strutture di facilitare l'osservazione e migliorare la risposta in un'ottica di sempre maggiore appropriatezza degli interventi riabilitativi ed assistenziali.

Agli educatori/TRP è stato fornito un proprio strumento valutativo "Scheda Vineland" articolata nei seguenti ambiti: comunicazione, abilità quotidiane, socializzazione e abilità motorie.

Gli Assistenti Sociali hanno ridefinito le competenze in capo alla funzione di Responsabile del Caso ed alla funzione di valutazione predisponendo una "Scheda valutazione sociale sperimentale per l'individuazione delle priorità assistenziali" inserita nel sistema informatizzato Garsia-Disabili.

I Medici assegnati alle UVM provinciali hanno rivisitato la parte di loro competenza della cartella socio sanitaria attualmente in uso e definito i propri ambiti.

L'anno 2014, oltre ad aver implementato la conoscenza degli strumenti valutativi e di classificazione, si è concentrato sull'approfondimento teorico-metodologico della disabilità intellettiva, della disabilità grave e della diffusione delle conoscenze in merito all'accreditamento istituzionale del Dipartimento delle Cure Primarie e la rete dei servizi sociosanitari per la non autosufficienza.

L'area disabilità si è dotata dello strumento informatizzato Garsia Disabili con lo scopo di:

- uniformare a livello provinciale le modalità operative di ogni ente coinvolto;
- favorire l'attività finalizzata all'assolvimento dei debiti informativi nei confronti della Regione Emilia-Romagna e della Committenza
- facilitare l'attività di programmazione
- rendere tracciabile il procedimento assistenziale e di cura
- facilitare la gestione delle interfacce fra i servizi diversi ed i soggetti gestori nella logica della progettazione integrata socio-sanitaria
- omogeneizzazione sulla scelta dei documenti comuni e la loro gestione.

UVM-D oggi nella Provincia di Ferrara

Per facilitare la lettura del contesto organizzativo, in area disabili adulti, si descrive l'attuale composizione dei gruppi di lavoro multidimensionale territoriali:

DISTRETTO OVEST

Sede: Distretto Ovest Cento

Composizione: Medico AUSL, Assistente Sociale AUSL ed Educatore Professionale AUSL, Pedagogista Responsabile dell'area Disabili gestione associata comuni dell'alto ferrarese, del Comune di Cento

DISTRETTO CENTRO NORD

Sede: ASP Comune di Ferrara – Area Disabili - Pontelagoscuro

Composizione: Medico AUSL, Educatore AUSL, Assistente Sociale ASP

Sede: ASSP Comune di Copparo

Composizione: Medico AUSL, Educatore AUSL, Assistente Sociale ASP

DISTRETTO SUD EST

Sede: AUSL Codigoro

Composizione: Medico AUSL, Terapista Riabilitazione Psichiatrica AUSL, Assistente Sociale AUSL

Sede: AUSL Casa della Salute di Portomaggiore

Composizione: Medico AUSL, Terapista Riabilitazione, Assistente Sociale AUSL.

Per facilitare il lavoro di valutazione e progettazione multidimensionale ogni UVM-D distrettuale ha individuato al proprio interno una figura che svolge funzioni di supporto organizzativo (raccolta delle richieste, organizzazione dei calendari, pianificazione delle verifiche dei progetti, interfaccia con i servizi coinvolti nella definizione dei progetti integrati, raccolta dati di attività...).

Cap. 4 Alcune conclusioni e uno sguardo a possibili piste di lavoro

La nostra domanda iniziale di ricerca sull'integrazione professionale in particolare nell'UVM area disabilità adulti, ci ha guidato, con l'aiuto della voce degli operatori, a costruire alcune istantanee sull'oggi dell'IP e a cogliere potenziali sviluppi futuri, anche in interazione con le indicazioni delle norme, da cui l'indagine ha preso avvio.

Un primo aspetto riguarda il percorso fatto dai servizi per attuare le nuove direttive, in particolare la DGR 1206/2007 e il Piano sanitario e sociale 2008-2010. Emerge con chiarezza dall'indagine che, per rispondere alle nuove richieste, gli operatori hanno ridefinito il loro oggetto di lavoro, attraverso un confronto e un percorso comune, costruendo pratiche nuove di integrazione professionale che rispondono anche a un contesto sociale critico, in continua evoluzione: *"...ridefinire gli oggetti di lavoro implica non solo riformulare gli interventi ... ma anche riaprire le rappresentazioni dei problemi stessi che i servizi e i singoli professionisti sono chiamati a trattare (Manoukian 1998, p.78); "... modificazioni nelle rappresentazioni degli oggetti di lavoro richieste per produrre servizi in un contesto mutato toccano in modo consistente aspetti costitutivi dell'identità lavorativa" (ibidem,p.81).*

Attuare un adempimento legislativo (riguardante il sistema di accesso e presa in carico delle persone con disabilità) ha attivato un processo di costruzione di nuovi modelli di intervento e organizzativi, 'oltre' le premesse e i valori dell'adempimento prescritto. Le culture professionali e organizzative preesistenti, proprie degli operatori, hanno fatto riferimento da un lato ai valori propri e della nuova norma, dall'altro ai casi concreti, per rileggere diversamente problemi e disegnare nuovi strumenti e 'soluzioni', decisive anche per la propria identità professionale e, secondo alcuni, personale.

Nucleo identitario dell'UVM è la funzione valutativa (come stabilito dalle norme) ma attorno ad essa sono stati elaborati e praticati modi diversi di integrarsi a livello professionale, più orientati alla certificazione e al sapere/ruolo dei professionisti, o, all'opposto, più orientati al progetto per la persona e la famiglia, e all'integrazione dei saperi, professionali e informali. Molti partecipanti alla ricerca sottolineano, nel contesto del modello centrato sul progetto², la necessità di nuove connessioni, di un nuovo patto,

² Questo modello viene significativamente consolidato dalla normativa regionale più recente: si vedano la Delibera Assemblea legislativa 117/2013 (Indicazioni attuative Piano sociale e sanitario per il biennio 2013/2014); la DGR

l'uso della creatività come approccio privilegiato ai casi, nella consapevolezza dei limiti, anche finanziari, delle possibilità d'intervento.

La crisi economica, ma anche sociale e culturale, dell'ultimo quinquennio, sembra essere stata colta anche nei suoi aspetti di opportunità, di spinta alla ricerca di un diverso e sempre provvisorio equilibrio nella complessità crescente, con lo spostamento dell'accento dagli specialismi dei servizi - ormai poco efficaci - al potenziale del capitale sociale delle persone, professionisti e cittadini.

Lo sviluppo del lavoro di rete è parte integrante di questo modello, forse la più significativa degli ultimi anni, uno degli elementi che sembrano caratterizzare anche l'evoluzione futura dei servizi. La rete/le reti che gli operatori molto spesso evocano nel corso dell'indagine sono prima di tutto proprie del contesto istituzionale: i nodi sono gli enti, i ruoli, i professionisti, i servizi. Fa parte essenziale della nuova identità lavorativa conoscerle approfonditamente e parteciparvi in modo attivo, sfruttando i canali formali - le procedure - ma anche quelli informali, basati sulla fiducia e la stima reciproca tra operatori, un capitale presente nei servizi e valutato indispensabile per l'integrazione.

Ancora più potenti, più flessibili, più ramificate appaiono le reti citate come 'informali', che si tessono sia con altri operatori sia tra operatori e famiglie, tra operatori e contesto di vita delle persone. Sono quelle che Franco (2006) chiama 'reti rizomatiche', usando una metafora dal linguaggio della botanica, reti che si sviluppano nella parte sotterranea delle piante, spesso nei contesti difficili per la loro riproduzione e crescita. Dice uno dei nostri operatori riferendosi all'attività di integrazione professionale:

"... il nostro è un lavoro carsico!"

Le 'redes rizomaticà' sono connotate da

- ✓ collegamenti multidirezionali e flussi continui
- ✓ da relazioni con 'diversi da sé', che portano alla negoziazione
- ✓ da molteplicità di logiche
- ✓ da rotture che possono generare nuove vie/reti, prima inimmaginabili.

Ogni operatore costruisce una mappa delle connessioni e dei flussi (di informazioni, interazioni, competenze, supporti...) attivi lungo queste connessioni.

In quanto costruzioni sociali, le mappe sono archivi e attivatori di memoria e di conoscenza, quindi anche 'luoghi' di incontro con i saperi di altri professionisti e più in generale delle persone che entrano nella rete (e con i saperi delle loro reti).

È questo l'altro elemento che caratterizza l'evoluzione in corso dell'integrazione professionale.

Riconoscere i saperi di chi 'si presenta' ai servizi ma anche di chi vive in quella famiglia, e in altre, nel contesto allargato, nella comunità, nel territorio, di chi ai servizi non si avvicina neanche, diventa la leva grazie alla quale i servizi e i professionisti possono costruire interventi che tendono ad abilitare le persone, a far emergere la capacità di ciascuno di essere specialista del suo territorio, e quindi risorsa all'interno di percorsi co-costruiti. I servizi sociali e sanitari possono essere "... *finalizzati al trasferimento del potere dall'istituzione e dai suoi interpreti, alla persona*" (Starace 2011, p.13), con l'obiettivo di aumentare il controllo da parte delle persone sulla propria salute e sul suo miglioramento³.

Questa prospettiva implica per i servizi investire risorse e redistribuirle sulla scorta di nuovi 'contratti' e negoziazioni con le persone, sulla base della consapevolezza competente relativa ai legami sociali. È l'ottica del 'budget di salute' come strumento organizzativo-gestionale innovativo, focalizzato sull'obiettivo unificante della salute più che della cura. Le 'tecniche' di cura hanno più successo, se si sostiene "...*il funzionamento sociale delle persone, ... se vengono investite risorse tecniche, umane, economiche sui sistemi locali di benessere*" (ibidem, p.25).

Essere parte attiva in una rete si collega quindi direttamente con il lavorare a responsabilizzare i diversi nodi della rete. "*Il lavoro sociale è la presa a cuore della società da parte di se stessa... È la società che aiuta, e il professionista aiuta la società ad aiutare se stessa*" (Folgheraiter 2007).

Piuttosto che di integrazione, nell'insieme sembra più appropriato oggi parlare di **interazione**, o **integralità** (Pinheiro R., et al. 2009), orientata alla persona, piuttosto che al paziente o alla malattia, e sostenuta da un complesso di flussi, reti anche temporanee, strumenti di scambio regolati ma anche leggeri, informali, dinamici, che si realizzano in modi, tempi, luoghi diversi, a seconda dell'evolvere dei bisogni, delle risorse disponibili e

³ È la definizione di 'promozione della salute' che l'OMS ha dato nella Carta di Ottawa (1986): si veda al link http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/19/WHO_HPR_HEP_98.1_ita.pdf?ua=1

potenziali, e dei processi innescati dal lavoro di cura. Quindi interazione, ma anche reciprocità, come superamento del limite dell'autoreferenzialità di singole competenze professionali e come ricerca di 'contatto' con le competenze relazionali proprie delle reti sociali.

Decisive diventano le competenze di facilitazione, negoziazione, coordinamento (il responsabile del caso come 'stella polare' ...), la capacità di supportare l'assunzione di responsabilità:

"Il trucco è definire il coordinatore del progetto..."

"Il coordinatore dell'UVM per noi è un supporto alla rete, un facilitatore...."

La pista di lavoro più appropriata generata dagli esiti della ricerca sembra essere quella di costruire percorsi di scambio, riflessione, formazione tra figure professionali diverse, tra enti diversi, ma anche con famiglie e comunità. Si potrebbero utilizzare strumenti molto concreti di lettura e analisi dei contesti, organizzativi e comunitari (es. rete degli impegni, flussogramma...)⁴, tenendo sempre a mente che

"... gli strumenti sono la guida, lo scheletro.... ma va aggiunta l'esperienza professionale e soprattutto la disponibilità a mettersi in gioco...."

Per capitalizzare e sviluppare l'esperienza e la disponibilità dei professionisti è essenziale mantenere sempre viva la dimensione di 'riflessività' sottolineata dai partecipanti ai focus group.

Il servizio in quanto servizio, è capace di riflettere sul proprio lavoro, di gestire spazi di condivisione (di problemi e soluzioni), di crescere attraverso le interazioni, in sintesi di fare ricerca.

⁴ Cfr. il contributo di Franco-Merhy 2004

Nota metodologica

La ricerca si è svolta in un arco di tempo biennale, a partire da luglio 2012, con conclusione a settembre 2014: strumenti, procedure e soggetti coinvolti sono stati differenti a seconda della fase specifica della ricerca, così come sintetizzato di seguito.

Fase/obiettivo	Soggetti coinvolti	Strumenti e procedure
Esplorazione per raccogliere punti di vista su livelli, strumenti e oggetti dell'integrazione e circoscrivere meglio ambito dell'indagine	Esperti del territorio e della DG Sanità e Politiche sociali	Intervista semistrutturata
Documentazione per individuare e analizzare normative e indirizzi regionali che influenzano e regolano integrazione professionale	Esperti DG Sanità e Politiche sociali	Raccolta, studio, sintesi ragionata (cfr. allegato B)
Pianificazione per condividere assunti di fondo e scelta dell'ambito, costruire progettazione operativa, discutere gli esiti, ipotizzare sviluppi	Direttori Attività socio-sanitarie Ausl, Dirigenti ASP, Professionisti sanitari e sociali	Costituzione gruppo guida
Attuazione, analisi dati*, valutazione	Professionisti sanitari e sociali delle Ausl, ASP, Enti locali che costituiscono le UVM Coordinatori strutture per disabili Direttori attività socio-sanitarie, Dirigenti ASP, Dirigenti Uffici di Piano, Resp. Servizi sociali Direttori Attività socio-sanitarie Ausl	Focus group * (6 con 80 persone) -Restituzione dialogata tramite intervista individuale o di piccolo gruppo (5 con 12 persone) -Restituzione al gruppo Professionisti allargato Scheda di feedback su impatto ricerca

* Nei punti di seguito sono leggibili alcune specifiche in proposito

I partecipanti ai focus

Hanno partecipato professionisti di Asp, Enti locali e Ausl di cinque territori (Imola, Ferrara, Modena, Reggio Emilia e Parma) su invito e coordinamento dei Direttori delle attività sociosanitarie delle Ausl, degli Uffici di supporto alle Conferenze sociosanitarie e degli Uffici di piano, che hanno aderito alla proposta dell'Agenzia di avviare l'indagine sull'integrazione professionale nelle UVM disabili adulti.

La scaletta utilizzata per svolgere i focus group è riportata a conclusione della presente Nota metodologica.

Le figure professionali coinvolte, circa 80 persone, fanno tutte parte delle UVM disabilità adulta e sono:

- Assistenti sociali (dei servizi comunali e in un caso del Dip. Salute mentale Ausl)
- Medici con diverse specializzazioni: fisiatri, psichiatri, neurologi, neuropsichiatri infantili, geriatri, in un caso medico di medicina generale
- Educatori professionali
- Infermieri
- Terapista riabilitazione psichiatrica (un caso)
- Fisioterapisti
- Psicologi
- Pedagogisti
- Responsabili Area Disabili/Area non autosufficienza/Area Fragilità, dei Servizi sociali comunali, delle ASP, delle Ausl
- Responsabili ufficio di piano, Direttori amministrativi ASP, Coordinatori servizi disabili (enti gestori)

Rispetto al clima relazionale abbiamo rilevato, sia nei focus group sia nelle interviste, una forte motivazione alla partecipazione e l'interesse per la dimensione del confronto e dello scambio, a cui vengono sempre più sottratti spazi e tempi nell'urgenza e nella fatica dell'attività routinaria.

In particolare, nel corso dei focus group gli operatori si sono collocati spontaneamente vicini agli altri componenti della 'propria' UVM, riconoscendosi come gruppo di lavoro al di là dell'appartenenza ad enti diversi.

Hanno partecipato tutti attivamente e in più casi vivacemente alla discussione, esprimendo interesse per le prassi e i contesti diversi dal proprio, sovrapponendo solo in alcuni casi le interazioni di piccolo gruppo al flusso ‘centrale’ della comunicazione.

Generalmente è emerso un approccio relazionale paritario, coerente con la connotazione di reciprocità che i partecipanti hanno dato esplicitamente all’integrazione professionale - *“tutti siamo importanti allo stesso modo”* - e un ascolto attivo e rispettoso delle competenze.

In presenza di livelli gerarchici differenti, situazione creatasi in un unico caso, dopo un’iniziale cautela le interazioni si sono sviluppate in modo naturale, diretto, nella consapevolezza della natura aperta e dialogica dell’incontro.

L’analisi dei dati

Abbiamo analizzato i dati/contenuti resi disponibili attraverso i diversi strumenti (audio registrazioni dei focus group, trascrizione delle risposte alle interviste) tenendo a riferimento da un lato la natura processuale della valutazione in UVM: quindi abbiamo ricostruito per ogni realtà come si svolge il processo, con quali ostacoli e con quali supporti a una reale integrazione professionale, così come se la rappresentano “quegli” operatori. Rispetto a questi aspetti è stato prodotto un report specifico per ognuno dei territori, oggetto delle restituzioni a livello locale (le sintesi in slide dei report sono nell’allegato A).

Dall’altro lato abbiamo riletto trasversalmente i diversi contesti territoriali, con l’aiuto anche delle restituzioni dialogate, facendo emergere le costanti nel confronto tra le diverse realtà, e quindi enucleando possibili traccianti e modelli – più o meno espliciti – di integrazione professionale sulla base delle definizioni e pratiche emerse dagli operatori.

Tabella di sintesi sui tempi di svolgimento dei focus group, delle interviste e delle restituzioni

<i>Territori</i>	<i>focus group</i>	<i>restituzione dialogata tramite intervista individuale</i>	<i>restituzione al gruppo allargato professionisti + invio Report specifico</i>
PARMA	30 maggio 2013	29 luglio 2013	25 ottobre 2013
REGGIO EMILIA	29 maggio 2013	29 luglio 2013	22 novembre 2013
MODENA	4 giugno 2013	10 ottobre 2013	11 giugno 2014
IMOLA	23 maggio 2013	12 settembre 2013	14 marzo 2014
FERRARA	5 giugno 2013	18 settembre 2013	19 novembre 2013

SCALETTA UTILIZZATA PER LA GESTIONE DEI FOCUS GROUP

Presentazione:

Conduttore: Vanessa Vivoli (Area Sviluppo delle professionalità per l'Assistenza e la Salute – Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna),

Osservatori: Anna Rosetti e Fabrizia Paltrinieri (Area Innovazione Sociale - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna)

Ambito: Progetto di ricerca “Le figure professionali e i ruoli lavorativi nei servizi sociali e socio-sanitari: quale integrazione?” (obiettivo strategico del Piano sanitario e sociale 2008-2010).

