

Il progetto personalizzato terapeutico riabilitativo

Adriana Bressan

FONTI NORMATIVE

- **Legge n. 833 del dicembre 1978** distretti sociosanitari luoghi dell'integrazione sociosanitaria
- **D.lgs 229/1999** prestazioni sociosanitarie "Attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione
- **Legge n. 328/2000 L. R. 6/2006** L'assistenza sociosanitaria è erogata di norma utilizzando lo strumento dei progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali e di approcci multidisciplinari.
- **L.R. n. 22/19**: riorganizzazione sistema sanitario regionale

LIVELLI DELL' INTEGRAZIONE

- **Istituzionale:** collaborazione tra diverse istituzioni quali ASL, Comune, Regione che danno luogo a consorzi e unioni approvando piani integrati per raggiungere obiettivi comuni suddividendosi la responsabilità. Gli strumenti giuridiche vengono utilizzati sono gli accordi di programma, le deleghe, le convenzioni;
- **Gestionale:** ci riferiamo a una metodologia di lavoro per progetti. All'interno del distretto e nei servizi si individuano configurazioni organizzative utili per garantire un efficace svolgimento delle attività: équipe multiprofessionale, gruppi di lavoro;
- **Professionale:** lavoro di operatori sociali e sanitari che integrano competenze e abilità all'interno di équipe multiprofessionali quali le Unità di Valutazione Multidimensionale.

LE PRESTAZIONI SOCIOSANITRIE

- **D.P.C.M. del 14/02/2001)** “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie” (DPCM del 14 febbraio 2001): **Il Progetto personalizzato.**
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale’ – **SSN** ;
- le ‘prestazioni sociali a rilevanza sanitaria’- **Comuni**;
- le ‘prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria’ -**SSN**

- **DPCM 12/01/2017 LEA sociosanitari**

Es. art. 28 « *Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche* »

prestazioni sanitarie a rilevanza sociale – a carico SSN - a cui si aggiungono le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria – a carico Comuni,

Es. art.35 « *Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche* »

prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria – a carico SSN

Come la Regione FVG ha organizzato il Sistema Integrato dei Servizi

(art.5 comma 3 L.R. 6/06)

Il Servizio Sociale dei Comuni in accordo con i Distretti Sanitari, attua forme di accesso unitario ai servizi del sistema integrato, al fine di assicurare:

- 1.L'**informazione e l'orientamento** rispetto all'offerta di interventi e servizi;
- 2.La **valutazione multidimensionale** del bisogno eventualmente in forma integrata;
- 3.La **presa in carico delle persone**;
- 4.L'integrazione degli interventi e l'erogazione delle prestazioni;
- 5.La continuità assistenziale

DOVE e COME il sistema dei servizi garantisce queste FUNZIONI?

DOVE avviene l'ACCESSO UNITARIO

Punto unico d'accesso - PUdA

E' una **FUNZIONE** integrata tra SSC e Distretto SS che può essere realizzata attraverso varie forme organizzative:

- Front office disgiunti (nelle sedi dei SSC e dei Distretti e dei Dipartimenti – Salute Mentale, Dipendenze-)
- Sportelli unitari e identificabili

COMPITI del PudA

- Informazione e orientamento rispetto all'offerta di interventi e servizi
- Uno «sguardo congiunto» sociale e sanitario (preferibilmente garantito da “quattro occhi, due sanitari e due sociali”)
- Una **prima** valutazione del bisogno espresso
- Attivazione dell'equipe per la valutazione multidimensionale

Per non perdersi in un territorio nuovo

SSN/SSR: Servizio sanitario nazionale/regionale

SSC: servizio sociale dei Comuni

OC: ospedale civile

SPDC: servizio psichiatrico diagnosi e cura

RSA: residenza sanitaria assistenziale

PUA: punto unico di accesso

MMG/PLS medico di medicina generale/ pediatra di libera scelta

PTRP: progetto terapeutico riabilitativo personalizzato

BIS: budget individuale di salute

DSM/CSM: dipartimento di salute mentale/ centro di salute mentale

Sert: modo usuale per chiamare il dipartimento delle dipendenze

UVM: unità di valutazione multidimensionale, ma anche unità di valutazione minori