Obiettivi dell'incontro e della discussione: Individuare come l'UVM diventa strumento effettivo di integrazione professionale

Tecnica utilizzata: focus group

Regole: focalizzarsi sul tema, interazione libera, presentarsi la prima volta che si parla, ascoltarsi, non interrompersi, farsi domande, opinioni motivate e non sintetiche

*NB non interessa chi dice le cose, ma cosa si dice e la discussione del gruppo
Ovvero le cose che direte rimarranno anonime e verranno presentate in un report sintetico come il frutto dell'intero gruppo e non come idee personali.*

Scaletta

Fase I- RISCALDAMENTO	
Domanda	Elementi di attenzione e stimoli
<p><i>Partiamo con un esercizio per entrare nell'argomento.</i></p> <p><i>Dopo aver visto alcune immagini, vi consegneremo un foglio con una frase da completare nel modo che ritenete opportuno. Leggete, compilate il foglio, poi uno alla volta li appendiamo su questo cartellone e li leggiamo</i></p> <p>L'INTEGRAZIONE PROFESSIONALE PER ME È?</p>	<p>FOGLIO DA COMPILARE IN MANIERA INDIVIDUALE E ANONIMA</p> <p>durata 30 - 40 minuti (raccolta risposte e organizzazione in argomenti sul tabellone)</p>

Fase II- DISCUSSIONE	
Domanda	Elementi di attenzione e stimoli
<p><i>Alla luce di quanto avete detto, passiamo ora ad approfondire il tema di oggi</i></p> <p>- l'UVM è strumento di (realizza) integrazione professionale?</p> <p><i>Detto in altri termini</i></p> <p>- Quando/come l'UVM produce integrazione professionale?</p> <p>- Cosa AIUTA (o vi aiuta) il realizzarsi dell'integrazione professionale in ambito UVM? E quali sono le DIFFICOLTÀ maggiori che riscontrate (rispetto al vostro vissuto)?</p> <p>- Nel percorso preparatorio all'UVM che cosa/chi crea integrazione professionale</p> <p><i>Detto in altri termini</i></p> <p>- Nel percorso preparatorio come e quando si realizza l'integrazione? Cosa la facilita? Cosa la ostacola?</p> <p>- Nel processo successivo all'UVM che cosa/chi crea integrazione professionale</p> <p><i>Detto in altri termini</i></p> <p>- Nel processo successivo come e quando si realizza l'integrazione? Cosa la facilita? Cosa la ostacola?</p>	<p><i>Eventuali sotto argomenti per stimolare la discussione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversa funzione: "solo" valutazione vs Progetto di vita e cura" ➤ Governo della spesa ➤ Ruolo del responsabile del caso ➤ Ruolo del coordinatore UVM ➤ Quali strumenti (schede, oggetti, ect..) <p><i>Eventuali sotto argomenti per stimolare la discussione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Qual è il rapporto con servizi/enti/soggetti INVIANI ➤ Qual è il rapporto con servizi/enti/soggetti EROGATORI DEGLI INTERVENTI ➤ Quali sono le interfacce ➤ Quali comunicazioni ➤ Quali strumenti (schede, oggetti, ect..) <p>FOGLIO GRANDE SU LAVAGNA A FOGLI MOBILI SU CUI SONO SCRITTE LE DOMANDE durata 60 minuti</p>
Fase III- CHIUSURA	
<p><i>Per concludere</i></p> <p>- Quali suggerimenti daresti per fare in modo che le UVM siano davvero strumenti/momenti di (realizzino) integrazione per migliorare l'assistenza all'utente? (cosa e come cambiereste del vostro modello operativo?)</p> <p>- Avete altri suggerimenti o cose da dire sui temi oggi affrontati? Abbiamo trascurato qualcosa?</p> <p><i>Al termine degli incontri Vi invieremo un documento sintetico come feedback sui risultati emersi. Le opinioni espresse rimarranno anonime e verranno presentate come frutto dell'intero gruppo, non come idee personali. Grazie a tutti!</i></p>	<p>durata max 20 minuti</p>

Bibliografia

- Assessorato Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna, Azienda USL Modena (2013), *Budget di salute. Esperienze e metodologie a confronto*, Bologna 18/04/2013, <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/convegni-e-seminari/convegno-budget-di-salute-2013>
- Bruni A., Gherardi S. (2007), *Studiare le pratiche lavorative*, Il Mulino, Bologna.
- Camarlinghi R., d'Angella F. (a cura di) (2003), *Discutere di lavoro sociale. Appunti e ipotesi*, "I Geki di Animazione sociale", supplemento al n. 10/2003 di Animazione sociale, Gruppo Abele, Torino
- Campedelli M., Goldoni L. (a cura di) (2012), *Sapere, saperi, pratiche. I servizi per la non autosufficienza come laboratori di ricerca*, Workshop Forum Non Autosufficienza IV edizione, Bologna 15/11/2012, materiali non pubblicati
- Folgheraiter F. (2007), *La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*, Ed. Centro Studi Erickson, Trento
- Fosti G., Larenza O., Longo F., Rotolo A. (2013), *Governare la domanda di servizi socio-sanitari: evidenze dalla Regione Emilia-Romagna*, in "Mecosan – Management ed economia sanitaria", n.88, Franco Angeli, Milano, pp.9-24.
- Franco T.B. (2006) *As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde* in Pinheiro R. e Matos R.A., *Gestão Em Redes*, Lappis-Ims/Uerj-Abrasco, Rio de Janeiro CEPESC-IMS/UERJ
- Franco T.B. (2011), *Recognizing the subjective production of care*, in "Salud colectiva", n. 7, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, pp. 9-20
- Franco T.B., Merhy E.E., (2004), *Ferramentas analisadores em apoio ao planejamento*, in Merhy et al, *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, Hucitec, São Paulo
- Garofani A., Lusardi R. (2014) *L'integrazione sociosanitaria in pratica*, Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna, paper non pubblicato
- Gherardi S., Lippi A. (a cura di) (2000), *Tradurre le riforme in pratica. Le strategie della traslazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Illich Ivan (1973), *Tools for conviviality*, Calder & Boyars, London, trad.it. (1993) *La convivialità*, RED, Como
- Illich Ivan et al. (2008), *Esperti di troppo*, Ed. Centro Studi Erickson, Trento
- Merlo G. (2013), *Servizi sociali e disabilità: la neutralità impossibile*, in "Welfare oggi", n.4, Maggioli Editore, Rimini pp. 17-21
- Laville J.L. (1998), *L'economia solidale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1998
- Olivetti Manoukian, F. (1998), *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna

- Olivetti Manoukian, F. (2013), *La tutela in un'ottica di territorio. Orientamenti e indicazioni per costruire una progettualità integrata*, in "Animazione Sociale", n. 269, Gruppo Abele, Torino, pp. 26-37
- Pinheiro R., Koffman L., Burg Ceccim R., Mattos R. (2009), *Enseñar Salud- La el Integralidad Y SUS corsi di livello en los de Grado area en de la Salud*, Buenos Aires-Teso, v. 1.
- Rodeschini G. (a cura di, con la collaborazione di Guiducci P.) (2014), *Analisi organizzativa dei gruppi di auto mutuo aiuto nell'ambito della salute mentale in Regione Emilia-Romagna*, Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri e Agenzia sanitaria e sociale, della Regione Emilia-Romagna, paper non pubblicato
- Simoni S., Nicoli A., Palestini L. (2014), *Tante reti, tanti paradigmi. Network analysis in sanità*, Dossier 241, Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna
- Starace F. (a cura di) (2011), *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del budget di salute*, Carocci Faber, Roma

ALLEGATI

Allegato A – LE RESTITUZIONI AI TERRITORI. Sintesi in slide.

TERRITORIO DI IMOLA

Dati di contesto/1

- **Assetto della governance omogeneo e organico**
 - tutti i Comuni dell'ambito fanno parte storicamente di un'unica forma associativa (oggi NCI)
 - la funzione di gestione dei servizi sociali e sociosanitari, compreso l'accesso ai servizi, è concentrata nell'unica ASP distrettuale
- **Unica UVM disabili (ambito distrettuale/aziendale)**
 - ben collegata **all'attività ospedaliera**, in particolare per le dimissioni protette (l'ospedale è un presidio dell'Ausl)
 - in connessione organica con il **Dipartimento salute mentale** per le valutazioni su bisogni complessi
 - work in progress: costruzione di una connessione strutturata tra servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali per il passaggio minori-adulti
- **Carico di lavoro considerevole (circa 100 UVM/anno)**

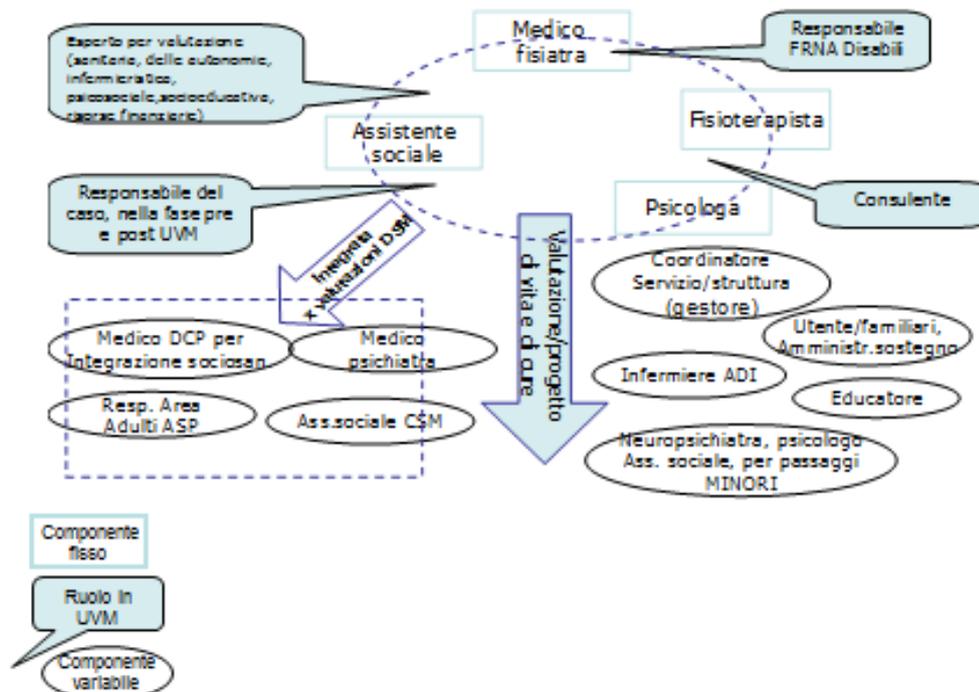
Dati di contesto/2

- **Identità abbastanza chiara e forte dell'UVM come “presidio” dell'integrazione sociosanitaria** in area disabili adulti, integrazione realizzata dagli operatori comunque con una molteplicità di percorsi e strumenti
- **Strutturazione dell'identità dell'UVM:**
 - rilevanza della funzione di **coordinamento** che viene svolta collegialmente
 - è individuata e attribuita la funzione di **segreteria organizzativa** (presso il Servizio Assistenza Anziani),
 - fa parte dell'UVM come componente fisso **il responsabile delle risorse FRNA** destinate alla disabilità adulta

Dati di contesto/3

- Contesto territoriale circoscritto e agevolmente fruibile facilitata
 - scambi di informazioni sistematici e “fluidi”, sia tra operatori sanitari che tra questi e operatori sociali,
 - uso di strumenti di documentazione consolidati
- E' in fase di predisposizione un documento sulle “Procedure operative per il funzionamento dell'UVM”.
- Il RdC è generalmente l'assistente sociale competente per territorio

L'UVM nell'area disabilità adulti IMOLA Le figure professionali, i ruoli operativi, i “prodotti”



Clima relazionale/1

- **Molta** partecipazione
- Presenza di livelli gerarchici diversificati dei diversi enti ➤ forse influenza in alcuni momenti il **livello di esplicitezza**
- **Comunanza** di linguaggio, di saperi e di esperienze **molto forte**, valutata dai partecipanti come consolidata dall'istituzione dell'UVM, ma sviluppata anche su canali informali e molteplici percorsi

Clima relazionale/2

- L'ambiente/contesto sembra in gran parte ricalcare quello del lavoro quotidiano, con il clima di **confronto diretto tipico del fare insieme consolidato**
- Chiara **consapevolezza** - da parte di tutti i partecipanti - dell'identità dell'UVM, dell'esserne componente, del farne parte al di là dell'ente di appartenenza



Integrazione professionale: *una definizione del gruppo*

Sforzo di uscire dalla
discrezionalità del singolo e uscire
dai propri pregiudizi

Spazio di incontro

Rete
Condivisione delle responsabilità,
competenze, punti di vista, risorse
Contrasto solitudine professionale

Sapere comune
Scambio

Fiducia
Stima

Progetto di vita
Continuum
Obiettivo comune

Curiosità
confronto

Soluzione condivisa
Risposta all'utente non frammentata
Presenza in carico globale

Nuova modalità
di lavoro
congiunto

Coinvolgimento di
diversi ruoli e funzioni

Identità professionali specifiche

Inter-organizzazione
Diversi contributi



Contenuti emersi: *PRIMA: Costruzione identità e governance*

Cosa aiuta

- Contesto territoriale di dimensioni non vaste
- UVM con potere di spesa
- Componenti fissi che fungono da collante e creano linguaggio comune
- Segreteria organizzativa
- Disponibilità a imparare facendo insieme
- Sede fisica unica
- Regolamento inteso come consolidamento delle "buone prassi"
- Chiara definizione di chi fa cosa
- Relazioni inter-istituzionali positive e facilitate da gestione congiunta FRNA
- Interpretare l'UVM come momento migliorativo dell'appropriatezza e a supporto del Rdc

Cosa ostacola

- " ...
- ""

Contenuti emersi: *PRIMA: Definizione oggetto di lavoro*

Cosa aiuta

- Ruolo del Responsabile del caso: raccolta informazioni/dati, pre-valutazione, (visita del caso) pre-compilazione Scheda Utente
- Contatti informali prima e dopo
- Gestione degli inviti dei componenti variabili, gestita direttamente dal Rdc
- Relazione diretta e di supporto tra Rdc e Responsabile Area dell'Ente di appartenenza

Cosa ostacola

- Il Rdc rischia di fare una "proposta" che viene in parte ridefinita durante l'UVM (non sa fino a che punto si può spingere)



Contenuti emersi: *DURANTE: Uso strumenti d'integrazione*

Cosa aiuta

- Esperienza professionale, e specifica sull'integrazione
- Disponibilità a mettersi in gioco
- Cartella di documentazione del caso
- Diario, memoria storica ed "informale" del caso (aiuta ad "oggettivare" la valutazione)
- Il Rdc può coinvolgere in UVM il coordinatore della struttura in casi particolarmente complessi

Cosa ostacola

- "...."
- "....."



Contenuti emersi: *DOPO: Sviluppo della rete (cura e manutenzione)*

Cosa aiuta

- Il verbale dell'UVM viene completato dal progetto sociosanitario individuale redatto dal RdC (definizione di chi fa cosa)
- Relazione tra Rdc ed Enti Gestori (figura educatore)
- Definizione di casi "stabili" e "in evoluzione" o complessi
- Definizione da parte del Rdc dei tempi e modalità di rivalutazione

Cosa ostacola

- Compilazione e implementazione "solitaria" del progetto da parte del RdC in coerenza con il verbale UVM



Contenuti emersi: *Problemi aperti*

- La "solitudine" del RdC, pur definito "stella polare del percorso", può produrre la difficoltà a realizzare un monitoraggio sistematico e completo dei casi
- Il quadro positivo di relazioni istituzionali e professionali nell'Area disabili è supportato da un disegno chiaro di risorse e di modalità congiunte di programmazione e gestione: in questo contesto è da migliorare la definizione dell'insieme di relazioni con le aree Minori e Salute mentale



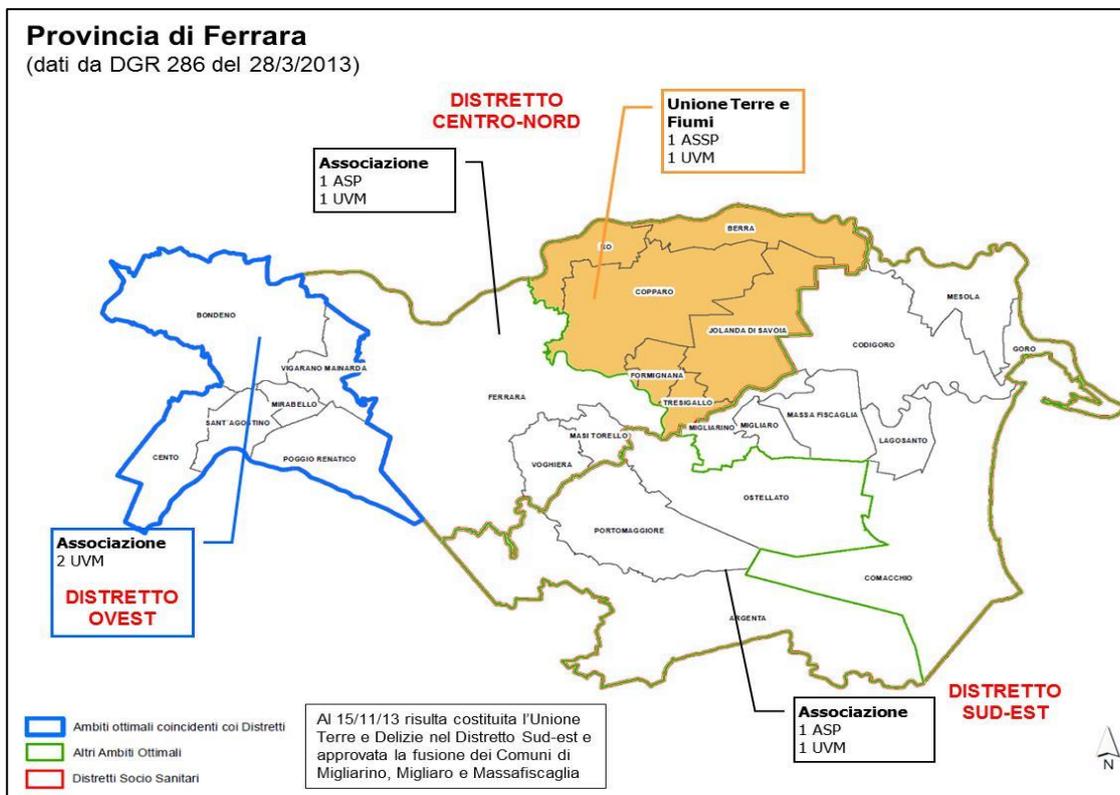
TERRITORIO DI FERRARA

Dati di contesto 1.

- **Differenziazione** tra gli ambiti distrettuali quanto ad assetti organizzativi delle funzioni sociali di programmazione e di gestione dei servizi (all'interno di uno stesso ambito ci sono più forme gestionali dei servizi).

Il territorio presenta nel suo insieme caratteristiche di frammentazione e complessità.

- Emerge la **forte identità di 5 zone subdistrettuali** (cfr. Distretti preesistenti agli attuali nel 2003), coincidenti con le 5 forme associative sovracomunali. Il contesto è comunque in evoluzione: attualmente all'interno di un'Associazione si è realizzata la fusione di 3 Comuni in unico Ente locale.



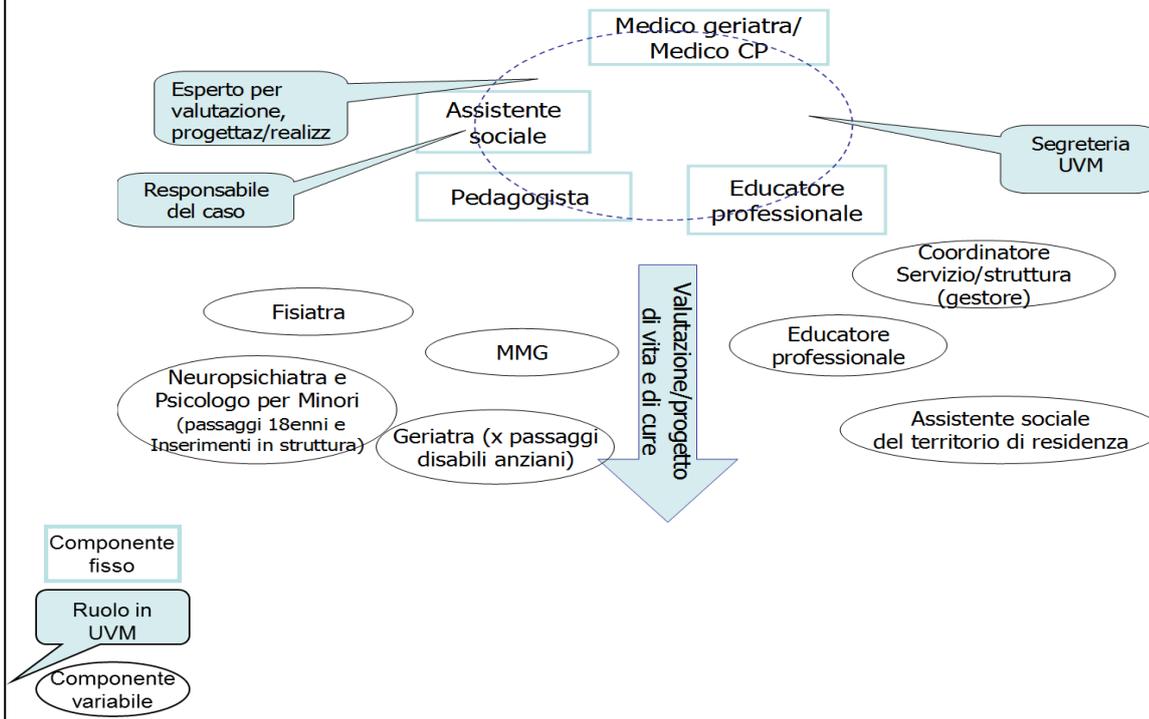
Dati di contesto 2.

- Le UVM distrettuali sono a **geometria variabile** rispetto alla componente professionisti dell'area sociale: gli operatori sociali e educativi (assistente sociale e, in un caso, pedagogista) variano a seconda del territorio subdistrettuale di riferimento in connessione con la forma/ente di gestione dei servizi sociali e sociosanitari. Il RdC è in tutti i territori l'assistente sociale
- Sono invece piuttosto **omogenee nella composizione rispetto ai componenti fissi**: medico geriatra, assistente sociale, educatore
- Si è scelto di supportare il funzionamento delle UVM con una **segreteria organizzativa**, mentre il coordinamento non è previsto in quanto non coerente con le funzioni tecniche di livello paritario

Dati di contesto 3.

- E' stato siglato il **Protocollo d'Intesa** per la riorganizzazione delle attività sociosanitarie in area Disabili Adulti che
 - regola accesso, valutazione, progettazione, verifica, governance, gestione amministrativa e strumenti di coordinamento tecnico
 - prevede coordinamento sistematico e regia congiunta Ausl/Comuni
- Sono tra le **attività di supporto alla piena attuazione del Protocollo**:
 - percorsi formativi
 - costruzione di strumenti tecnici
 - in particolare adozione dell'**operativo GARSIA disabili** quale **supporto gestionale** per consentire una gestione integrata ed efficiente di percorsi di accoglienza e cura

L'UVM nell'area disabilità adulti FERRARA Le figure professionali, i ruoli operativi, i "prodotti"(20-04-13)



Clima relazionale

- Clima molto partecipativo, i componenti delle UVM sono per lo più seduti vicino
- Molti commenti all'interno dei gruppi, a volte si sovrappongono al flusso "centrale" della comunicazione
- Modalità allargata dello scambio sembra percepita come novità, c'è interesse per le prassi delle diverse UVM non sempre note
- Si percepisce una certa fatica riguardo al cambiamento in questa fase: transizione da una prassi stratificata nel tempo, ma non abbastanza soddisfacente, al nuovo contesto disegnato dal Protocollo



Integrazione professionale: *una definizione del gruppo*

Soluzione condivisa
Obiettivo comune

Programmazione
Tempo
Disponibilità di risorse

Protocolli operativi chiari
Semplificazione burocratica

Condivisione target di utenti

Lavoro in equipe
Predisposizione al lavoro in rete

Integrare la propria professionalità
con altre figure

Disponibilità alla condivisione
Capacità di collaborare
Rispetto
Ascolto
Flessibilità
Apertura mentale

Formazione comune
Incontri periodici sulle competenze

Relazione paritetica
Non aver certezze

Linguaggio comune
Fluidità di comunicazione



Contenuti emersi: *PRIMA: Costruzione identità e governance*

Cosa aiuta

- Conoscenza della normativa di riferimento
- Definizione di un protocollo a livello provinciale (linee di indirizzo)
- Definizione di protocolli operativi per definire in modo chiaro chi fa cosa

Cosa ostacola

- Valutazione mirata alla “risoluzione del problema”
- Scarsa adeguatezza della rete dell’offerta per match con bisogno
- Non chiara definizione dei livelli di responsabilità dei componenti variabili coinvolti in UVM (gli specialisti della psichiatria si autodefiniscono “consulenti”)



Contenuti emersi: *PRIMA: Costruzione identità e governance*

Cosa aiuta

- Ruolo forte del Responsabile del caso (RdC) (filo conduttore)
- Segreteria organizzativa dedicata



Cosa ostacola

- Assenza MMG
- Difficoltà di applicazione del protocollo e procedure previste

Contenuti emersi: *PRIMA: Definizione oggetto di lavoro*

Cosa aiuta

- Un buon invio – raccolta informazioni adeguata e appropriata relazione di presentazione (con preliminare proposta di intervento) da parte del RdC
- Lavoro di rete (contatti anche MMG e DSM)
- Momenti di incontro su casi complessi

Cosa ostacola

- Mancata condivisione dei target di utenti
- Definizione non esplicita dei livelli di responsabilità dei soggetti coinvolti nella presa in carico dell'utente
- La relazione di presentazione del caso rischia di prefigurare troppo l'intervento



Contenuti emersi: *DURANTE: Uso strumenti d'integrazione*

Cosa aiuta

- Verbale UVM
- Rapporto con i gestori come componente variabile

Cosa ostacola

-



Contenuti emersi: *DOPO: Sviluppo della rete (cura e manutenzione)*

Cosa aiuta

- Il monitoraggio annuale dei casi in capo al RdC

Cosa ostacola

- Un monitoraggio sistematico dei casi
- Non vi è il “dopo” della consulenza psichiatrica



Temi trasversali



Il ruolo del Responsabile del caso:

grande responsabilità, regia della gestione

MA SI RISCHIA

- 1) un'eccessiva centralità e una sovrapposizione con altre figure e competenze
- 2) uno sbilanciamento e svuotamento delle competenze dell'UVM con conseguente "deresponsabilizzazione"

Temi trasversali



Il ruolo del Responsabile del caso:

DEVE DIVENTARE

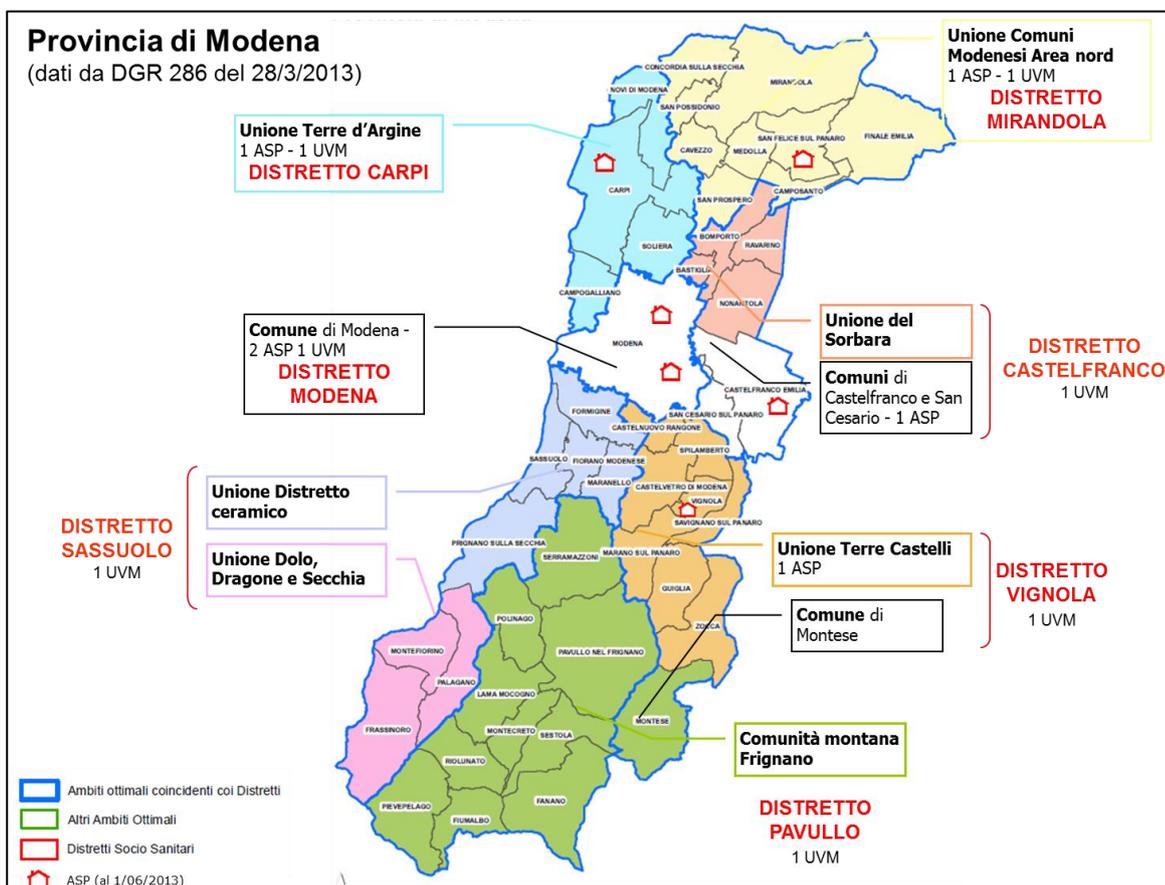
un "*playmaker*"

Un professionista con competenze specifiche ma che ha una "visione" complessiva del "gioco" e sa organizzare il "gioco" degli altri, valorizzando di ciascuno le diverse competenze

TERRITORIO DI MODENA

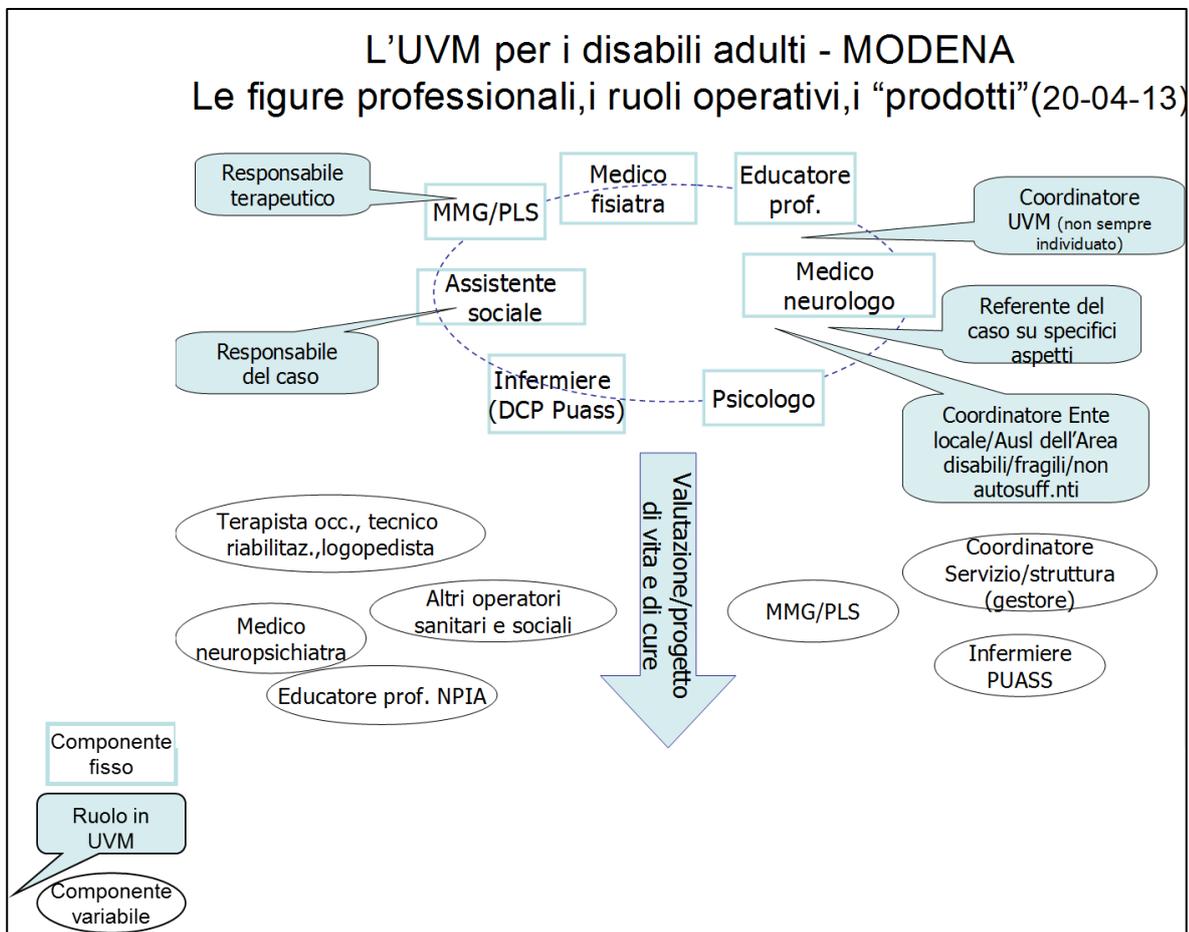
Dati di contesto/1

- Territorio molto articolato con diversità di assetti: **forte ruolo dei Comuni** nel governo del sociale e del sociosanitario, **l'esercizio associato** delle funzioni è **consolidato**
- Rapporto di comunicazione e confronto tra **Comune capoluogo** e **Comuni/forme associative** degli altri territori
- Assetti gestionali con chiara distinzione delle funzioni di **committenza e produzione** (mix di produttori pubblici, del privato sociale, del privato profit, ASP in 5 ambiti e produzione diretta in due)



Dati di contesto/2

- **UVM/UVH tendenzialmente omogenee** per composizione, **differenziate solo parzialmente** per potere decisionale e organizzazione interna (es. coordinatore)
- Non c'è di norma un punto organizzativo dedicato all'UVM: una sorta di 'liquidità' nella strutturazione dell'UVM sembra rispondere al **prevalere dell'integrazione realizzata con la rete di professionisti preesistente**, sostenuta dai PUASS e dalle équipes di lavoro o del caso



Specificità del territorio

Dati di contesto/3

- Investimento forte sull'int. istituzionale: presenza nelle UVM (e nel FG) di responsabili d'area degli E.L. e del Distretto Ausl: unitarietà funzione tecnico-professionale e funzione istituzionale-gestionale in coerenza con **doppio mandato alle UVM, di valutazione tecnica e di sostenibilità.**
- Presenza fissa o su invito del **MMG/PLS** e dell'**infermiere coordinatore Puass**
- **RdC** è in linea di massima **l'assistente sociale**, mentre singoli referenti del caso presidiano specifiche aree di funzionamento/intervento

Specificità del territorio

Dati di contesto/4

- Emergono alcune costanti organizzative, che sembrano espressione di una cultura istituzionale e professionale piuttosto omogenea, es.:
 - Ruolo PUASS
 - Coinvolgimento MMG e PLS

Clima relazionale\1

- La presenza di molti referenti d'area con ruolo anche istituzionale ha forse influenzato l'inizio, un po' cauto ... (prevale l'identità 'gestionale'..?)
- Poi il confronto e la discussione si sono sviluppati in modo molto partecipativo e vivace, con piena consapevolezza della natura aperta dell'incontro
- I partecipanti al focus provenienti dallo stesso ambito siedono perlopiù vicini

Clima relazionale\2

- Gestione consapevole di relazioni paritarie
- Viene dato valore agli aspetti tecnici e personali dello scambio, come pure alla diversità dei punti di vista: sembra 'solida' la dimensione dell'ascolto e del rispetto
- La diversità delle esperienze interessa, emerge la voglia di più scambi tra gli ambiti, soprattutto dalla componente del sociale



Integrazione professionale: *una definizione del gruppo*

Conoscenza personale/contatti diretti

Incontro

Competenze specifiche

Esperienza sul campo

Creatività
Non avere soluzioni
pre-costituite

Capacità
di comunicazione

Leggere la persona
nella sua interezza

Programmazione e
tempo

Flessibilità
Apertura mentale

Rispetto
Collaborazione
Confronto

Progetto condiviso
Compartecipazione esito

Presenza di parti
sociali e sanitarie

Motivazione
Interesse

Obiettivo comune

Chiara identità e ruoli

Conoscenza
condivisa situazione e
diverse professionalità coinvolte



Contenuti emersi: *PRIMA: Costruzione identità e governance*

Cosa aiuta

- Conoscenza pregressa dei nodi della rete (competenze, attività, professionisti)
- Comunicazione informale
- Ruolo Responsabile del caso (Rdc)
- Definizione chiara delle diverse funzioni dell'UVM (primo accesso, passaggio d'età, rivalutazione)

Cosa ostacola

- Non chiara definizione dei componenti variabili
- Presenza di soggetti "consulenti"
- Definizione non sempre chiara del ruolo del Responsabile di Area (non sempre mandato pieno dal proprio ente)
- Mancata gestione del budget da parte UVM (solo in alcuni casi)

Contenuti emersi: *PRIMA: Costruzione identità e governance*

Cosa aiuta

- UVM con potere decisionale sulle risorse (ruolo del responsabile d'Area)
- Ruolo del PUASS (supporto organizzativo)
- Presenza MMG



Cosa ostacola

- Carenza confronto sistematico fra sanitari e sociali per costruire strumenti condivisi
- Assenza di un punto organizzativo strutturato non solo per gestione incontri ma che faciliti la comunicazione tra i nodi della rete
- Non chiara definizione ruolo UVM vs équipe territoriali
- Non sempre c'è piena conoscenza dei diversi nodi della rete (come funzionano)

Contenuti emersi: *PRIMA: Definizione oggetto di lavoro*

Cosa aiuta

- Ruolo forte Rdc che ne agevola la presentazione in UVM
- Visite domiciliari pre-UVM da parte referente sociale e sanitario
- Scheda segnalazione/relazione
- Scambi e comunicazioni informali fra i professionisti (conoscenza reciproca e del caso)
- Lavoro preliminare dell'équipe del caso (situazione di complessità)
- "Progetto passaggi minori"

Cosa ostacola

- Mancanza di strumenti condivisi omogenei
- Incertezza sui ruoli e le professionalità da coinvolgere



Contenuti emersi: *DURANTE: Uso strumenti d'integrazione*



Cosa aiuta

- Verbale
- Cartella sociale costruita dal RdC con la raccolta dei pdv di tutti soggetti coinvolti (racconto del caso)
- Presenza del MMG
- Relazione tra RdC e famiglia per poterne raccogliere le istanze e condividere il progetto

Cosa ostacola

- Mancanza di una cartella condivisa informatizzata
- Non sempre chiara definizione del budget
- Assenza di alcuni servizi (CSM, MMG) per lettura/progettazione del caso
- Mancanza di una procedura operativa nei "passaggi minori", soprattutto per documentare situazioni evolutive

Contenuti emersi: *DOPO: Sviluppo della rete (cura e manutenzione)*

Cosa aiuta

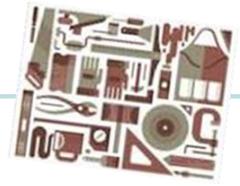
- Trasmissione esito UVM al MMG
- Sottoscrizione del progetto come proposta UVM, da parte della famiglia (restituzione in condivisione nei casi particolarmente problematici)
- Monitoraggio del caso da parte dell'équipe territoriali/RdC
- Situazioni territoriali piccole permettono un monitoraggio sistematico (scelta rivalutazione anche su segnalazione dell'operatore)

Cosa ostacola

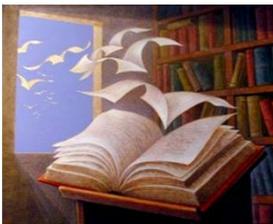
- Necessità di un maggior coinvolgimento degli enti gestori
- Non sempre chiara definizione dei margini di negoziazione sul progetto da parte della famiglia



Contenuti emersi: *Temi aperti*



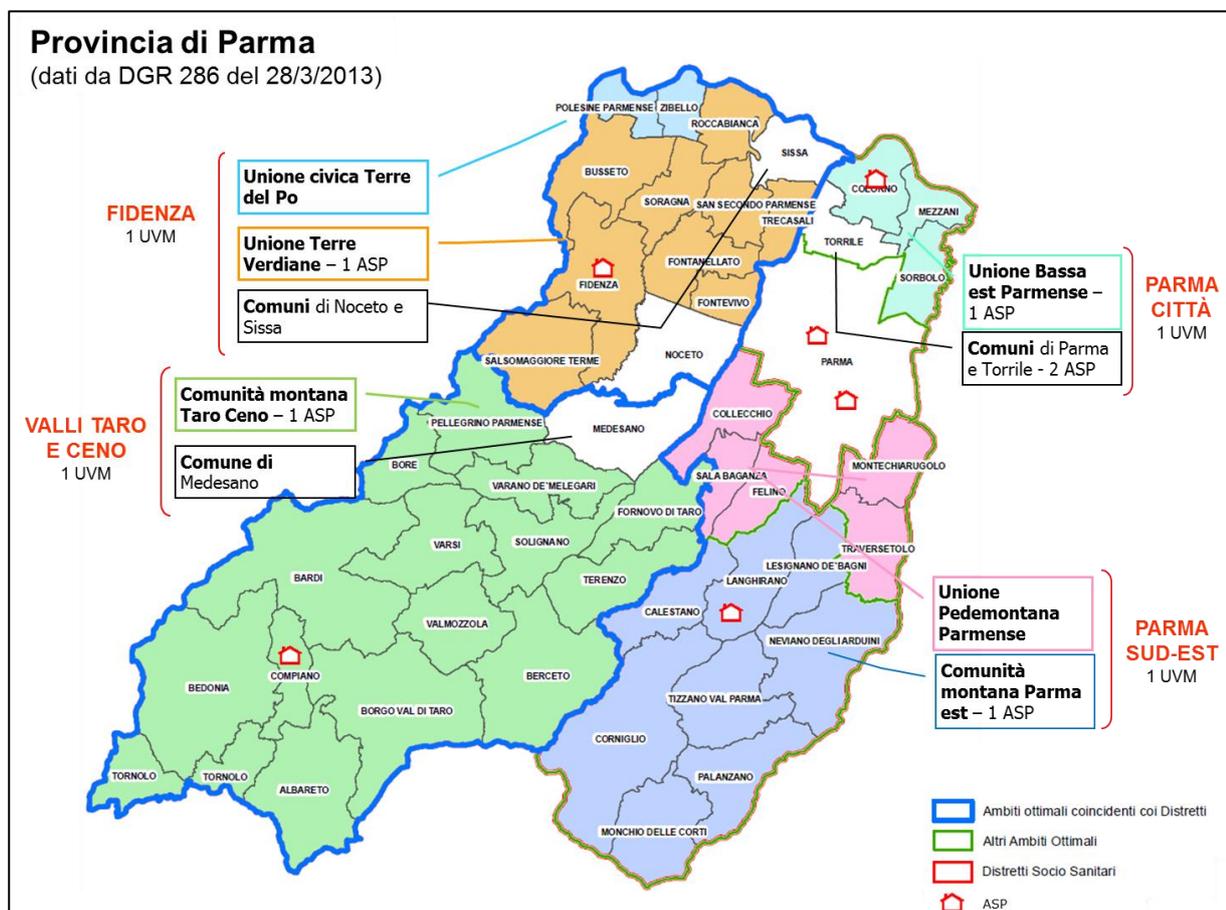
- rapporto tra strumenti di integrazione professionale già rodati (équipe del caso) e attività dell'UVM
- opportunità di percorsi/soggetti definiti per organizzare l'attività dell'UVM e in generale l'attività di valutazione
- esigenza di strumenti omogenei condivisi (scheda utente, scheda valutazione,...)