UVD: unità di valutazione distrettuale

UVH: unità di valutazione handicap

ancora

FAP: fondo per l'autonomia possibile

CT: comunità terapeutica

POS: presidio ospedaliero per la salute

DIP: degenze intermedie

Ospedale hub/spoke: grandi e piccoli

ICF: classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute

CUP: centro unico di prenotazione

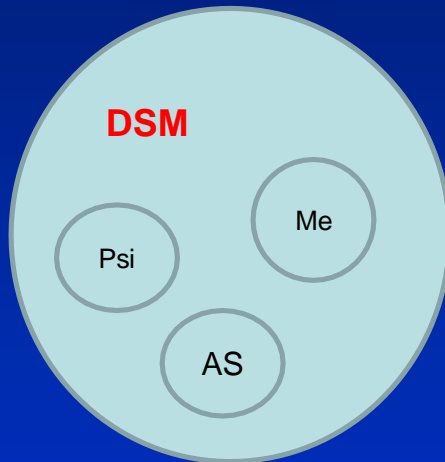
SIASI, GIMBE, SIMIA, GIFRA, IAM: gestionali usati in sanità

STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO

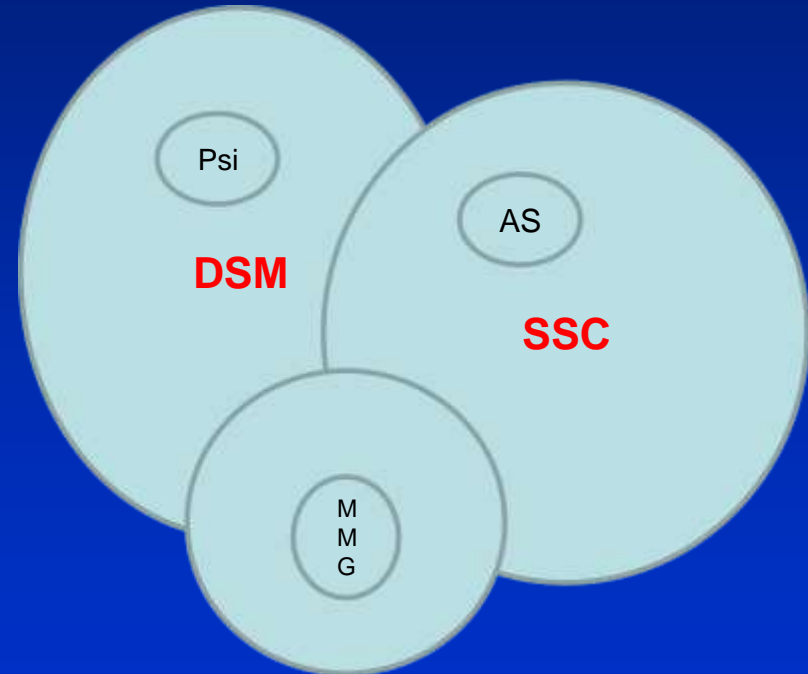
- **UVM:** unità di valutazione multidimensionale (valuta i bisogni, definisce gli obiettivi e le azioni, individua le risorse)
- **PTRP:** progetto terapeutico riabilitativo personalizzato
- **BPP:** budget di progetto (composto dagli Interventi e prestazioni dei Servizi pubblici, dalle risorse finanziarie pubbliche, dalle risorse informali, delle risorse della persona/famiglia, dalle risorse di contesto) di cui il **BIS** fa parte budget individuale di salute

Unità di valutazione Multidimensionale - UVM

- Tra professionisti



- Tra servizi



Quali sono i compiti dell'UVM/UVD?