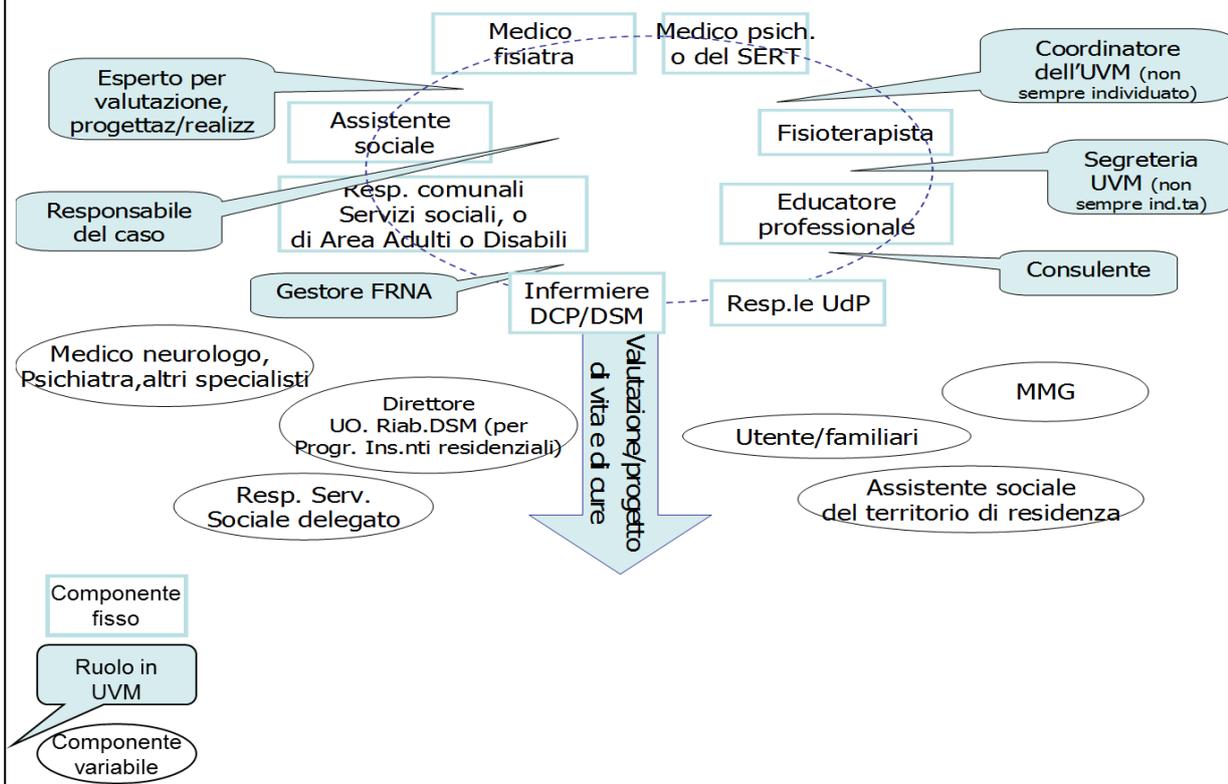
TERRITORIO DI PARMA

Dati di contesto

- Differenziazione tra gli ambiti distrettuali per assetti organizzativi delle funzioni sociali (di programmazione e di gestione dei servizi) e per modalità di governo del FRNA
- UVM differenziate per composizione, potere decisionale, organizzazione interna
- Sono in uso diversi documenti distrettuali per regolare il funzionamento dell'UVM
- Il RdC è in tutti i territori l'assistente sociale



L'UVM nell'area disabilità adulti PARMA Le figure professionali, i ruoli operativi, i "prodotti" (aprile 2013)



Clima relazionale

- I componenti della stessa UVM sono vicini e interagiscono spesso tra di loro, rivelando una tendenza a riconoscersi come gruppo di lavoro al di là dell'appartenenza a enti diversi
- Le diversità tra le quattro UVM e tra i contesti in cui operano suscitano molto interesse e gli interventi marcano le diversità/le somiglianze
- Clima partecipativo, a tratti un po' di "frammentazione" della discussione all'interno dei 4 gruppi.



Integrazione professionale: *una definizione del gruppo*

Sforzo di uscire dalla
Discrezionalità del singolo

Nuovo modo di valutare il bisogno
Fotografia del bisogno attraverso più approcci
Mettere a fuoco "zone d'ombra"
Gestire bisogni più complessi

Progetto di vita e di cura
Nuovo Patto
Nuova modalità di presa in carico

Mettere insieme:
risorse
punti di vista
competenze

Relazione paritetica

Maggiore equità
nelle risposte

Apprendimento

Difficoltà
Miraggio

Mettersi in gioco
Disponibilità
Relazione
Confronto
Ascolto

Co-costruzione
negoziazione

Opportunità

Terra di nessuno
Terra di tutti



Contenuti emersi: *PRIMA: Costruzione identità e governance*

Cosa aiuta

- Co-costruire una procedura condivisa con soggetti coinvolti
- UVM con potere di spesa
- Percezione di maggiore equità nelle risposte
- Definizioni delle modalità di coinvolgimento della famiglia/utente

Cosa ostacola

- Definire una procedura "rigida": rischio immobilismo e deresponsabilizzazione
- Vivere UVM come momento certificativo
- Assenza MMG
- Assenza di un coordinamento a livello provinciale/aziendale
⇒ esigenza di confronto più sistematico
- Mancata definizione formale del coordinamento della singola UVM
- Assenza di una segreteria organizzativa dedicata

Contenuti emersi: *PRIMA: Definizione oggetto di lavoro*

Cosa aiuta

- Ruolo del Responsabile del caso: raccolta informazioni (canali informali), pre-valutazione, pre-compilazione Scheda Utente
- Conoscenza da parte del Responsabile del caso del budget di spesa (sostenibilità del progetto)
- Valore aggiunto della presenza dei professionisti dell'UVM su più tavoli (occasione di confronto)

Cosa ostacola

- “Solitudine” del Responsabile del caso (sovraccarico)
- Assenza MMG come supporto per raccolta informazioni
- Assenza cartella socio-sanitaria condivisa



Contenuti emersi: *DURANTE: Uso strumenti d'integrazione*

Cosa aiuta

- Definizione di chi fa cosa e con quali risorse (Scheda Utente/Progetto di vita e di cura)
- Conoscenza da parte di tutti i soggetti coinvolti delle risorse economiche a disposizione (risposte realistiche e praticabili)

Cosa ostacola

- “Insufficiente” lavoro di istruttoria soprattutto per i casi complessi, “multiproblematici”, “non etichettabili”
- Conoscenza della disponibilità economica: rischio valutazione non “pura”, non “limpida”
- Far prevalere il punto di vista di un settore/ente piuttosto che bisogni (benessere) della persona



Contenuti emersi: *DOPO: Sviluppo della rete (cura e manutenzione)*

Cosa aiuta

- La Scheda Utente/Progetto chiarisce chi sono i nodi della rete e la loro responsabilità
- Sottoscrizione del Progetto da parte della famiglia/utente (utente-risorsa → il coinvolgimento attiva la collaborazione, la messa a disposizione di risorse e influenza positivamente la riuscita del progetto)

Cosa ostacola

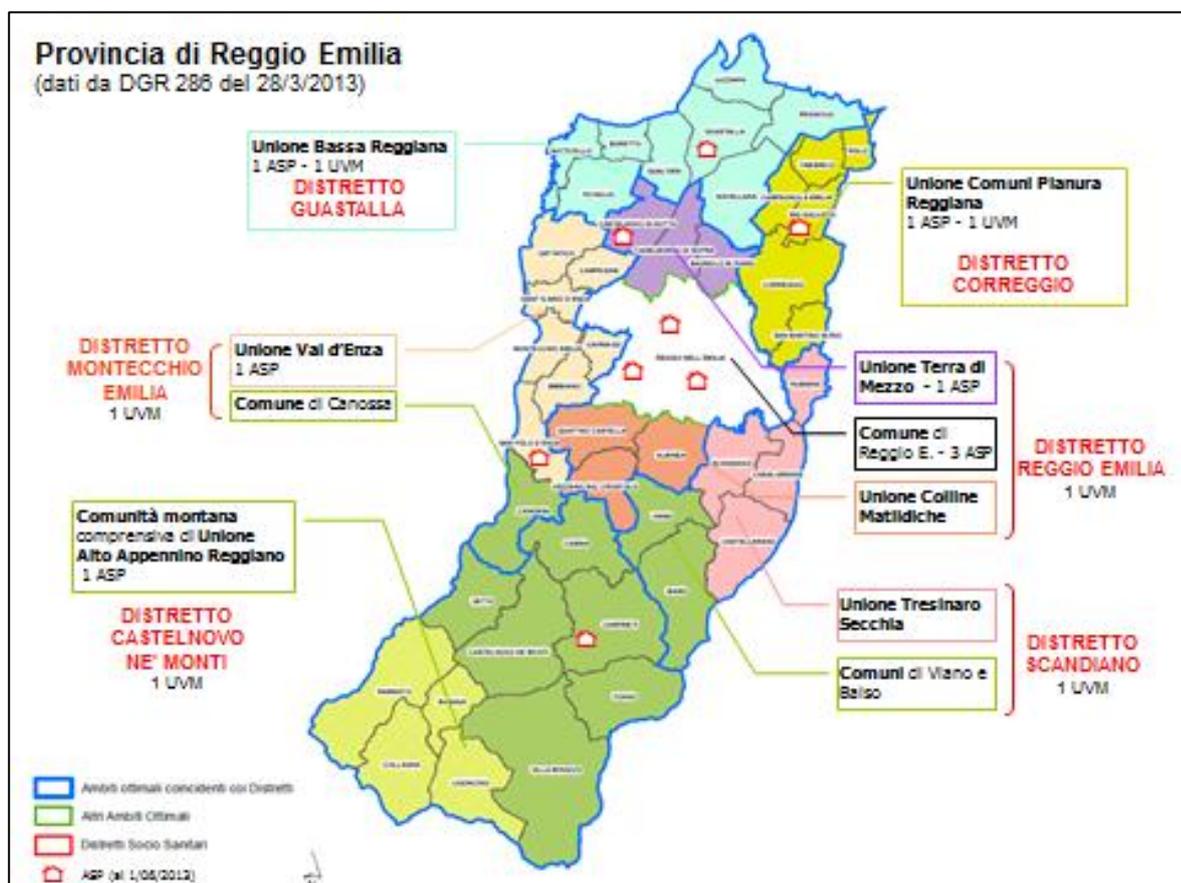
- Assenza MMG
- Assenza ruolo di coordinamento e di segreteria organizzativa
- La “fatica immane” di gestione relazionale della rete attivata



TERRITORIO DI REGGIO EMILIA

Dati di contesto/1

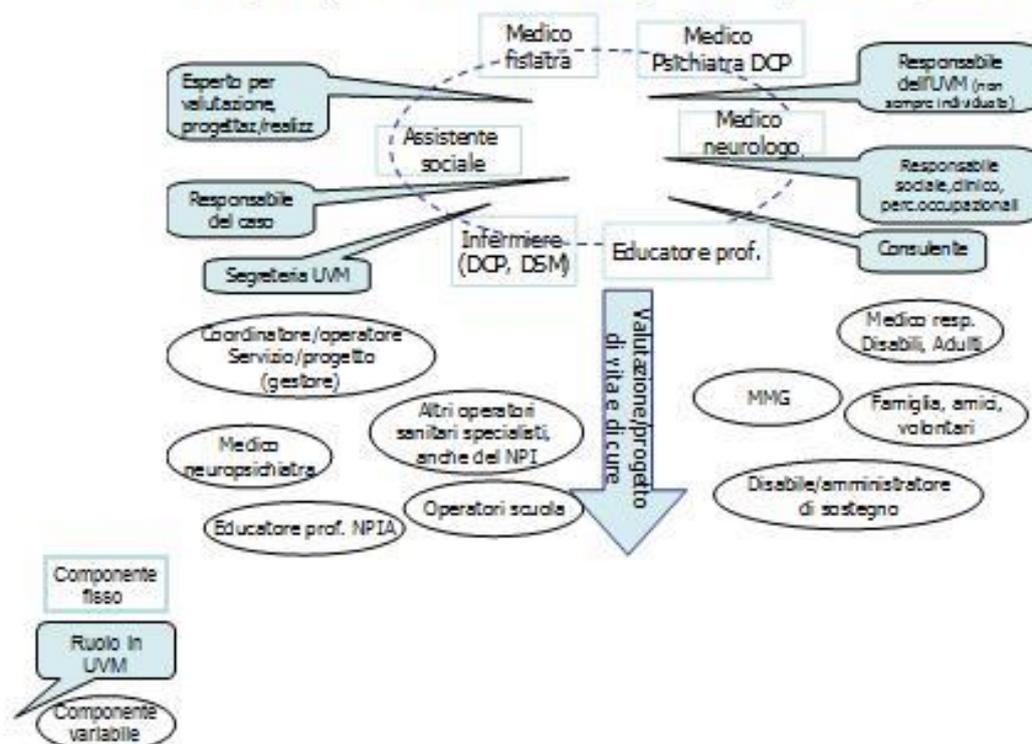
- Una certa **omogeneità** degli ambiti distrettuali per assetti organizzativi delle funzioni sociali (di programmazione e di gestione dei servizi, prevalentemente in forma associata) e per modalità di governo del FRNA



Dati di contesto/2

- **UVM/UVH differenziate** per composizione, potere decisionale, organizzazione interna
- Una specificità del territorio è **la presenza in UVM/UVH del disabile e dei suoi familiari**, in tempi diversificati rispetto al momento valutativo-progettuale gestito dai professionisti
- Responsabile del caso è spesso **l'assistente sociale, in alternanza con l'educatore professionale**

L'UVM per i disabili adulti - REGGIO EMILIA Le figure professionali, i ruoli operativi, i "prodotti" (20-04-13)



Dati di contesto/3

- Sono in uso diversi **documenti distrettuali per regolare il funzionamento** dell'UVM/UVH. In alcuni ambiti distrettuali sono in uso protocolli e procedure specifiche per organizzare **i passaggi minori**, con progetto longitudinale dai 14 ai 18/19 anni in cui è ben leggibile l'organizzazione integrata tra servizi sanitari, sociali e scolastici
- Per la conoscenza e analisi di bisogni e risorse della persona e della sua rete è in uso una **scheda utente** di ambito aziendale, che è stata adattata/semplificata nei diversi ambiti distrettuali (aggiornamento rispetto alla fase in cui è stata costruita)

Clima relazionale

- Clima attento e partecipativo, i componenti delle UVM sono per lo più seduti vicino
- Tutti stanno nel flusso centrale della comunicazione, nella discussione emerge un approccio relazionale paritario e rispettoso dei ruoli e delle competenze
- Interesse, curiosità verso gli altri, desiderio di confronto sulle prassi delle diverse UVM non sempre note
- La presenza dei coordinatori degli enti gestori è una peculiarità rispetto agli altri FG



Integrazione professionale: *una definizione del gruppo*

Nuove risposte
Nuove connessioni
Risposta a bisogno sempre più complesso
Risposte più adeguate

Agire per un obiettivo comune

Arricchimento
Opportunità
Apprendimento
Condivisione

Riflessività

Mettersi in gioco

Puzzle:
ognuno con il proprio pezzettino
è parte dell'immagine grande che è il pz

Nuova organizzazione
dei servizi
Modalità di lavoro
Nuova cultura professionale

Confronto
Ascolto
Capire l'altro
Dialettica

Presenza in carica globale
Facilitare utenti e familiari
in un percorso

Ragnatela: comunicazione
Fluida e chiarezza ruoli

Orientamento

Valore
Ansia
Fatica organizzativa e relazionale
Difficoltà a capire altri punti di vista



Contenuti emersi: *PRIMA: Costruzione identità e governance*

Cosa aiuta

- Ruolo chiaro dell'UVM: *non è solo un momento valutativo ma una tappa del percorso*
- Definizione chiara dei componenti fissi e di quelli variabili
- Definizione chiara del ruolo dell'utente e della sua famiglia
- Spazio, tempi e risorse dedicate – *"I grandi numeri aiutano"*

Cosa ostacola

- Non avere una segreteria organizzativa dedicata
- Separazione tra responsabilità operativa e gestione della risorsa economica
- Mancata co-costruzione e definizione degli strumenti di valutazione e del loro significato con i professionisti coinvolti

Contenuti emersi: *PRIMA: Costruzione identità e governance*

Cosa aiuta

- Regolamento/protocollo condiviso che definisca le modalità operative – *obbligo a sedersi intorno allo stesso tavolo*
- Percorsi formativi finalizzati alla creazione di un "linguaggio comune"
- Co-costruzione del percorso di integrazione da parte dei diversi servizi e professionisti, *non può essere imposta dall'alto*
- Definizione condivisa del percorso e del passaggio della presa in carico da disabili minori a adulti

Cosa ostacola

- Assenza MMG
- Tempi di attesa per i nuovi accessi medio-lunghi
- Assenza di un sistema informativo integrato
- Assenza di un momento di confronto sistematico a livello provinciale



Contenuti emersi: *PRIMA: Definizione oggetto di lavoro*

Cosa aiuta

- Analisi del caso da parte del RdC
- "Scheda utente" precompilata prima di riunirsi
- Incontri "non formali" tra i nodi della rete (prassi operativa) *per responsabilizzarli e creare alleanze*
- Buona rete di relazioni tra i nodi potenzialmente da coinvolgere
- Conoscere disponibilità risorse economiche

Cosa ostacola

- Pre-compilazione della "Scheda utente"
- Assenza di lavoro di "facilitazione" pre-UVM per i casi più "complessi", "multiproblematici", "non etichettabili"



Contenuti emersi: *DURANTE: Uso strumenti d'integrazione*



Cosa aiuta

- Validazione della "Scheda utente" – *uso congiunto, si è costretti a parlare la stessa lingua*
- Definizione di "chi" fa "cosa" attraverso il verbale
- Possibilità di inserire nella scheda-utente annotazioni/proposte varie, per contestualizzarla
- Conoscenza della disponibilità economica

Cosa ostacola

- Strumenti valutativi puramente numerici
- Scheda utente non aggiornata e non sempre adeguata ai nuovi bisogni, oppure non sempre condivisa nelle modalità di compilazione/nel significato
- Conoscenza della disponibilità nella rete dell'offerta può limitare la "creatività"

Contenuti emersi: *DURANTE: Uso strumenti d'integrazione*

Cosa aiuta

- Un potere "sopra" le parti che talvolta possa decidere
- Chiara definizione delle tempistiche e delle modalità di coinvolgimento dell'utente/famiglia
- Buona conoscenza dei nodi e delle risorse potenziali della rete
- Capacità di creare nuove connessioni e nuove risposte
Nelle realtà di dimensioni minori più facile - *ci si conosce tutti*

Cosa ostacola

- Un potere "sopra" le parti che talvolta possa decidere, rischia di svalutare ruolo UVM



Contenuti emersi: *DOPO: Sviluppo della rete (cura e manutenzione)*

Cosa aiuta

- Il verbale consente di avere sempre presente il Progetto e le responsabilità dei soggetti coinvolti
- Il verbale fa da "seme" per avviare e mantenere rapporti
- La relazione annuale di monitoraggio del PAI/PEI dell'ente gestore può essere un'opportunità per potenziare le relazioni di rete



*Il coordinatore UVM è
un supporto alla rete,
un facilitatore...*

Cosa ostacola

- Il follow up, il monitoraggio e le rivalutazioni del caso implicano un notevole carico lavorativo, potenzialmente soprattutto per RdC
- Assenza di un ruolo di coordinamento dell'UVM, anche in relazione a monitoraggio e raccordo con il lavoro dei diversi nodi
- Non chiara definizione del ruolo dei soggetti sulle diverse parti PEI/PAI e in fase di monitoraggio

*La fatica della
mediazione*

**Allegato B – SINTESI DELLE NORME REGIONALI SULL'INTEGRAZIONE
PROFESSIONALE NELL' AREA DISABILITA' ADULTI (aggiornamento al 2012)**

Evidenziate in giallo le parti del testo in cui si individuano strumenti e “dispositivi” organizzativi specifici per l'integrazione.