I compiti dell' UVM/UVD sono :

➤ Definire:

- I Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati - PTRP
- I relativi professionisti che li realizzano
- I relativi Budget di Progetto

➤ Nominare/revocare il case manager

➤ Monitorare gli stati di avanzamento del PTRP

➤ Rimodulare i PTRP, qualora necessario, su indicazione del case manager o dei professionisti coinvolti

CASE MANAGER

- E' un professionista sociale o sanitario parte dell'equipe di progetto
- E' nominato dall'UVM secondo i criteri di scelta definiti
- I suoi compiti sono relativi all'attuazione del progetto
- E' un operatore autorevole e legittimato di interfaccia tra la persona e il sistema curante identificato nel progetto
- Monitora l'attivazione delle risorse umane, strumentali, finanziarie
- Accompagna e facilita la realizzazione delle diverse fasi del progetto
- Si rapporta stabilmente con l'equipe secondo i tempi e le modalità previste dal PTRP
- Garantisce la valutazione dei risultati attesi nelle varie fasi del PTRP
- Richiede , quando necessario, la revisione del PTRP

Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato

PTRP

- È lo strumento basilare attraverso cui pianificare gli interventi includendo tutti i problemi e i bisogni della persona
- È strumento necessario all'attuazione di un'assistenza globale e individualizzata.
- È uno strumento di comunicazione organizzata fra i membri dell'équipe
- Consente il passaggio da un'organizzazione del lavoro per compiti ad una per obiettivi.

Consenso alla presa in carico integrata e dossier

- E' necessario chiedere il consenso alla presa in carico integrata in tutte le situazioni con problemi nelle aree ad alta integrazione
- Il dossier comprende tutta la documentazione sulla presa in carico raccolta dal back office integrato
- Il progetto personalizzato deve essere sottoscritto dall'utente

RISORSE per i PTRP

Prestazioni sociosanitarie a carico SSR

LEA sociosanitari
DPCM 2017 e L.R.6/2006

Prestazioni sociosanitarie a carico dei Comuni «LEA» sociali

DPCM 2001 e L.R.6/2006

Altre risorse

CSM
SERT

Comunità
Terapeuti
che
Centri
diurni

Tirocini
Inclusivi

Prest.
Sanitarie a
rilevanza
sociale in
coprogetta-
zione
III
Settore

FAP
Parte
sanit
aria

Coprogettazi
one III
settore

BIS

FAP
Part
e
soci
ale

Assiste
nza
econo
mico

Assist
enza
abitati
va

Pa
sti

Risorse
della
Person
a
famiglia

Associaz
ioni di
volontari
ato

Vicinat
o

BUDGET DI PROGETTO

RISORSE per realizzare il PTRP

- **Attività ambulatoriali:** prescrizione somministrazione farmaci, certificazioni, servizio sociale professionale, psicoterapie, interventi educativi – 100% SSN
- **Inserimenti in comunità terapeutiche** -100% SSN
- **Inserimento comunità educativo/ riabilitative** - 50% SSN e 50% Comuni
- **Inserimenti in comunità socioassistenziali**-100%Comuni
- **Tirocini inclusivi** – 100% SSN o 100% enti formativi o 100% SIL
- **Interventi riabilitativi affidati al III Settore:**100 %SSN, impropriamente chiamati BIS, disabilità 60/70% SSN e 40%30% Comuni

- **FAP fondo per l'autonomia possibile psichiatrici**
assi: abitare, lavoro e formazione/socialità – 50% SSN 50% Comuni
- **FAP fondo per l'autonomia possibile disabili** -
100% Comuni
- **Co programmazione e co progettazione III
Settore** quote finanziarie da SSN e Comuni in base ai
LEA
- **Assistenza economica** – 100% Comuni
- **Emergenza abitativa** – 100% comuni