Legge/atto (dal 1997 al 2012)	Indicazioni e/o strumenti per l'integrazione professionale, con particolare riferimento agli interventi rivolti ai disabili adulti	Note
<p>LEGGE REG.le 21 agosto 1997, n. 29</p> <p>Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili</p> <p>Testo coordinato con le modifiche apportate da: L.R. 12 marzo 2003 n. 2</p>	<p>Titolo III INTERVENTI A SOSTEGNO DELL'AUTONOMIA</p> <p>Art. 8 Finalità e destinatari " 1. La Regione favorisce l'uguaglianza di opportunità, la permanenza nel proprio ambiente di vita e la maggiore autonomia possibile delle persone con disabilità tali da assumere la connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104.</p> <p>2. Ai fini di cui al comma 1, la Regione sostiene interventi, non finanziati da altre leggi nazionali o regionali vigenti, rivolti alla dotazione di ausili per la mobilità e l'autonomia, per la gestione dell'ambiente domestico e delle comunicazioni, intese sia dal punto di vista tecnico sia da quello relazionale.</p> <p>3. Gli interventi sono ammessi a finanziamento sulla base di un progetto personalizzato predisposto dai competenti servizi pubblici, sociali e sanitari, su richiesta ed in accordo con i cittadini interessati."</p> <p><i>(dal Report sull'attività dei Centri per l'informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico - anno 2012)</i> Presso tutti i Centri provinciali è presente un'équipe di carattere interdisciplinare e multiprofessionale composta da: operatori sociali, terapisti della riabilitazione o altri operatori sanitari con particolare esperienza nel settore degli ausili per la mobilità e la vita quotidiana, operatori amministrativi con funzioni di segreteria organizzativa, tecnici progettisti esperti sui temi dell'accessibilità e del superamento delle barriere architettoniche. Le équipe territoriali sono in grado di favorire, attraverso progetti di intervento personalizzati, l'individuazione di soluzioni per accrescere l'autonomia personale delle persone anziane e disabili, l'accessibilità e la fruibilità della loro abitazione privata.</p>	<p>La Regione Emilia-Romagna ha attivato in collaborazione con i Comuni capoluogo di Provincia, dei Centri specializzati nelle soluzioni per l'adattamento dell'ambiente domestico che forniscono informazioni e consulenza a persone anziane e disabili, a tutti coloro che hanno delle limitazioni nello svolgere le attività della vita quotidiana, alle loro famiglie, agli operatori dei servizi sociali e sanitari, ai tecnici progettisti del settore pubblico e privato.</p>
<p>D.G.R. 8 febbraio 1999, n. 124 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari"</p>	<p>La direttiva mira a riorganizzare a livello distrettuale il sistema delle cure domiciliari attraverso l'integrazione di competenze professionali diverse per realizzare progetti unitari in risposta ai bisogni di salute delle persone di qualsiasi età, che necessitano di assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile al loro domicilio e sostenibile dal nucleo familiare.</p> <p>Paragrafi Piano personalizzato di assistenza e Livelli di intensità assistenziale a domicilio</p> <p>La direttiva definisce le caratteristiche del nuovo approccio: a) valutazione multidimensionale dello stato funzionale, sulla base di griglie valutative omogenee e standardizzate; b) predisposizione piano personalizzato di assistenza; c) assistenza erogata da équipe multi professionale; d) organizzazione assistenziale e realizzazione del piano di cura, assicurati da un componente dell'équipe quale responsabile del caso che, in stretta collaborazione con il responsabile terapeutico, ne coordina gli interventi e ne verifica la coerenza alle diverse fasi del processo assistenziale. Questo approccio comporta un'attività multiprofessionale ad alta integrazione che richiede necessariamente un coordinamento di tipo organizzativo e di supporto, effettuato da un componente dell'équipe così come descritto nei tre livelli assistenziali (a bassa, a media, ad alta intensità sanitaria).</p> <p>Il coordinatore o responsabile del caso individuato, garantisce la realizzazione del piano di assistenza da parte dell'équipe curante che assume la presa in carico del paziente; concorda con il responsabile organizzativo le risorse necessarie; coordina il piano di interventi dell'équipe – assicurando quelli urgenti - secondo le modalità organizzative ed operative dei nuclei operativi di assistenza domiciliare di riferimento.</p> <p>Fondamentale inoltre è il ruolo dei familiari coinvolti è opportuno promuovere forme innovative di gestione assistenziale nel rapporto tra team assistenziale e familiari.</p>	

<p>D.G.R. 26 luglio 1999, n. 1378 "Direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati sociosanitari di cui all'art.20 L.R. 5/94"</p>	<p>Vengono affermati i principi della: a) globalità e multidimensionalità della valutazione; b) garanzia di prestazioni integrate adeguate; c) livelli diversi di intensità assistenziale rispetto ai bisogni. La Direttiva è stata successivamente modificata dai seguenti atti: - DGR 183/2003 "Integrazioni e modifiche DGR 1378/99" - DGR 378/2006 "Integrazioni e modifiche Delibere GR 1377/99 e 1378/99. Indicazioni per l'anno 2006" - DGR 1206/2007 "FRNA. Indirizzi attuativi della DGR 509/2007" - DGR 159/2009 "Integrazioni e modifiche Delibere GR.1377/99 e 1378/99. Indicazioni per l'anno 2009"</p>	<p>La direttiva viene qui citata anche se riferita agli anziani, in quanto alcuni principi e strumenti vengono in successivi atti estesi ai disabili adulti</p>
<p>D.G.R. 1 marzo 2000, n. 564 "Direttiva regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di aids, in attuazione della L.R. 12/10/1998, n. 34".</p>	<p>Parte Prima – Disposizioni generali - Per tutti i servizi e strutture regolamentati nella direttiva si fissano gli obblighi di: a) predisporre per ogni utente un piano di assistenza individualizzato, b) organizzare il lavoro prevedendo anche momenti di lavoro in équipe.</p>	
<p>D.G.R. 1 luglio 2002, n. 1122, "Direttiva per la formazione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave" (assegno di cura e di sostegno)</p>	<p>Finalità dell'intervento – Destinatari dell'assegno di cura sono persone in situazione di handicap grave e le famiglie con un componente in situazione di handicap grave che presenti una forte compromissione delle funzioni cognitive o totale dipendenza fisica. Per la prima fase di sperimentazione i criteri di priorità comprendono gli interventi a favore di adulti (19-64 anni) con disabilità gravi e gravissime non ancora presi in carico dai servizi territoriali, i nuclei familiari con più persone con handicap, e le persone disabili che vivono sole. Il contributo, alternativo al ricovero in strutture residenziali, integra e non sostituisce l'accesso ad altri servizi della rete. Il Progetto personalizzato per favorire il mantenimento della persona disabile al suo domicilio è predisposto dai Servizi territoriali competenti sulla base di una valutazione globale del bisogno, effettuata da un'équipe multiprofessionale, tramite strumenti tecnici. Per garantire un'adeguata attività di valutazione della situazione di bisogno, nonché l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal programma di assistenza individualizzato, il servizio competente individua il Responsabile del caso che di norma è membro e partecipa alle attività dell'équipe multiprofessionale. Tra gli altri compiti il RdC verifica la disponibilità della famiglia ad assicurare le attività sociosanitarie al domicilio, impegno successivamente definito con uno specifico accordo assistenziale.</p>	
<p>LEGGE REGIONALE 12 marzo 2003, n. 2 Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali Testo coordinato con le modifiche apportate da: L.R. 24 marzo 2004, n. 5 L.R. 22 dicembre 2005 n. 20 L.R. 22 dicembre 2009 n. 24 L.R. 23 dicembre 2010 n. 14 L.R. 22 dicembre 2011 n. 21 L.R. 21 dicembre 2012, n. 19</p>	<p>Art.5 Interventi e servizi del sistema locale dei servizi sociali a rete, c.4 "4. I servizi e gli interventi del sistema locale comprendono in particolare: a) consulenza e sostegno alle famiglie ed a chi assume compiti connessi al lavoro di cura ed alle responsabilità genitoriali, anche attraverso la disponibilità di servizi di sollievo; b) servizi ed interventi a sostegno della domiciliarità, rivolti a persone che non riescono, senza adeguati supporti, a provvedere autonomamente alle esigenze della vita quotidiana; c) accoglienza familiare di persone prive di adeguate reti familiari; d) servizi ed interventi residenziali e semiresidenziali volti all'accoglienza di persone i cui bisogni di cura, tutela ed educazione non possono trovare adeguata risposta al domicilio; e) servizi ed interventi volti ad affiancare, anche temporaneamente, le famiglie negli impegni e responsabilità di cura; j) interventi di sostegno all'inserimento e reinserimento lavorativo delle persone disabili ed in stato di svantaggio, anche in attuazione degli obiettivi della L.R. 25 febbraio 2000, n. 14 (Promozione dell'accesso al lavoro delle persone disabili e svantaggiate);" Art.7 Accesso al sistema locale dei servizi sociali a rete. Istituzione degli sportelli sociali, c.3 "Per bisogni complessi, che richiedono l'intervento di diversi servizi o soggetti, i competenti servizi attivano gli strumenti tecnici per la valutazione multidimensionale e per la predisposizione del programma assistenziale</p>	

	<p>individualizzato, compresi il progetto individuale per le persone disabili ed il progetto educativo individuale per i minori in difficoltà.”</p> <p>Art. 7 c.4. Al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dai programmi assistenziali individualizzati è indicato il responsabile del caso.</p> <p>Art.10 <i>Integrazione socio-sanitaria</i> , c.4 “ I Comuni e le Aziende unità sanitarie locali individuano, nell'ambito degli accordi di integrazione sociosanitaria, i modelli organizzativi e gestionali, fondati sull'integrazione professionale delle rispettive competenze, ed i relativi rapporti finanziari, in coerenza con le direttive di cui al comma 3.”</p> <p>Art. 17 <i>Deleghe alle Aziende unità sanitarie locali</i>, c.3 “Le Aziende unità sanitarie locali possono partecipare a forme di gestione di attività e servizi socio-sanitari, costituite dagli Enti locali come previsto dal Testo unico emanato con D.Lgs. n. 267 del 2000, al fine di migliorare l'integrazione professionale nei servizi e favorire semplificazioni gestionali.”</p> <p>Art. 34 <i>Attività di formazione</i>, c..1. “La formazione degli operatori costituisce strumento per la promozione della qualità ed efficacia degli interventi e dei servizi del sistema integrato, per l'integrazione professionale, nonché per lo sviluppo dell'innovazione organizzativa e gestionale”.</p>	
<p>D.G.R. 21 giugno 2004, n. 1161, “Criteri e modalità di accesso ai contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico a favore di persone con disabilità art. 9 e art. 10 LR 29/1997.” (integrata con DGR 2304/04)</p>	<p>Indicazioni attuative artt. 9 e 10 LR 29/1997, che riguardano interventi utilizzabili dai servizi sociali per la formulazione del progetto individuale (acquisto e adattamento di veicoli privati destinati a persone con disabilità; interventi per la permanenza nella propria abitazione, (strumentazioni, ausili, attrezzature, ad eccezione di quanto finanziabile con altre leggi regionali o nazionali, ad esempio l'abbattimento delle barriere)</p>	
<p>D.G.R. 18 ottobre 2004, n. 2068, “Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni”.</p>	<p>La Direttiva intende definire specifici sistemi di coordinamento ed integrazione tra i servizi di riabilitazione e i servizi territoriali del Dipartimento delle Cure Primarie e dei Comuni, per realizzare assistenza integrata alle persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta (gravissime cerebrolesioni, gravissime mielolesioni, gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata). L'approccio metodologico definito è di riferimento per costruire percorsi integrati della rete dei servizi per tutte le persone che presentano disabilità di grado lieve/grave. I principi e le scelte strategiche di riferimento sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ sapere che bisogni eterogenei non si esauriscono con interventi sociosanitari e che comunque richiedono interventi di diversa natura ed intensità assistenziale, costruiti con attenzione costante al mondo vitale delle persone colpite da disabilità e dei loro cari ➤ essere attenti all'intero progetto di vita, e avere visione unitaria dei bisogni della persona ➤ avere rispetto della volontà e delle scelte della persona ➤ riconoscere la famiglia come soggetto autonomo, con il quale stabilire un'alleanza terapeutica rispettosa delle volontà e delle autonomie. Occorre inoltre dare supporto alla famiglia in modo costante nel tempo e con servizi diversificati. ➤ valorizzare e sostenere il ruolo anche delle reti informali di solidarietà e del Terzo settore. <p>Gli strumenti attuativi delle scelte sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ piano personalizzato di assistenza, dopo le fasi acuta e post-acuta, per la riabilitazione, assistenza e la partecipazione attiva alla vita sociale. Nel caso di soluzione domiciliare, il piano deve comprendere anche uno specifico piano di aiuto ai famigliari che assistono la persona con disabilità. ➤ valutazione multidimensionale, comprendente la diagnosi funzionale ➤ équipe multiprofessionale per assicurare continuità dalla fase riabilitativa alla fase degli esiti. In particolare in ogni ambito aziendale devono essere definite specifiche modalità di coordinamento tra le 	

Unità di riabilitazione ospedaliera e/o territoriali, il Dipartimento Cure primarie, i servizi sociali dei Comuni. A tal fine, le Aziende USL e i Comuni, sulla base di uno specifico accordo, individuano una **équipe multiprofessionale**, di ambito aziendale, composta da referenti delle unità operative riabilitative (spoke aziendale), da operatori sanitari del Dipartimento di Cure Primarie e da operatori dei Servizi Sociali dei Comuni della zona sociale e del Distretto di riferimento di ogni paziente con gravissima disabilità. Il coordinamento operativo dell'équipe è assicurato a livello aziendale. L'équipe ha compiti di individuazione del Responsabile del caso, valutazione del bisogno assistenziale, predisposizione Piano personalizzato, valutazione della congruenza dei progetti assistenziali e dei sostegni economici, per individuare criteri uniformi di elegibilità dei pazienti.

- "gestore del progetto terapeutico-riabilitativo-assistenziale" o **responsabile del caso**, in grado di garantire il collegamento tra il paziente la sua famiglia e i diversi servizi. Tale figura ha, infatti, la funzione di assicurare la razionalità del percorso tendendo a semplificarne le procedure, migliorare l'adesione al progetto di cura e l'incisività delle prescrizioni mantenendo **livelli di alta ed efficiente cooperazione tra i diversi professionisti**. E' opportuno individuare tale funzione tra gli operatori sociali e quelli sanitari, di norma a livello dell'équipe multiprofessionale, e formalizzarla, favorendo così l'appropriatezza e la personalizzazione delle risposte sanitarie e sociali, fornendo i necessari collegamenti e supporti alle diverse équipe che entrano nel percorso assistenziale, attivando le reti informali e permettendo così una reale presa in carico dei pazienti con gravissime cerebrolesioni e delle loro famiglie.

Il programma di **assistenza domiciliare integrata** (medica, infermieristica, fisioterapica, di base) è uno degli strumenti attivabili dall'équipe assistenziale multiprofessionale che possono consentire la permanenza al domicilio di una persona, anche in situazione di totale non autosufficienza, insieme all'assistenza protesica, all'assistenza psicologica e all'assegno di cura e di sostegno **(punto 3.1)**.

L'erogazione di tali prestazioni richiede **una forte integrazione professionale, l'individuazione di precise responsabilità organizzative, nonché la definizione di livelli qualitativi e quantitativi di offerta assistenziale appropriati al livello di autosufficienza della persona, all'ambiente domestico, alla rete familiare ed informale, nonché alla struttura delle relazioni**. Occorre infine prevedere interventi a sostegno del lavoro di cura dei familiari, quali ad esempio ricoveri di sollievo presso strutture residenziali per periodi temporanei, nonché servizi di emergenza e percorsi facilitati con le strutture sanitarie. Tra tali interventi è da ricomprendere anche il ruolo di mediazione e supporto svolto dal responsabile del caso.

Tutte le componenti professionali dell'équipe assistenziale devono aver chiaro quali sono le risorse familiari, i punti di forza della famiglia, i punti di debolezza cui porre attenzione e dare supporto e sostegno quando necessario. È quindi **fondamentale la presenza, nell'équipe assistenziale, accanto al medico di famiglia, all'infermiere, al fisiatra e al terapeuta della riabilitazione, l'inserimento di altre figure professionali come lo psicologo e l'assistente sociale**.

Gli altri interventi e servizi previsti dalla direttiva sono: - gli assegni di cura e di sostegno, con la previsione di un terzo livello di contribuzione, ulteriore ai due della DGR 1122/2002, con precisi requisiti d'accesso **(punto 3.2)**; - l'assistenza protesica, con la costruzione di una stretta relazione tra ausilio, programma terapeutico, e tra operatori/paziente e famiglia **(punto 3.3)**; - il sostegno del lavoro di cura dei familiari, nella consapevolezza che **la famiglia è l'unico interlocutore dell'équipe assistenziale ed entra perciò a pieno titolo nel processo assistenziale come componente dell'équipe curante**: ruolo di mediazione e supporto del RdC, ricoveri di sollievo, segretariato sociale e consulenza professionale, assegno di cura, percorsi di accertamento unificati e semplificati, ricovero a tempo indeterminato in strutture residenziali per anziani o disabili (con l'individuazione specifica di strutture, o di nuclei/moduli) **(punti 3.4 e 4.)**; - interventi per l'adattamento dell'ambiente domestico, **previa attivazione dell'équipe multiprofessionale per favorire la fruizione dei servizi e delle informazioni dei Centri di informazione e consulenza LR 29/1997 (punto 3.5)**.

<p>LEGGE REGIONALE 1 agosto 2005, n. 17</p> <p>Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro</p>	<p>SEZIONE III POLITICHE PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ</p> <p>Art. 17 <i>Promozione dell'integrazione lavorativa delle persone con disabilità</i> c.1. La Regione e le Province, nell'ambito delle rispettive competenze, promuovono e sostengono, nel rispetto delle scelte dei singoli destinatari, l'inserimento e la stabilizzazione nel lavoro dipendente delle persone con disabilità, nonché l'avviamento ed il consolidamento di attività autonome da parte degli stessi, attraverso azioni di avvio al lavoro, primo inserimento e di accompagnamento ad una positiva e stabile integrazione nell'ambiente di lavoro anche in forma autoimprenditoriale.</p> <p>2. A tale fine le programmazioni regionale e provinciali sono attuate nel rispetto dei seguenti principi e metodologie:</p> <p>a) partecipazione attiva dei destinatari degli interventi, con il coinvolgimento, anche attraverso accordi di programma territoriali, delle loro famiglie, delle associazioni rappresentative dei loro interessi, delle parti sociali, delle istituzioni, ivi comprese quelle del sistema educativo, delle cooperative sociali operanti in materia di integrazione lavorativa delle persone con disabilità e dei loro consorzi; b) integrazione fra attività formative, misure di accompagnamento e tutoraggio, nonché azioni di politica attiva per il lavoro; c) integrazione fra le attività di cui alla lettera b) ed i servizi sociali e sanitari, al fine di realizzare, con un progetto unitario, forme di sostegno personalizzato, anche mediante l'utilizzo coordinato degli strumenti del collocamento mirato, degli strumenti della legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), fra i quali, in particolare, i piani di zona previsti all'articolo 29 della stessa legge.</p> <p>3. La Giunta regionale, al fine di consentire pari opportunità sul territorio regionale nella fruizione da parte delle persone con disabilità dei servizi per l'integrazione lavorativa, definisce:</p> <p>a) criteri generali e requisiti delle convenzioni per l'inserimento delle persone con disabilità; b) criteri per la formazione degli elenchi e delle graduatorie delle persone con disabilità; c) criteri per la concessione di agevolazioni ed incentivi ai datori di lavoro, nonché per la concessione ai lavoratori con disabilità impegnati in attività autonome degli assegni di servizio e formativi di cui alla sezione I e di contributi per l'adeguamento dei posti di lavoro, tenendo conto delle specifiche peculiarità organizzative delle piccole e medie imprese; d) le modalità di pagamento, riscossione e versamento di esoneri e sanzioni al fondo di cui all'articolo 19.</p> <p>4. La Regione esercita, con il supporto delle Province, anche in collaborazione con le associazioni delle persone con disabilità comparativamente più rappresentative, nonché con le loro federazioni, funzioni di osservatorio degli interventi di integrazione al lavoro delle persone con disabilità e delle azioni attuate ai sensi della presente legge e ne mette a disposizione i risultati, anche al fine di realizzare la conferenza di cui all'articolo 18, comma 2."</p>	
<p>D.G.R. 30 luglio 2007, n. 1206, "Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della deliberazione G.R. 509/2007".</p>	<p>Allegato 2 Modifiche e integrazioni DGR 1378/99</p> <p>A sostegno della domiciliarità per le persone non autosufficienti, disabili e/o anziane, i servizi territoriali devono usare il nuovo strumento del Progetto di vita e di cure, che può comprendere interventi diversi (in caso di assistenza protesica, previsione di percorsi sociosanitari integrati tra servizi territoriali per la valutazione/accesso, servizi sociali dei Comuni e Dipartimenti Cure primarie-cfr.DGR 1599/2011). Per accedere agli interventi è necessaria la valutazione multidimensionale del Servizio territoriale per disabili sulla base della certificazione di handicap con connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'art. 3 della Legge 104/92 e della equipe multiprofessionale interistituzionale distrettuale prevista dalla DGR 2068/2004 sulla base dei criteri e delle condizioni ivi indicati per le gravissime disabilità acquisite.</p> <p>Il soggetto territoriale responsabile su base distrettuale della attuazione del programma del FRNA definisce il budget ed assegna le risorse alle Unità responsabili delle diverse aree di intervento (ad esempio SAA per gli anziani, etc.);</p> <p>L'Unità responsabile delle diverse aree di intervento (ad esempio SAA per gli anziani, etc.) assicura</p>	<p>Legge 104/92 comma 3 dell'art. 3 "Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di</p>