Riepilogo PTRP

Valutazione multidimensionale dei bisogni

Assunzione obiettivi di abilitazione e capacitazione

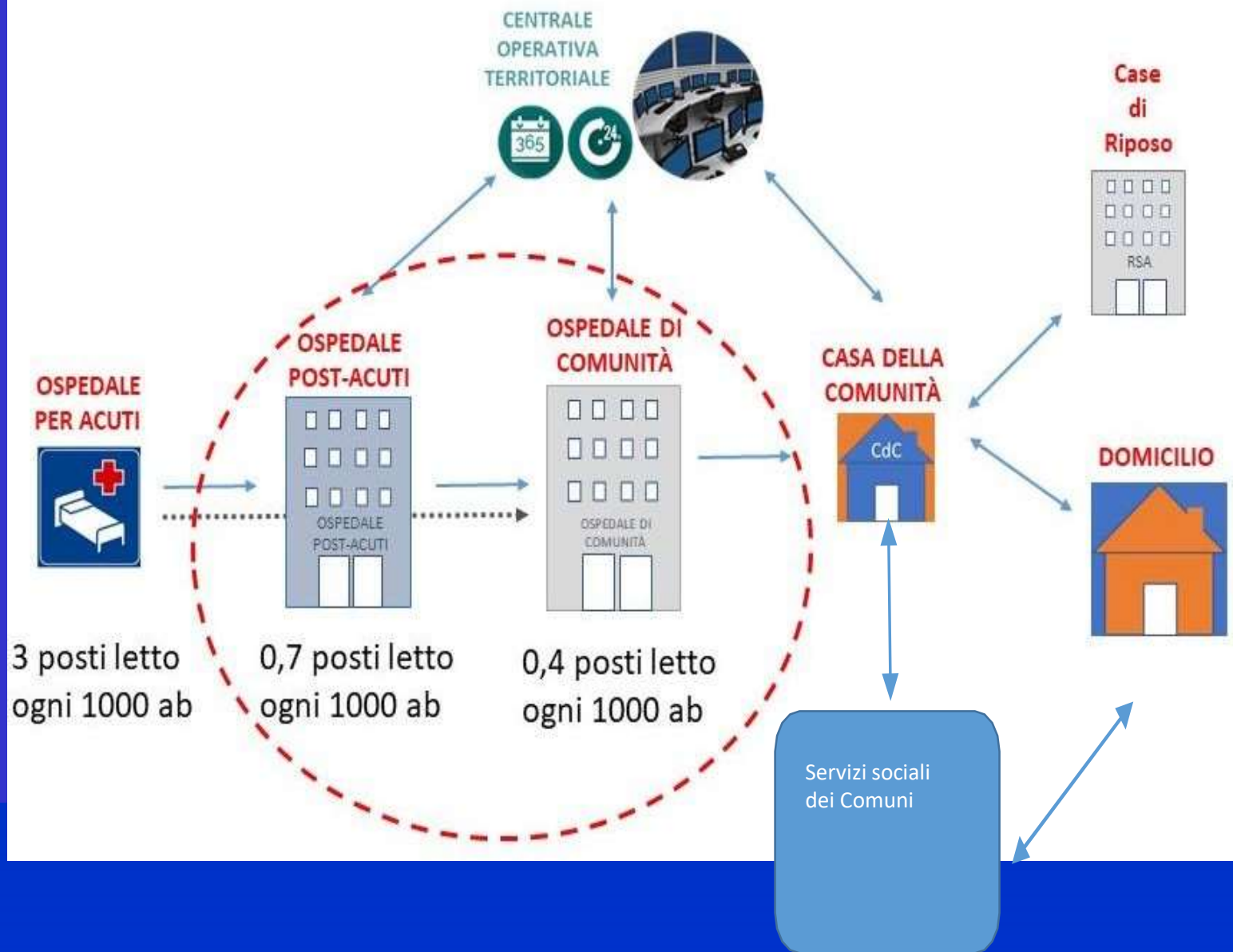
Individuazione risorse dedicate

Monitoraggio e valutazione

LA NUOVA SANITA'

Patto per la Salute 2019-2021





Dipartimento Dipendenze e Salute mentale

Salute Mentale

Centri salute mentale
(CSM)

Servizio Psichiatrico di
Diagnosi e Cura (SPDC)

1 per DDSM (Ospedale Hub)

Residenze per
l'Emissione delle Misure
di Sicurezza (DEMS)

Servizi per DCA

1 Centro Diurno (12h) per DDSM

Strutture residenziali/abitare
inclusivo

Dipendenze

Centri per le Dipendenze
comportamentali e da sostanze
legali e Dipendenze da
sostanze illegali

12h

Struttura Residenziale per la
Terapia Riabilitativa delle
Dipendenze (problemi alcool)

Comunità terapeutiche

Convenzione