	<p>l'accesso, la prima valutazione, la presa in carico complessiva, il controllo e la valutazione degli interventi attraverso gli strumenti tecnici per la valutazione (ad esempio UVGT, UVM, etc.) e i responsabili del caso e:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ elabora, in accordo con le scelte delle persone e dei familiari, la proposta di Progetto individualizzato di vita e di cure, ne valuta la compatibilità con le risorse assegnate e l'impatto per l'intero anno dei progetti individualizzati per il mantenimento a domicilio già finanziati e ne autorizza l'attuazione; ➤ assicura la costante verifica del budget assegnato, monitorando costantemente l'utilizzo delle risorse rispetto ai programmi autorizzati, ➤ valuta ed autorizza modifiche ai Progetti che comportino un aumento delle risorse destinate complessivamente al singolo progetto; ➤ assicura un costante rapporto di collaborazione con i soggetti gestori dei servizi e degli interventi. <p>Il servizio di assistenza domiciliare può consistere in una presa in carico solo come consulenza e tutoring, oppure complessiva con svolgimento delle prestazioni socioassistenziali o di queste integrate con quelle sanitarie. Gli obiettivi specifici di tale servizio sono perseguiti con l'erogazione di diverse tipologie di prestazioni, fornite in modo integrato tra professionisti e discipline differenti ed assicurando comunque il coordinamento e l'integrazione organizzativa tra Comuni ed Ausl. Il servizio di assistenza domiciliare sociale (SAD) deve ...</p> <ul style="list-style-type: none"> - assicurare forme strutturate di collaborazione con il Dipartimento di Cure primarie. A tal fine sono definiti congiuntamente sulla base dell'ambito distrettuale protocolli e percorsi assistenziali per la valutazione, la presa in carico, favorendo una organizzazione del servizio di assistenza domiciliare con sub articolazione operativa coincidente con gli ambiti di intervento dei Nuclei di cure primarie; - assicurare la predisposizione di un piano assistenziale individualizzato integrato comprensivo di indicazioni relative ai tempi (sincronia, complementarità, frequenze, grado complessivo di copertura giornaliera/settimanale), alla intensità (professionalità, attività, modalità di erogazione, verifiche). Tale programma dovrà essere unico e integrato nel caso di contemporaneo intervento socio-assistenziale e sanitario. In tal caso deve anche: - essere identificato un unico responsabile operativo del PAI che assicuri la conformità delle attività al programma assistenziale e la comunicazione con la famiglia; - essere documentata l'attività in un'unica cartella socio-sanitaria; - essere assicurato il debito informativo nei confronti dell'Ufficio di Piano e dell'AUSL e della Regione; - essere assicurato il monitoraggio dell'attuazione del programma assistenziale individualizzato, la rivalutazione e l'aggiornamento dello stesso; - essere assicurata la collaborazione e l'integrazione per gli interventi previsti dal programma dimissioni protette, le cui modalità sono definite a livello di ambito distrettuale tra Comuni ed AUSL. <p>Allegato 5 - Contributi FRNA finalizzati ad interventi di adattamento dell'ambiente domestico</p> <p>La eventuale concessione di contributi è un'ulteriore opportunità da inserire nell'ambito del programma personalizzato a favore della persona non autosufficiente che viene attivato dai servizi territoriali, quando dalla valutazione multidimensionale emergono problemi legati alla condizione dell'abitazione per una adeguata e confortevole vita a domicilio (accessibilità, libertà di movimento e di autogestione, attività di assistenza e cura).</p> <p>I contributi pertanto non vengono concessi in base a domanda specifica, ma sono uno degli interventi prevedibili e finanziabili, se ricorrono le condizioni soggettive di cui all'allegato A, nell'ambito del "pacchetto personalizzato" di interventi per sostenere il mantenimento a domicilio e rappresentano uno degli interventi utilizzabili dai servizi sociosanitari territoriali nella predisposizione del programma assistenziale individualizzato (PAI), compreso il progetto individuale per le persone disabili di cui all'articolo 7, comma 3,</p>	<p>gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici."</p>
--	--	---

della L.R. 2/03. **Allegato A all'all.5:** Sono finanziabili le seguenti tipologie di intervento:

- Ogni intervento, inserito nel Piano assistenziale individuale (PAI), di tipo strutturale o che preveda utilizzo di attrezzature, dispositivi e ausili per migliorare l'accessibilità e la mobilità e/o l'attività di cura praticata all'interno dell'ambiente domestico,
- Interventi per l'accessibilità interna ed esterna di tipo non strutturale e di ridotta entità (non superiori a 8.000 euro).

Per accedere a tali contributi i cittadini debbono essere valutati come non autosufficienti dai servizi socio-sanitari territoriali. La valutazione di non autosufficienza, in attesa di definizioni operative più precise in merito alla gestione generale del FRNA viene certificata nel seguente modo:

- per i cittadini disabili: certificazione di handicap con connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/92, rilasciata ai sensi dell'articolo 4 della medesima legge nazionale;....

Specifiche indicazioni prevedono la non sovrapposizione di benefici allo stesso destinatario per interventi analoghi oggetto di altre leggi regionali o nazionali (LR 29/1997, Legge 13/1989, DM 332/1999).

Allegato 6 - Criteri per il finanziamento dell'assistenza residenziale per le persone con gravissima disabilità acquisite (DGR 2068/2004)

Con la DGR 2125/2005 sono state approvate le linee guida per l'organizzazione della rete integrata regionale di strutture, presidi e servizi riabilitativi per le persone affette da Gravi Cerebrolesioni Acquisite (progetto GRACER): in particolare sono state definite le strutture riabilitative in grado di garantire un percorso assistenziale integrato per il paziente con grave cerebrolesione acquisita sia nella fase acuta che nella fase post-acuta. Per quanto riguarda la fase degli esiti e della gestione territoriale le indicazioni della DGR 2125/2005 vanno coordinate ed integrate con lo sviluppo e l'attuazione di quanto previsto dalla DGR 2068/2004.

Si è avviato un processo di coordinamento per le mielolesioni e per alcune patologie neurologiche involutive in fase avanzata, tenendo conto della specificità delle disabilità gravissime conseguenti a patologie non legate ad un evento ma ad un processo degenerativo-involutivo. La conclusione di questo percorso dovrà consentire di disporre anche per questi due gruppi di patologie di chiari percorsi assistenziali.

Alla conclusione del progetto riabilitativo in fase post-acuta, sia con interventi di tipo intensivo che estensivo (lungodegenza), il sostegno al ritorno ed al mantenimento a domicilio rappresenta la scelta privilegiata, da attuare attraverso una corretta dimissione protetta che garantisca la continuità assistenziale.

Se ciò non risulta possibile, o per la incompatibilità delle disabilità con un'assistenza a domicilio o per l'assenza di una situazione familiare, personale o ambientale in grado di garantire il ritorno al domicilio, il piano personalizzato di assistenza può prevedere la permanenza in strutture residenziali (l'onere, pari a max € 160/giorno, è finanziato per un 55% a carico Fondo sanitario e 55% a carico FRNA).

E' necessario che gli operatori coinvolti nel progetto GRACER, ed in particolare quelli che operano negli SPOKE Territoriali, deputati alla gestione dei percorsi di deospedalizzazione e reinserimento, definiscano relazioni funzionali e modalità di integrazione con queste strutture tali da consentirne l'utilizzo adeguato e tempestivo.

Prospettive Entro la fine del 2007 la Regione individua i criteri e standard e tariffe per le soluzioni residenziali per le gravissime disabilità acquisite, accompagnando questo percorso attraverso:

- l'organizzazione di un percorso formativo di accompagnamento all'adozione dei criteri e standard regionali rivolto ai professionisti ed agli operatori dei nuclei, alle figure di governo del sistema ed ai professionisti delle equipe multiprofessionali distrettuali;

	- la definizione di uno schema minimo regionale di cartella socio-sanitaria unitaria ed avvio di un sistema informativo specifico.	
LEGGE REGIONALE 19 febbraio 2008, n.4 Disciplina degli accertamenti della disabilità - ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale Testo coordinato con le modifiche apportate da: L.R. 23 dicembre 2010 n. 14 L.R. 22 dicembre 2011 n. 21	Titolo I Disciplina degli accertamenti per il riconoscimento della disabilità- Art. 1 Oggetto e finalità, c.3. "Ai fini del presente Titolo, per disabilità si intende lo stato di invalidità, cecità e sordità civili, la condizione di handicap di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), la condizione per il collocamento mirato al lavoro, ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili) e la condizione per l'integrazione scolastica, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 febbraio 2006, n. 185 (Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289). Art. 3 Commissione di accertamento, c.1. "L'esercizio delle funzioni di accertamento e di valutazione dello stato di disabilità è svolto dalle Aziende Usl del SSR, attraverso apposite commissioni costituite con provvedimento del Direttore generale, che devono rappresentare le diverse professionalità, al fine di esprimere una adeguata valutazione dei bisogni sociosanitari derivanti dalla disabilità."	NB Una successiva legge dello Stato (art.20 L.102/2009) ha integrato con un medico dell'INPS le Commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali di cui all'art.4 legge 104/1992. E' da verificare se e come il Titolo I della LR 4/2008 sia stato modificato da successivi provvedimenti dello Stato che hanno ridimensionato il processo di decentramento e di semplificazione intrapreso.
Delibera Assemblea legislativa 22 maggio 2008, n.175 "Piano sociale e sanitario 2008-2010"	Parte Prima – Cap. 1, L'integrazione sociosanitaria Per perseguire l'integrazione è necessario che le persone e le famiglie abbiano un unico interlocutore di riferimento (il responsabile del caso), che opera nell'ambito di un gruppo multiprofessionale in una logica di erogazione unitaria e coordinata. Par. 1.1 Le forme della integrazione socio-sanitaria L'integrazione socio-sanitaria qualificata come un valore primario e, al contempo, obiettivo strategico del sistema regionale di welfare, deve essere perseguita a livello istituzionale, comunitario, gestionale e professionale, secondo specifiche modalità di promozione, attuazione e sviluppo. Tali modalità sono in parte già individuate dal Piano e saranno previste dalle disposizioni regionali che ne accompagneranno la realizzazione. Par. 1.1 lettera c) L'integrazione gestionale Si realizza attraverso l'interazione dei soggetti istituzionali presenti in ambito distrettuale che si coordinano per realizzare la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse, e che assicurano la costituzione e la regolazione del funzionamento delle reti dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali. Obiettivo del PSSR è di assicurare, nell'arco del triennio, a tutti i cittadini della regione: - il diritto all'accesso alla rete dei servizi e delle prestazioni sociali e socio-sanitarie; - il diritto all'informazione e alla presa in carico; - il diritto, nell'ambito della regolazione del sistema integrato e delle risorse finanziarie che lo sostengono, ad un piano assistenziale individuale appropriato. Per il perseguimento di tale obiettivo è essenziale: 1) la definizione di un sistema unificato di accesso ai servizi ed agli interventi, che preveda criteri e modalità comuni. Questo richiede in particolare: a) la connessione tra gli sportelli sociali e gli sportelli distrettuali al fine di assicurare ai cittadini adeguata informazione ed orientamento ai servizi sociali e sanitari da entrambi gli accessi; la predisposizione, su base distrettuale, di percorsi integrati ed unificati per usufruire dei vari servizi di rete, anche tramite la definizione condivisa di procedure specifiche; b) la costituzione di strutture professionali integrate tra AUSL e Comuni, per la definizione dei progetti assistenziali a partire dalla valutazione dei bisogni e della domanda. Tali strutture operano su base	

distrettuale, ed assumono i caratteri di una équipe interprofessionale (unità di valutazione multiprofessionale) la cui composizione può variare in ragione delle competenze professionali richieste dalle caratteristiche dell'area assistenziale cui la rete afferisce. La funzione di valutazione e di progettazione svolta dall'équipe viene esercitata avvalendosi di strumenti di valutazione multimodale periodicamente rivisti e corretti in rapporto alla evoluzione scientifica delle metodologie valutative e della esperienza maturata a seguito della loro applicazione.

2) La strutturazione del processo che, garantendo modalità di scambio di informazioni fra servizi renda più facilmente realizzabile la "continuità assistenziale".

3) La ri-programmazione periodica (annuale e poliennale) all'interno dei vari processi della pianificazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Par. 1.1 lettera d) L'integrazione professionale

Realizza condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie e sociali) sia attraverso la costituzione di équipes multiprofessionali, sia mediante l'erogazione congiunta di attività assistenziali ordinariamente afferenti a servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. L'integrazione professionale realizza le condizioni che garantiscono il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, frutto della coordinata strutturazione di uno o più approcci assistenziali secondo un processo che si compone di tre fasi fondamentali:

- la fase della presa in carico;
- la fase della progettazione individualizzata;
- la fase della valutazione.

L'integrazione professionale rappresenta anche l'opportunità per una partecipazione più motivata, consentendo agli operatori di rilevare il valore di ogni specifico apporto ed offrendo maggiore consapevolezza circa i processi di attività.

L'integrazione professionale richiede tre condizioni di supporto:

- la partecipazione delle figure professionali alla definizione delle linee organizzative e programmatiche dei servizi, in relazione alla specifica competenza ed in funzione della realizzazione di processi di intervento condivisi, coerenti e qualificati. Infatti, un clima organizzativo che facilita il confronto interprofessionale e interpersonale, centrato sul miglioramento continuo della qualità dei servizi in relazione ai bisogni delle persone che vi ricorrono, consente di incrementare le interconnessioni e la possibilità di gestione condivisa delle responsabilità.
- La predisposizione di un sistema informativo per la raccolta dei dati di attività e la registrazione delle variazioni nello status del bisogno, indispensabili per progettare e valutare i singoli processi assistenziali.
- La realizzazione di moduli formativi comuni cui partecipino operatori sanitari e sociali, appartenenti sia ai servizi dell'AUSL che a quelli degli Enti locali e che coinvolgano tanto il sistema dei produttori pubblici che quello dei produttori privati, profit e non profit.

Parte Prima – Cap. 3, La programmazione integrata

Par. 3.1.2 I contenuti tecnici ed organizzativi della programmazione in ambito socio-sanitario.

All'interno dell'ambito di programmazione sopra indicato e dei contenuti programmatori afferenti alle attività e ai servizi socio-sanitari e sociali, trovano debita collocazione le forme della integrazione sociosanitaria.

Tutti gli aspetti che connotano le condizioni di esercizio dell'integrazione gestionale e professionale devono trovare corrispondenza nei contenuti della programmazione locale. In particolare la integrazione gestionale, comprende:

	<ul style="list-style-type: none"> - il dimensionamento quantitativo e la dislocazione territoriale dei servizi che costituiscono "nodi" di rete. Premessa questa, del resto, necessaria per consentire l'esplicarsi del percorso di accreditamento; - la predisposizione dei protocolli cui è demandato il compito di precisare concretamente le condizioni operative necessarie per assicurare la gestione unitaria dei servizi al cui interno convivono fattori produttivi (personale, beni, servizi..) di natura sia sanitaria che sociale; - la individuazione degli elementi costitutivi (i "soggetti" attori, le modalità operative; le risorse impiegate; l'output) propri di ognuna delle fasi che si considerano come indispensabili per dare struttura formale al "processo di continuità della assistenza"; - le configurazioni operative da codificare allo scopo di assicurare certezza e trasparenza alle condizioni di accesso e alle modalità di funzionamento delle "unità di valutazione multiprofessionale"; <p>Parte Terza – Cap. 5 Persone con disabilità</p> <p>Le politiche regionali per l'integrazione sociale delle persone con disabilità sono finalizzate alla costruzione di un sistema di servizi ed interventi capace di fornire risposte ai bisogni della persona in termini unitari, globali, integrati e flessibili, non solo bisogni assistenziali primari ma di autonomia, indipendenza, piena ed effettiva partecipazione e inclusione all'interno della società.</p> <p>Tra gli obiettivi strategici per la costruzione di un sistema così caratterizzato, il Piano cita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Sviluppare e qualificare l'organizzazione della rete dei servizi sociosanitari" - "Promuovere la qualità e l'integrazione tecnico-professionale" <p>Per il primo obiettivo è decisiva la costituzione di strutture multiprofessionali sociali e sanitarie integrate che assicurino la continuità della presa in carico e l'affiancamento della famiglia e della persona con disabilità nel percorso di vita, con una chiara definizione della figura responsabile di riferimento; sul versante dell'accesso e presa in carico deve essere affrontato il tema della sperimentazione e definizione di strumenti condivisi per la valutazione dei bisogni, nonché la definizione di percorsi personalizzati in relazione alle diverse tipologie di deficit e livelli di gravità.</p> <p>Per il secondo obiettivo è rilevante la specializzazione tecnico professionale sulle specifiche tipologie di deficit e disabilità. Devono essere garantiti percorsi ad integrazione sociosanitaria dedicati a specifici deficit o disabilità, anche attraverso l'adozione di strumenti tecnici di diagnosi e valutazione (quali ICD-10 e ICF), e di linee guida ed indirizzi regionali, così come è già stato fatto per l'autismo, le gravi cerebrolesioni e le disabilità acquisite.</p> <p>Perciò devono essere avviate specifiche iniziative di formazione e aggiornamento per gli operatori sociali, per promuovere e garantire nel settore sociale competenze specifiche sulla disabilità, e sulle specifiche tipologie di risposte ai bisogni delle diverse fasce di età (prima infanzia, bambini, adolescenti, giovani, adulti, anziani), anche attraverso forme adeguate di gestione di ambito distrettuale, per poter così meglio dialogare con i servizi sanitari (NPJA, DSM, servizi di riabilitazione, cure primarie) ove, in prevalenza, sono già definiti i requisiti specifici di accreditamento e gli standard locali dei principali processi clinico-assistenziali (prodotti).</p>	
<p>D.G.R. 11 giugno 2008, n.840 "Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR 2068/04".</p>	<p>Destinatari degli interventi della DGR 2068 sono persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta, dopo la conclusione del percorso ospedaliero. Obiettivi strategici sono la garanzia di programmi a lungo termine (continuità assistenziale) e la scelta del domicilio come luogo privilegiato di vita e di cure.</p> <p>Soltanto qualora ciò non sia possibile l'accoglienza in strutture residenziali rappresenta una opportunità da prendere in considerazione.</p> <p>Questa direttiva definisce i requisiti tecnici, strutturali, organizzativi e tariffari per le soluzioni residenziali previste dalla DGR 2068/2004, in attesa degli ulteriori provvedimenti in materia di accreditamento. Inoltre amplia la platea dei destinatari degli interventi della 2068 ai minori in condizioni analoghe o che comunque</p>	<p>Sono individuati indicatori per la verifica degli obiettivi degli interventi, per i gestori di strutture/nuclei residenziali (pag. 20 dell'Allegato 1)</p>

richiedono assistenza continua sulle 24 ore e sono impossibilitati a seguire i percorsi scolastici, ed estende il contributo di € 160 aggiuntivo all'assegno di cura (previsto a certe condizioni solo per gli anziani non autosufficienti dalla DGR 1206/07), alle persone disabili beneficiarie degli interventi della DGR 1122/02 e della 2068/04.

Infine conferma l'indicazione della 2068 di una dotazione di offerta residenziale dedicata alla disabilità acquisita in età adulta, di 4/5 posti ogni 100.000 abitanti, da adeguare a fronte di situazioni specifiche, precisando altresì che tali posti non sono da considerare ai fini del raggiungimento dei limiti minimi di offerta della rete dei servizi per anziani e prevedono una programmazione distinta da quella dei servizi socio-riabilitativi per disabili gravi.

Ribadendo i destinatari della 2068 (disabilità conseguenti a gravissime cerebrolesioni, a gravissime mielolesioni, a gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata), sottolinea che la condizione di completa limitazione delle attività funzionali e di totale non autosufficienza e dipendenza assistenziale va accertata **con una valutazione funzionale omogenea** (strumento di valutazione Indice di Barthel adattato).

Sino alla definizione di un percorso assistenziale globale (in part. Fase acuta e post-acuta) anche per mielolesioni e patologie neurologiche involutive in fase avanzata, **il gruppo di coordinamento aziendale e le équipe multiprofessionali interistituzionali distrettuali rappresentano il punto di riferimento e di connessione tra la fase acuta e post acuta, e la fase degli esiti e l'inserimento nella rete territoriale**, individuando per ciascun caso soluzioni di sostegno al rientro al domicilio o inserimenti residenziali (strutture dedicate o nuclei dedicati o inserimenti individuali). L'accesso alle soluzioni residenziali è previsto anche dal domicilio a seguito della modifica delle situazioni, o per ricoveri di sollievo.

L'accesso alle soluzioni residenziali, anche di sollievo, è disposto dall'équipe multiprofessionale del distretto di residenza del disabile, in collegamento con il gruppo di coordinamento di livello aziendale, sulla base del piano personalizzato di assistenza, tenendo conto delle condizioni del disabile, delle competenze specifiche delle strutture residenziali e delle opzioni dei familiari. **In ogni caso prima di ogni inserimento è da prevedersi uno scambio di informazioni ed un coordinamento tra l'équipe multiprofessionale distrettuale e la direzione ed i professionisti della struttura accogliente al fine di garantire la massima congruità tra le necessità bio-psico-sociali e funzionali del disabile come evidenziate nel Piano personalizzato di assistenza e la capacità/organizzazione della struttura per assolverle appieno.**

Criteri di esclusione - A tal fine si ritiene utile precisare che le équipe multiprofessionali, in considerazione delle finalità e dell'organizzazione delle soluzioni residenziali per gravissime disabilità acquisite, debbono valutare attentamente anche la non esistenza di condizioni specifiche che consentono l'inserimento residenziale.

Elementi strategici nella definizione della "filosofia" (mission) che deve ispirare le nuove opportunità residenziali sono rappresentati da:

- **gestione centrata sui bisogni della persona e su un approccio globale, allargato ai familiari, superando il rischio di una gestione puramente "biologica", in particolare dei pazienti in stato vegetativo**
- **continuità dei percorsi assistenziali attraverso un costante raccordo con l'équipe multiprofessionale distrettuale**
- **condivisione da parte di tutto il team assistenziale che lavorerà in queste strutture di un orientamento generale alla stimolazione**
- **creare condizioni sociali ed ambientali finalizzate al mantenimento delle relazioni con l'ambiente sociale di provenienza e favorire l'integrazione sociale nel nuovo contesto residenziale anche attraverso la possibilità di uscire all'esterno della residenza e di promuovere relazioni sociali finalizzate anche alla**

	<p>diffusione di una corretta conoscenza ed immagine sociale di queste soluzioni residenziali.</p> <p>Nella valutazione dei bisogni della persona il riferimento è a tre aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un'area relativa alle funzioni vitali, legata ad interventi di tipo prevalentemente sanitario; - un'area relativa alle funzioni di cura e accudimento; - un'area psico-sociale e relazionale, da riferirsi non solo al paziente, ma anche ai suoi familiari e agli operatori, che spesso in questi casi vivono un coinvolgimento emotivo forte. <p>Abilità e capacità dei soggetti gestori –</p> <p>I soggetti che si impegnano a garantire adeguate soluzioni residenziali, in strutture dedicate, in nuclei o tramite inserimenti individuali, in ogni caso debbono garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - che in ogni intervento sia assicurata una particolare attenzione alla personalizzazione, alla privacy e alla dignità della persona ed al rispetto delle abitudini e delle volontà dei pazienti, (anche ricercando le modalità possibili di espressione e comprensione), e dei familiari; - l'acquisizione di abilità ritenute fondamentali per combinare in modo ottimale gli interventi successivamente identificati ed assicurare "un corretto accompagnare": <ul style="list-style-type: none"> o la capacità di svolgere la valutazione multidimensionale continuativa non solo del paziente ma comprensiva anche dei bisogni e delle risorse dei familiari; o la capacità di adattare il piano individualizzato e le modalità di approccio, valorizzando le risorse personali, familiari ed informali specifiche di ogni "storia personale"; o la capacità degli operatori di avere un atteggiamento costante di ascolto attivo con i familiari, di presenza significativa, che riconosca la specificità e l'unicità dell'assistito. <p>Tra i requisiti organizzativo-gestionali è previsto che il PAI sia formulato in accordo e in continuità con quello attivato dai servizi invianti. Tra le macroaree di indicatori da monitorare per la verifica degli obiettivi da parte dei gestori sono comprese: "L'integrazione e la comunicazione interdisciplinare, la valorizzazione del ruolo del personale e la continuità" e "L'attenzione alle relazioni tra disabile/famiglia e struttura".</p>	
<p>D.G.R. 28 luglio 2008, n. 1230, "Fondo regionale non autosufficienza. Programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità".</p>	<p>Il programma FRNA 2008 avvia un percorso graduale di inserimento dei servizi e degli interventi per disabili nel fondo, perseguendo i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assicurare, in modo graduale nel 2008 e comunque in modo completo dal 2009, una assegnazione equa delle risorse a livello di ambito territoriale di ciascuna azienda USL. A tal fine, nel 2008 vengono considerate insieme le spese del FSR consolidate al 31.12.2006 e le risorse aggiuntive del FRNA; - omogeneizzare sul territorio regionale i criteri di integrazione socio-sanitaria e di applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza; - definire in modo uniforme gli interventi ed i livelli essenziali da garantire in ogni ambito territoriale anche con il contributo del FRNA, nel limite di quanto previsto nella tabella 1 dell'allegato A, secondo le direttive regionali vigenti. <p>L'atto indica gli elementi essenziali per lo sviluppo dei servizi socio-sanitari per disabili da assicurare a livello distrettuale nell'ambito della programmazione 2009-2011, richiedendo ai Comitati di Distretto di adottare entro il 30/11/2008 il Piano per lo sviluppo della rete dei servizi per disabili, con la finalizzazione delle risorse FRNA, da spendere entro il 31/12/2009.</p> <p>L'area dei "servizi socio-riabilitativi per disabili adulti" viene qui intesa come l'insieme dei servizi destinati a persone in situazione di particolare gravità che, terminata la frequenza dell'obbligo scolastico, non possono accedere in modo definitivo o temporaneo al lavoro e quindi richiedono prestazioni o interventi assistenziali, educativi, medici, infermieristici e riabilitativi al domicilio, a ciclo diurno o residenziale con programmi personalizzati a lungo termine.</p> <p>Fanno parte dei programmi personalizzati:</p>	<p>Modificata dalla DGR 219/2010 per quanto riguarda le modalità di finanziamento (quota FRNA 75%-80% - quota Comuni, comprensiva contribuzione utenti, 20%-25%)</p>

- i servizi residenziali, dai centri diurni a quelli più propriamente residenziali, comprese le opportunità per le GRAD, alle strutture a minore intensità assistenziale
- la domiciliarità e il sostegno alla famiglia, attraverso interventi differenziati: a) l'accoglienza temporanea per l'autonomia personale e la vita indipendente della persona disabile e il sostegno alle responsabilità familiari, b) i centri diurni e i centri socio-occupazionali, c) gli interventi domiciliari e territoriali educativi ed assistenziali ed altre forme di sostegno e consulenza per le famiglie, d) assegno di cura e contributo aggiuntivo assistenti familiari con contratto
- adeguamento del sistema di accesso, valutazione, presa in carico e accompagnamento.

Come indicato dalla DGR 509/07 l'adeguamento del sistema di accesso, valutazione e presa in carico ha una valenza strategica per lo sviluppo del FRNA. Ciò vale anche per l'area disabili.

In attesa della completa definizione dell'assetto generale per la gestione del Fondo Regionale per la non autosufficienza, in ogni ambito distrettuale deve essere garantita la presenza e l'utilizzo di strumenti tecnici per la valutazione multidimensionale e la formulazione del Progetto individualizzato di vita e di cure, quali la presenza di un'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) composta da operatori sociali e sanitari dei Comuni e dell'Azienda USL (anche dell'area della riabilitazione e della salute mentale per le situazioni che necessitano di tali competenze).

Compiti prioritari dell'UVM sono:

- la valutazione dei bisogni socio/sanitari e sanitari;
- la decisione sulla presa in carico della situazione;
- la formulazione di un Progetto individuale, che comprende un pacchetto di servizi personalizzato;
- l'individuazione di un case manager/responsabile del caso definito sulla base del bisogno prevalente e del progetto formulato;
- l'erogazione delle prestazioni e/o l'invio a soggetti erogatori delle prestazioni previste nel progetto;
- il monitoraggio del Progetto individuale e la sua costante verifica di adeguatezza alle esigenze sanitarie, riabilitative e assistenziali.

Altri programmi trasversali che possono avere come beneficiarie le persone disabili sono:

- Programma di regolarizzazione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari
A favore delle persone con disabilità gravi e gravissime titolari di assegno di cura devono essere garantiti gli interventi per la qualificazione e regolarizzazione del lavoro di cura delle assistenti familiari secondo le indicazioni di cui all'allegato 3 della DGR 1206/07 punti 1), 2) e 3).
- Servizi di consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico

In ogni ambito distrettuale devono essere garantiti gli interventi indicati nell'allegato 5 della DGR 1206/07, che sono rivolti sia alle persone anziane che a quelle disabili.
- Programma di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili.
Nell'ambito del programma previsto dalle Delibere 509/2007 e 1206/2007 sono da considerare anche gli interventi per disabili. Per contrastare il rischio di esclusione sociale delle persone disabili e delle loro famiglie deve essere utilizzata una modalità di intervento sociale che favorisca il lavoro di rete e di comunità, anche attraverso attività di socializzazione e per il tempo libero, da realizzare con la collaborazione dell'Associazionismo, del volontariato e di tutte le risorse della comunità locale, quali ad esempio soggiorni nei periodi feriali ed estivi rivolti alle persone in situazione di maggiore gravità ospitate nei servizi socio-sanitari in particolare diurni o seguite al domicilio, da realizzare con finalità di sollievo alle famiglie e sostegno alle autonomie personali attraverso attività socio-riabilitative.

<p>D.G.R. 23 marzo 2009, n. 313, "Piano attuativo salute mentale 2009-2011".</p>	<p>Parte seconda - Il sistema di comunità; 2.c Il livello residenziale; 2c.III La gestione degli inserimenti individuali e la continuità con il settore anziani e disabili</p> <p>In ogni ambito zonale deve essere attivata in forma congiunta da Azienda USL ed Enti Locali una specifica unità di valutazione multi professionale (UVM), al fine di assicurare criteri di accesso e presa in carico uniformi e condivisi, a partire da una rivalutazione congiunta delle persone con disabilità psichiatrica attualmente inserite dai DSM nelle strutture sociosanitarie e in strutture per anziani e disabili.</p> <p>Compiti prioritari dell'UVM sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la valutazione dei bisogni socio/sanitari e sanitari; - la decisione sulla presa in carico della situazione; - la formulazione di un Progetto individuale, che comprende un pacchetto di servizi personalizzato; - l'individuazione di un case manager/responsabile del caso definito sulla base del bisogno prevalente e del progetto formulato; - l'erogazione delle prestazioni e/o l'invio a soggetti erogatori delle prestazioni previste nel progetto; - il monitoraggio del Progetto individuale e la sua costante verifica di adeguatezza alle esigenze sanitarie, riabilitative e assistenziali. <p>Tale procedura andrà poi assicurata per tutti i successivi nuovi inserimenti.</p> <p>In sintesi, per attuare questi obiettivi si prevede il seguente programma di lavoro:</p> <p>1- pieno inserimento delle problematiche della salute mentale negli strumenti di programmazione di ambito distrettuale triennale 2009-2011 ed annuale, comprensive delle scelte programmatiche relative alle strutture residenziali psichiatriche sanitarie e sociosanitarie. Queste ultime potranno costituire oggetto di un programma specifico da definire ed avviare comunque entro la fine del 2009;</p> <p>2- definizione dello strumento regionale per la valutazione integrata (AUSL/Comuni) di tutti gli attuali inserimenti socio-sanitari e costituzione a livello distrettuale delle équipes multiprofessionali di valutazione integrata (UVM);</p> <p>3- valutazione delle condizioni di tutte le persone attualmente inserite a carico del DSM-DP nelle strutture psichiatriche socio-sanitarie o inserite individualmente in strutture residenziali per anziani e disabili con verifica dell'appropriatezza dell'inserimento in quella struttura, ed eventuale proposta di diversa soluzione;</p> <p>4- proposta ed approvazione dei requisiti e delle tariffe per l'accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche socio-sanitarie.</p>	
<p>D.G.R. 20 aprile 2009, n. 514, "Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari"</p>	<p>Il tema dell'integrazione professionale e della valutazione dimensionale è citato in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allegato A) La responsabilità gestionale unitaria - Allegato B) Requisiti assistenza domiciliare per anziani e disabili per l'accreditamento transitorio - Allegato D) Premessa (definizione area di qualità 6.), Requisiti generali (aree 2,3 e 6), Requisiti specifici - Assistenza domiciliare e Casa residenza anziani, - Allegati DA e DB sul personale (Ruoli lavorativi e Titoli d'accesso relativi alle figure professionali) - Allegati DD e DE, Requisiti specifici degli interventi per persone con gravissima disabilità acquisita (Inserimenti individuali e strutture o nuclei dedicati) - Allegati DF e DG, Requisiti specifici degli interventi per persone con demenza (Centri diurni e Nuclei dedicati per assistenza residenziale temporanea) 	
<p>D.G.R. 8 febbraio 2010, n. 219, "Approvazione del sistema</p>	<p>Vale integralmente la Premessa DGR 2110/2009 (Sistema tariffe per servizi sociosanitari per anziani, per l'accreditamento transitorio), in particolare: "L'introduzione del sistema di remunerazione collegato</p>	

<p>omogeneo di tariffa per i servizi semiresidenziali sociosanitari per disabili valevole per l'accreditamento transitorio"</p>	<p>all'accreditamento necessita di una gestione equilibrata delle risorse e di garanzia del perseguimento di una progressiva omogeneità ed equità anche per quanto riguarda la contribuzione degli utenti. In questo quadro risulta decisivo il ruolo del Comitato di distretto (del Comune o della Giunta dell'Unione) nel fornire linee di indirizzo omogenee a livello di ambito distrettuale per i soggetti pubblici che stipuleranno i contratti di servizio in quanto espressione della committenza, sia per quanto riguarda l'uso delle risorse del FRNA sia per la determinazione della contribuzione a carico dei cittadini, oltreché nel monitorare e verificare l'attuazione di questi indirizzi."</p> <p>I Contratti di servizio definiscono sulla base:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) della valutazione del livello assistenziale degli utenti del servizio accreditato; b) della presenza o meno degli elementi di flessibilità dei costi di riferimento; c) della valutazione di altri eventuali servizi e/o fattori produttivi messi a disposizione del soggetto gestore del servizio accreditato; <p>il sistema di remunerazione del servizio accreditato, nel rispetto dei criteri e dei limiti indicati nel presente provvedimento, determinando:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) il costo di riferimento per tipologia di livello assistenziale degli utenti; 2) ... <p>In considerazione della relativa stabilità delle condizioni e dei bisogni delle persone con disabilità ospitate nei centri diurni, il sistema di remunerazione ha come riferimento il singolo utente ed è determinato per i livelli previsti dallo strumento di valutazione dei bisogni educativi ed assistenziali adottato con determina dirigenziale ai sensi della DGR 514 del 2009.</p> <p>L'aggiornamento della valutazione dei singoli ospiti è garantita in relazione alla modifica significativa delle condizioni e dei bisogni delle persone con disabilità .</p> <p>La diversa valutazione dei bisogni assistenziali ed educativi non può essere elemento di differenziazione dei criteri e della quota di compartecipazione alla spesa a carico degli utenti che pertanto deve rimanere la medesima per i vari livelli assistenziali.</p>	
<p>D.G.R. 13 settembre 2010, n. 1336, "Approvazione del sistema omogeneo di tariffa per i servizi residenziali sociosanitari per disabili valevole per l'accreditamento transitorio"</p>	<p>Vale integralmente la Premessa DGR 2110/2009 (Sistema tariffe per servizi sociosanitari per anziani, per l'accreditamento transitorio), in particolare: "L'introduzione del sistema di remunerazione collegato all'accreditamento necessita di una gestione equilibrata delle risorse e di garanzia del perseguimento di una progressiva omogeneità ed equità anche per quanto riguarda la contribuzione degli utenti. In questo quadro risulta decisivo il ruolo del Comitato di distretto (del Comune o della Giunta dell'Unione) nel fornire linee di indirizzo omogenee a livello di ambito distrettuale per i soggetti pubblici che stipuleranno i contratti di servizio in quanto espressione della committenza, sia per quanto riguarda l'uso delle risorse del FRNA sia per la determinazione della contribuzione a carico dei cittadini, oltreché nel monitorare e verificare l'attuazione di questi indirizzi."</p> <p>I Contratti di servizio definiscono sulla base:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) della valutazione del livello assistenziale degli utenti del servizio accreditato; b) della presenza o meno degli elementi di flessibilità dei costi di riferimento; c) della valutazione di altri eventuali servizi e/o fattori produttivi messi a disposizione del soggetto gestore del servizio accreditato; <p>il sistema di remunerazione del servizio accreditato, nel rispetto dei criteri e dei limiti indicati nel presente provvedimento, determinando:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) il costo di riferimento per tipologia di livello assistenziale degli utenti; 2) <p>In considerazione della relativa stabilità delle condizioni e dei bisogni delle persone con disabilità ospitate nei centri diurni, il sistema di remunerazione ha come riferimento il singolo utente ed è determinato per i livelli</p>	

	<p>previsti dallo strumento di valutazione dei bisogni educativi ed assistenziali adottato con determina dirigenziale ai sensi della DGR 514 del 2009.</p> <p>L'aggiornamento della valutazione dei singoli ospiti è garantita in relazione alla modifica significativa delle condizioni e dei bisogni delle persone con disabilità .</p> <p>La diversa valutazione dei bisogni assistenziali ed educativi non può essere elemento di differenziazione dei criteri e della quota di compartecipazione alla spesa a carico degli utenti che pertanto deve rimanere la medesima per i vari livelli assistenziali.</p>	
<p>Determina dirigenziale 2 marzo 2010, n.2023 "Approvazione strumento tecnico per la valutazione del bisogno assistenziale degli utenti dei servizi per disabili"</p>	<p>La direttiva approva il sistema di valutazione dei bisogni delle persone con disabilità ospitate nei servizi socio-sanitari diurni e residenziali per disabili e le indicazioni per un utilizzo corretto della scheda di valutazione.</p> <p>Lo strumento è da utilizzare esclusivamente nell'ambito del nuovo sistema di accreditamento e remunerazione dei servizi socio-sanitari diurni e residenziali per disabili, e non sostituisce gli strumenti per la valutazione che vengono utilizzati in fase di accesso dall'Unità di Valutazione Multidimensionale di ambito distrettuale per la formulazione del "Progetto di vita e di cura" come previsto dalla DGR 1230/08 e all'interno delle strutture dagli Enti gestori per la formulazione del Progetto educativo ed assistenziale individuale.</p> <p>La scheda deve essere utilizzata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) istituita in ogni distretto ai sensi della DGR 1230/08 prima dell'accesso in struttura per i nuovi ingressi.</p> <p>E' di competenza della UVM anche la valutazione delle persone con disabilità già inserite nei servizi della rete. Tale valutazione va assicurata in tempi congrui con il processo di accreditamento di ogni singolo servizio, e comunque deve precedere la conclusione dell'istruttoria per il rilascio dell'accreditamento e la stipula del contratto di servizio. A tal fine viene assicurata una adeguata programmazione delle valutazioni in relazione alla presentazione delle domande di accreditamento transitorio.</p> <p>Ai fini della valutazione devono essere raccolte preventivamente tutte le informazioni e la documentazione sociale e sanitaria rilevante a disposizione del Comune e dell'Azienda USL.</p> <p>Devono inoltre essere utilizzate anche la documentazione e le conoscenze sugli utenti patrimonio del Servizio che li accoglie, utilizzando a tale scopo i dati e tutte le informazioni già disponibili presso il servizio (quali ad esempio, scheda anagrafica e notizie biografiche sull'utente, esiti delle eventuali valutazioni funzionali già eseguite all'interno e all'esterno del servizio, copia delle certificazioni di handicap ed invalidità, eventuali ulteriori certificazioni e documentazione sanitaria, copia del PAI o del PEI attualmente in vigore e verifiche precedenti).</p> <p>A tal fine l'UVM deve adottare modalità organizzative e di programmazione delle valutazioni tali da consentire al Soggetto gestore di predisporre la documentazione necessaria in tempo utile e di assicurare il coinvolgimento del coordinatore di struttura o di altro personale qualificato del servizio accreditato al fine di garantire completezza e congruità della valutazione.</p> <p>Gli esiti della valutazione vanno condivisi con il coordinatore del servizio che ospita o ospiterà l'utente ed hanno validità fino a nuova valutazione da effettuarsi esclusivamente a fronte di un cambiamento sostanziale nelle condizioni della persona con disabilità.</p> <p>La rivalutazione può essere promossa dai servizi territoriali o dal soggetto gestore del servizio accreditato. In tal caso la richiesta di nuova valutazione dell'utente deve essere motivata e documentata adeguatamente, illustrando i mutamenti intervenuti rispetto alla precedente valutazione.</p> <p>In tal caso l'UVM di norma entro 30 giorni rivaluta la situazione con la presenza del coordinatore del servizio.</p>	

D.G.R. 7 novembre 2011, n. 1599, "Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici".

Obiettivi - L'atto prende avvio da alcuni elementi critici: la rilevanza della spesa per l'assistenza protesica, la crescente condizione di disabilità e di grave non autosufficienza e la sempre maggiore esigenza di **gestire in modo integrato i percorsi di presa in carico e cura**. Le indicazioni della direttiva vanno nel senso di **adottare modalità organizzative, professionali e operative che assicurino tale gestione**, di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, di semplificare e rendere più equo l'accesso e omogeneizzare le prestazioni sul territorio regionale, nel rispetto dei bisogni degli assistiti.

Obiettivo della prescrizione di un ausilio - L'assistenza protesica è un intervento graduato sulla base della complessità assistenziale, nell'ambito di un progetto individuale, e come tale configura un servizio alla persona inserita nel suo abituale contesto di vita ambientale e socio relazionale. Il progetto terapeutico/riabilitativo non rappresenta solo un requisito per la concessione di un ausilio a carico SSN ma è essenziale per rendere efficace tale fornitura nel raggiungere gli obiettivi di autonomia in un progetto di vita. La prescrizione dell'ausilio, basata sull'analisi dei bisogni sanitari, socioassistenziali e educativi, dovrà quindi tener conto della persona nel suo complesso e del contesto di vita, non della sola azione in cui la si vuole rendere autonoma. Occorre adottare un approccio partecipato con l'utente e i suoi familiari che permetta di stabilire un'alleanza terapeutica.

La fornitura dell'ausilio è un percorso che si avvia e ruota intorno alla persona disabile basandosi su **apporti multiprofessionali organizzati in lavoro di team interprofessionale, cioè come insieme di interventi coordinati e integrati di diverse competenze**. Nei casi più gravi la figura del case manager (tendenzialmente fisioterapista o logopedista) ha la funzione di raccordo/sintesi all'interno dell'équipe e di presidiare il percorso longitudinalmente: valutazione dei bisogni, intervento, addestramento, formazione anche dei caregiver, consulenza e informazione alla persona/famigliari e anche agli operatori del territorio.

Le équipe multiprofessionali operanti nei Centri provinciali per l'adattamento domestico sono a disposizione per fornire informazione, formazione e consulenza alle figure professionali coinvolte a vario titolo nel percorso di fornitura degli ausili.

Individuazione del bisogno e della tipologia di presidio -Il percorso di erogazione dell'assistenza protesica nelle sue varie fasi ha fine ultimo di recuperare il massimo livello di autonomia possibile e contenere al minimo le restrizioni della partecipazione alle attività di vita.

L'elemento cardine della prescrizione è l'assessment dei bisogni funzionali reali da soddisfare con l'identificazione della tipologia di presidio più idonea e la conseguente formulazione del progetto terapeutico/assistenziale /riabilitativo.

La fase della valutazione è di norma composta da:

- valutazione del bisogno di autonomia/assistenza;
- valutazione delle risorse biologiche, psicologiche, motivazionali, familiari ed ambientali;
- valutazione del contesto di vita;
- acquisizione delle informazioni sulla tipologia dei presidi previsti dal Nomenclatore tariffario, delle relative caratteristiche funzionali (vantaggi e svantaggi), dei relativi costi di acquisizione e manutenzione, verifica dei presidi presenti per ricondizionamento o in magazzino, valutazione comparativa dell'appropriatezza delle varie soluzioni;
- integrazione delle varie valutazioni nel programma terapeutico/assistenziale/riabilitativo dal quale scaturirà la prescrizione nell'ambito del più complessivo progetto riabilitativo.

Prescrizione - La prescrizione, per gli aventi diritto, deve essere redatta da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale "competente per tipologia di menomazione o disabilità", il quale valuta la necessità di prescrivere un dispositivo protesico nell'ambito del programma di prevenzione, cura e

riabilitazione della "menomazione/disabilità" attraverso il programma individualizzato di trattamento. Lo specialista prescrittore deve essere competente per tipologia di menomazione o disabilità, non sono, pertanto, ammesse prescrizioni da parte di specialisti di branca non attinente alla disabilità per la quale è richiesto il presidio.

Per la prescrizione il medico prescrittore può avvalersi della valutazione e della proposta di ausili di professionisti dell'Azienda, fisioterapisti, logopedisti, infermieri (per i dispositivi assistenziali) e di professionisti di strutture di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico di primo (CAAD) e secondo livello (CRA e CRIBA) presenti sul territorio regionale.

Casi particolari - Per dare una risposta adeguata al bisogno riabilitativo delle persone affette da gravissime disabilità, l'art.1, comma 6 del DM n 332/1999 e ss. mm., stabilisce che le Aziende USL possono autorizzare la fornitura di dispositivi non inclusi negli elenchi del Nomenclatore vigente e non riconducibili agli stessi. In questo caso, in presenza di un'eventuale richiesta di dispositivi, la fornitura deve essere autorizzata dall'Azienda USL di residenza dell'assistito con provvedimento formale.

Il Distretto di residenza dell'assistito, avvalendosi, qualora ritenuto necessario del parere dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM - DGR n.1230/08), integrata dagli specialisti competenti per disabilità, verifica la necessità, l'appropriatezza e l'indispensabilità del dispositivo per il recupero funzionale e sociale dell'assistito, altrimenti non raggiungibile.

Al fine di assicurare la continuità ospedale territorio nella conduzione del progetto riabilitativo definito dall'equipe ospedaliera in fase di dimissione, vista l'importanza che rivestono i dispositivi protesici nel percorso di autonomia delle persone, si individuano percorsi mirati per pazienti con particolari bisogni:

- i pazienti in dimissione protetta dall'ospedale con presa in carico ADI;
- i pazienti nell'ambito di progetti di continuità assistenziale (percorso pazienti DGR 2068/04, frattura di femore nell'anziano e percorso del paziente con stroke).

Gli ausili prescrivibili per garantire il rientro in sicurezza al domicilio del paziente inserito nei percorsi sopra indicati sono.....

Ausili per facilitare la comunicazione - In attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 1 agosto 2007 la Regione Emilia-Romagna ha avviato un programma finalizzato a fornire ausili della comunicazione a persone in una situazione di totale non autosufficienza, che a causa di patologie e deficit di diversa natura rischiano di trovarsi in una situazione di completo isolamento relazionale e di conseguenza in una situazione di profonda sofferenza emotiva. I destinatari degli interventi vengono individuati attraverso i seguenti criteri definiti in ambito nazionale: a) fonazione di grado 2 equivalente ad una perdita sostanziale della parola; b) motilità di grado 4 corrispondente a una situazione di tetraparesi completa.

Le singole Aziende USL hanno il compito di garantire in ogni ambito distrettuale l'erogazione degli ausili per la comunicazione attivando le necessarie azioni di informazione, valutazione, fornitura e assistenza tecnica alle persone aventi diritto. Ciascuna Azienda USL ha il compito di assicurare la realizzazione del progetto nel proprio ambito territoriale. La procedura di erogazione utilizzata prevede una adeguata verifica di appropriatezza ed un monitoraggio degli interventi e della spesa ed è coordinata con le normali procedure di assistenza protesica.

Il principale obiettivo del programma è quello di garantire una risposta ai bisogni di comunicazione e relazione nell'ambito di un più ampio progetto personalizzato di vita e di cure. La centralità e la personalizzazione del progetto individuale è pertanto un elemento strategico. A tal fine è stato attribuito un ruolo importante alle équipe multiprofessionali già attivate in ogni ambito aziendale e distrettuale per le gravissime disabilità acquisite ai sensi della DGR 2068/04, sia per individuare gli aventi diritto e verificare i criteri di eleggibilità, sia per garantire su richiesta del cittadino la fornitura degli ausili per la comunicazione all'interno di un più ampio progetto terapeutico/assistenziale/riabilitativo.

	<p>La formazione - La scelta dell'ausilio richiede il coinvolgimento di diverse figure professionali ciascuno con i propri ruoli e funzioni ma con un progetto terapeutico condiviso; al centro del team multidisciplinare e degli obiettivi terapeutici c'è sempre il paziente e la sua famiglia. Di fronte a un quadro così complesso bisogna prevedere una formazione permanente di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso di fornitura dell'ausilio, sia multiprofessionale che monoprofessionale.</p>	
<p>D.G.R. 28 novembre 2011, n. 1762 "Programma attuativo della Regione Emilia-Romagna per l'assistenza domiciliare ai malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA) nell'ambito del Fondo nazionale per le non autosufficienze per l'anno 2011".</p>	<p>Approva il "Programma attuativo della Regione Emilia-Romagna per l'assistenza domiciliare ai malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) nell'ambito del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze per l'anno 2011": obiettivo è consolidare e sviluppare gli interventi territoriali per i malati di SLA attraverso le risorse assegnate alla Regione (€ 7.420.000).</p> <p>L'utilizzo delle risorse va definito all'interno della programmazione del FRNA 2012 e 2013 assicurata dai Comuni in accordo con le Aziende AUSL in ogni ambito distrettuale, coerentemente con gli strumenti di governo definiti dal Piano sociale e sanitario regionale (DAL n.175/2008).</p> <p>Le risorse assegnate alle Regioni sono da finalizzare a interventi, prestazioni e servizi che non sono e non possono essere sostitutivi di quelli previsti a carico del Fondo sanitario.</p> <p>Con la DGR 2068/04 la Giunta regionale ha dato specifiche indicazioni rivolte alle Aziende Sanitarie ed ai Comuni per l'organizzazione e la qualificazione degli interventi territoriali socio-sanitari a favore delle persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta, che comprende anche le SLA.</p> <p>Le aree di intervento specifico, sostenute dal Programma approvato da questo atto, sono tre:</p> <p>A) Potenziamento dei percorsi assistenziali domiciliari al fine di consentire una presa in carico globale della persona e dei suoi familiari, considerando il domicilio della persona con SLA il luogo d'elezione per l'assistenza per la gran parte del corso della malattia.</p> <p>La presa in carico per la fase di lungo assistenza dei malati di SLA viene garantita dalle Unità di Valutazione Multidimensionale, istituite in ogni distretto ai sensi della DGR 2068/04 per l'assistenza delle persone con gravissima disabilità che sono composte da personale sociale e sanitario di Comuni e Aziende USL.</p> <p>Il compito delle UVM è valutare i bisogni della persona e definire un progetto socio-sanitario personalizzato che può prevedere il ricorso a più servizi che devono essere individuati in accordo con la famiglia in una logica di flessibilità e personalizzazione.</p> <p>A.1) Miglioramento continuità dei percorsi di cura e assistenza</p> <p>Per garantire un approccio multidisciplinare alla persona con SLA, le UVM di ambito distrettuale in relazione ai bisogni della persona dovranno di volta in volta assicurare la presenza e coordinare gli interventi delle diverse figure professionali che intervengono nel percorso assistenziale quali il MMG, neurologo, pneumologo, fisiatra, nutrizionista clinico, terapeuta della riabilitazione, terapeuta occupazionale, dietista, psicologo, ecc.</p> <p>Per garantire la necessaria continuità assistenziale in ogni ambito distrettuale e aziendale dovrà essere assicurata la collaborazione e comunicazione tra le UVM ed il personale dei Centri di riferimento per la diagnosi ed il trattamento della SLA, che al bisogno dovrà partecipare alla definizione, monitoraggio e attuazione del PAI.</p> <p>E' inoltre prevista l'individuazione di un operatore, sociale o sanitario in relazione ai bisogni dell'utente, con funzioni di case manager.</p> <p>Il personale delle UVM dovrà inoltre assicurare la necessaria collaborazione per l'attività istruttoria e di valutazione con le Commissioni mediche per l'invalidità e la certificazione di handicap, in modo tale da</p>	<p>Sono individuati indicatori per la verifica degli obiettivi del Programma, in particolare in termini di efficacia/efficienza (Es.: N.ro distretti in cui sono stati attivati percorsi di accesso e presa in carico sulla base delle indicazioni del programma/totale dei distretti della Regione)</p>

ridurre i tempi necessari all'ottenimento delle agevolazioni, pensioni e indennità che conseguono a tali certificazioni.

Analoga collaborazione dovrà essere garantita dagli Specialisti nell'ambito dei percorsi di prescrizione ed erogazione dell'assistenza protesica, che per i malati di SLA deve essere garantita con particolare tempestività.

Al fine di sviluppare un approccio dedicato nell'ambito della rete dei servizi socio-sanitari ai bisogni specifici delle persone con SLA è prevista l'emanazione di linee guida per l'assistenza territoriale socio-sanitaria, in continuità ed integrazione con quanto la Regione sta già facendo nell'ambito del Gruppo regionale che sta elaborando un documento generale di indirizzo per l'organizzazione complessiva dell'assistenza integrata al paziente con SLA. In questo contesto è utile richiamare:

- la necessaria integrazione con il supporto dello psicologo, anche per le fasi iniziali della malattia, sia per la persona malata che per i familiari, in modo tale che tale supporto possa accompagnarli nel decorso della malattia e contrastare le fasi del tono dell'umore e favorire l'utilizzo dei vari strumenti e ausili (ventilatore, PEG, ausili per il trasporto) utili per la vita di relazione e per le scelte di vita;

- l'integrazione con il sistema delle cure palliative, specie nelle fasi conclamate e nella fase terminale per l'adattamento agli ausili ed i necessari supporti farmacologici e psicologici.

A.2) Potenziare in ogni ambito distrettuale il servizio di Assistenza domiciliare di carattere socio-assistenziale

A.3) Prevedere la possibilità di ricoveri di sollievo, che per le persone con gravissima disabilità potranno essere effettuati nell'ambito della rete delle strutture di cui alla DGR 2068/04 e DGR 840/08. Con tali provvedimenti è stata realizzata sul territorio regionale una rete di strutture o nuclei all'interno delle strutture socio-sanitarie per anziani o disabili che offrono per le persone con gravissima disabilità requisiti assistenziali particolari sotto il profilo sia assistenziale, che alberghiero. Le risorse previste per questi interventi andranno a coprire la quota della tariffa regionale non coperta dal Fondo Sanitario Regionale.

A.4) Prevedere specifici contributi per l'adattamento dell'ambiente domestico o la fruizione di ausili o attrezzature, personalizzate e rispondenti alle specifiche esigenze delle persone colpite da SLA, non completamente garantite dal Fondo Sanitario Regionale.

B) interventi volti a supportare chi garantisce l'attività di assistenza e cura a domicilio (comprese le assistenti familiari), favorendo l'integrazione degli interventi e l'attivazione di percorsi formativi e di sostegno.

Già da alcuni anni nell'ambito del FRNA la Regione ha promosso un approccio di intervento a sostegno delle famiglie che ricorrono ad assistenti familiari, che prevede, oltre all'assegno di cura delle persone con gravissime disabilità acquisita (tra le quali le SLA):

- 1) un ulteriore contributo economico che si aggiunge all'assegno pari a 160 euro al mese, destinato alle famiglie che assumono con regolare contratto un assistente familiare, secondo i criteri stabiliti con la DGR 1206/08;
- 2) servizi di informazione e formazione finalizzati a qualificare il lavoro di cura delle assistenti familiari, favorendone l'integrazione nell'ambito della rete dei servizi socio-sanitari.

Come indicato nel piano economico allegato è dunque previsto un potenziamento delle risorse dedicate al finanziamento del contributo aggiuntivo di 160 euro per complessive 1.250 mensilità l'anno che potranno essere utilizzate dalle UVM nell'ambito dei singoli Progetti Assistenziali Individuali in relazione ai bisogni delle famiglie che ricorrono ad Assistenti familiari.

	<p>C) Interventi volti alla valorizzazione del lavoro di cura del familiare - caregiver, sulla base di un progetto personalizzato integrato con i servizi territoriali e monitorato</p> <p>A riconoscimento del lavoro di cura svolto da assistenti familiari o da familiari la normativa regionale (DGR 2068/04) prevede l'erogazione di un assegno di cura pari a 23 euro al giorno che viene erogato nell'ambito del Progetto Assistenziale Individuale definito dalla UVM distrettuale, sulla base di un contratto stipulato con la persona disabile stessa o con chi l'assiste, definendo obiettivi ed impegni di cura e prevedendo un monitoraggio periodico da parte degli operatori con funzioni di case manager.</p> <p>Con le risorse del programma si prevede di utilizzare a favore delle famiglie che ospitano persone con SLA risorse pari a circa 1,7 MLN l'anno che consentono di finanziare circa 74.000 giornate assegno, che saranno utilizzate dalle UVM distrettuali per la costruzione dei Progetti Assistenziali Individuali.</p> <p>A partire dal contesto appena descritto e in attuazione degli obiettivi definiti a livello nazionale, i principali risultati attesi dal programma sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lo sviluppo di un approccio dedicato ai bisogni specifici delle persone malate di SLA all'interno della rete dei servizi socio-sanitari territoriali, anche attraverso la formulazione di specifiche linee guida a livello regionale; 2) la garanzia di percorsi di continuità assistenziale tra la fase ospedaliera e la fase territoriale; 3) l'ampliamento del sostegno alle famiglie che assistono al domicilio le persone malate di SLA, al fine di migliorare la qualità della vita dei malati e di chi li assiste; 4) individuazione delle più opportune forme di sostegno, in tutte le fasi di sviluppo della malattia. 	
<p>D.G.R. 3 dicembre 2012, n. 1848, "Integrazione della DGR 2068/2004 e della DGR 1762/2011. Introduzione livello più elevato dell'assegno di cura per le gravissime disabilità"</p>	<p>Facendo seguito all'assegnazione alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie di € 3,710 mln (prima annualità Programma SLA) il cui utilizzo va programmato in modo unitario nell'ambito del FRNA, l'atto introduce un livello più elevato dell'assegno di cura ex DGR 2068, pari a € 34 /giorno, a fronte di bisogni di assistenza particolarmente elevati nell'arco delle 24 ore, e stabilisce che i criteri di valutazione per l'accesso vengano definiti con successiva determina dirigenziale, per essere utilizzate dalle UVM di cui alle delibere 2068/2004 e 1230/2008.</p> <p>Le Aziende USL entro 60 giorni dalla data di approvazione della determina dirigenziale dovranno assicurare la valutazione delle condizioni degli attuali beneficiari dell'assegno di cura di cui alla DGR 2068/04; per coloro che saranno valutati nelle condizioni approvate con la determina il nuovo livello dell'assegno di cura avrà decorrenza dal 1 novembre 2012.</p> <p>Il nuovo livello dell'assegno di cura sarà finanziato attraverso le risorse finalizzate del FNA di cui alla DGR 1762/11 per le persone con SLA e le risorse del FRNA per le persone con gravissima disabilità che rientrano negli altri ambiti di patologia previsti dalla DGR 2068/04.</p> <p>Per le persone con disabilità grave o gravissima che accedono al contributo di cui alla DGR 1206/07 per la valorizzazione e regolarizzazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari, viene utilizzata, quale criterio di valutazione della situazione economica e patrimoniale, la medesima soglia ISEE, riferita all'intero nucleo familiare, che viene utilizzata per l'accesso all'assegno di cura di cui alla DGR 1122/02 e DGR 2068/04, oppure l'ISEE del solo assistito, nelle modalità previste dalla DGR 1206/07 e s.m., nel caso tale criterio sia più favorevole per l'utente.</p>	
<p>Determina dirigenziale 14 dicembre 2012 n. 15894 "Approvazione criteri di valutazione per l'accesso al livello dell'assegno di cura per persone con GRAD di cui alla DGR 1848/2012"</p>	<p>Entro 60 giorni dall'adozione di questo atto, le Aziende UsI devono assicurare la valutazione degli attuali beneficiari dell'assegno di cura di cui alla DGR 2068/2004, per coloro che saranno valutati nelle condizioni approvate con la determina il nuovo livello dell'assegno di cura avrà decorrenza dal 1 novembre 2012.</p> <p>I criteri approvati nel presente atto dovranno essere utilizzati dalle UVM di cui alla DGR 2068 e si riferiscono a persone con gravissima disabilità (come individuata dalla DGR 2068, incluse le persone con SLA), che necessitano di un lavoro a domicilio particolarmente elevato.</p>	

	<p>La ratio dei criteri è evidenziare le situazioni di maggior impegno dei familiari per bisogni assistenziali specifici lungo l'arco dell'intera giornata, bisogni che si presentino in modo continuativo, e che possano essere soddisfatti direttamente dalla famiglia o da personale assistenziale messo a disposizione dalla stessa.</p>	
<p>Comunicazione del DG Sanità e Politiche sociali prot. PG/2012/296523 del 17 dicembre 2012 con oggetto: "Integrazioni alla DGR 2068/2004 e attuazione del Programma a favore delle persone con SLA di cui alla DGR 1762/2011"</p>	<p>Le indicazioni riguardano tempi e modi di valutazione da parte delle UVM distrettuali delle persone già rientranti nei criteri di gravità e nelle patologie della DGR 2068, che abbiano bisogni di cura e assistenza particolarmente elevati e possano perciò accedere al livello più elevato di assegno di cura di cui alla DGR 1848/2012, comprese le persone con SLA. Le UVM debbono anche collaborare con i 13 Centri autorizzati alla prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia SLA, per la ricerca e presa in carico di persone non seguite dalla rete e che si trovino in situazione GRAD, e comunque assicurare l'assistenza alle persone con SLA nelle fasi della malattia precedenti a tale situazione di gravità, utilizzando le risorse FNA come indicato dalla DGR 1762/2011.</p>	