



Cofinanziato dall'Unione europea



MINISTERO DELL'INTERNO



Logo realizzato da Centro Arcobaleno Ulss 8 - Sistemi di Promozione della Salute Mentale

FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 salute Protezione Internazionale Richiedenti Network

Valutazione dei Percorsi Sperimentati

Work Package: 4

Sperimentazione di percorsi innovativi di presa in carico

Task: 6

Valutazione dei percorsi sperimentati



AJLSS 8 Berica (Cappella)



AJLSS 2 Maria Terezianna



AJLSS 5 Polesana



AJLSS 6 Euganea



AJLSS 7 Pedemontana



AJLSS 9 Scalfara



Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Premessa

La progettazione e realizzazione delle azioni previste dal WP4 – *Sperimentazione di percorsi innovativi di presa in carico* – si inscrivono all'interno di un *continuum* progettuale rappresentato dalle attività realizzate all'interno degli altri WP che compongono il Progetto Spir.Net.

Le azioni del WP 4 hanno caratterizzato gli elementi che compongono il quadro di riferimento all'interno del quale si sono mosse le azioni di progetto e hanno reso possibile in ciascun territorio il coinvolgimento di una serie di professionisti di riferimento o afferenti, soprattutto alla rete dei servizi per la salute mentale.

Il riferimento specifico è ai Dipartimento di salute mentale (DSM) in qualità di strutture e servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dalle Aziende Ulss, ed i Servizi Ambulatoriali Dipendenze (Ser.D.), questi ultimi in qualità di servizi con responsabilità definite dal D.M. 444/90.

Dal momento che i fattori che influiscono la salute mentale di richiedenti e titolari di protezione internazionale sono molteplici e complessi, e tendono a correlarsi tra di loro, la variabilità delle problematiche di *mental health* all'interno della popolazione migrante è piuttosto elevata.

Inoltre, i richiedenti e titolari di protezione internazionale ancor di più, sono a maggior rischio di incontrare ulteriori fattori stressogeni legati, nonché diversi tipi di barriere nell'accesso ai servizi e fruibilità degli stessi e - spesso - un progressivo peggioramento delle condizioni di vita quotidiana.

Benché il quadro sia piuttosto ampio e complesso ed è quindi difficile disegnare cornici che tengano dentro tutta la complessità che lega i fattori appena esposti, analizzando lo sviluppo delle azioni del progetto SPIR NET si può tracciare un modello di esperienza.

Questo modello, non omogeneo né stabile, prende le mosse dallo sviluppo di processi aziendali e territoriali che sono stati in grado di rileggere e utilizzare procedure già previste dalla cornice normativa regionale in funzione degli obiettivi di progetto, come le Unità di Valutazione MultiDimensionali (UVMD).

Si è scelto quindi di lavorare nel solco di quanto già esisteva nelle procedure dei territori e tra gli strumenti dei servizi, innestando le componenti necessarie al raggiungimento degli obiettivi specifici: il coinvolgimento di attori afferenti a diversi enti e istituzioni sia del pubblico che del privato sociale che è andato a rafforzare l'approccio integrato già al centro della natura delle UVMD.



A.U.L.S.S. 8 Berica
(Capofila)



A.U.L.S.S. 2 Marca Trevigiana



A.U.L.S.S. 5 Polesana



A.U.L.S.S. 6 Euganea



A.U.L.S.S. 7 Pedemontana



A.U.L.S.S. 9 Scaligera



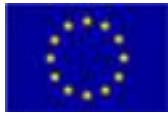
Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



TRADIZIONE, INNOVAZIONE, AFFIDABILITÀ
PROLUNGARE LA VITA, PRESERVARE L'INTELLIGENZA, FAVORIRE IL BENESSERE



MINISTERO
DELL'INTERNO

1 -L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale: la cornice regionale di partenza

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, rappresenta un organismo multidisciplinare e multiprofessionale istituito in ogni distretto socio-sanitario per l'accesso al sistema dei servizi e per l'attivazione degli interventi socio-sanitari. Essa garantisce una presa in carico integrata delle persone in stato di necessità e favorisce la definizione di soluzioni condivise tra i professionisti coinvolti.

La valutazione multiprofessionale e multidimensionale consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriati, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dai singoli territori, in modo da attivare, nel breve, medio e lungo termine, le dovute risorse, in termini di personale e di servizi.

Tabella - Framework legislativo nazionale e regionale di riferimento

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (GU Serie Generale n.33 del 08-02-2002 - Suppl. Ordinario n. 26)

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" note: Entrata in vigore del provvedimento: 3/6/2006 (Ultimo aggiornamento all'atto pubblicato il 31/12/2018) (GU n.115 del 19-05-2006)

DGR 561 del 3 marzo 1998

DGR 3242 del 30 novembre 2001 "Approvazione linee di indirizzo alle Aziende Ulss"

DGR n. 492 dell'08/03/2002 "Entrata in vigore del DPCM 29 novembre 2001. "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" – Prime disposizioni applicative

DGR n. 2227 del 09/08/2002 "DPCM 29 novembre 2001. "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Disposizioni applicative. Secondo provvedimento"

DGR n. 3972 del 30/12/2002 "DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Disposizioni applicative. Terzo provvedimento"

DGR n. 2248 del 17 luglio 2007 "Modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica (DPCM 23 febbraio 2006 n. 185)"

DGR n. 4588 del 28 dicembre 2007 "Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla DGR 3242/01 - Approvazione linee di indirizzo alle Aulss"

Decreto del Dirigente della Direzione Regionale per i Servizi Sociali dell'8 gennaio 2007, n. 2

Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS"



A.U.L.S.S. 8 Berica
(Capofila)



A.U.L.S.S. 2 Marca Trevigiana



A.U.L.S.S. 5 Polesana



A.U.L.S.S. 6 Euganea



A.U.L.S.S. 7 Pedemontana



A.U.L.S.S. 9 Scaligera



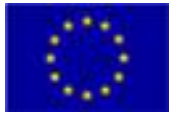
Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



TRADIZIONE, INNOVAZIONE, AFFIDABILITÀ, FIDUCIA 2004-2007
PROGETTO 2008-2010 PROIEZIONE INTELLETTUALE ED INNOVATI NETWORK



MINISTERO
DELL'INTERNO

In termini di significato e di ambito di competenza, l'UVMD rappresenta l'evoluzione dell'Unità Operativa Distrettuale (UOD) introdotta in Veneto dalla Giunta Regionale del 1994 con lo scopo di assicurare un'assistenza adeguata alle persone anziane non autosufficienti, nel 2001 si è deciso di ampliare la sua applicabilità, estendendola a tutti i soggetti caratterizzati da multiproblematicità.

Con la **DGR 3242/2001** la Regione Veneto ha definito la struttura, l'assetto organizzativo, le funzioni e l'operatività del Distretto Socio-Sanitario nell'ambito del sistema sanitario e socio-sanitario regionale; in particolare ha circoscritto le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria con riferimento alle seguenti aree: materno-infantile, anziani, *handicap*, patologie psichiatriche, dipendenze, patologie da infezioni HIV, e patologie terminali, identificando l'**Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.)** come lo strumento più idoneo a garantire e realizzare l'integrazione socio sanitaria, in quanto specifica **metodologia integrativa per i casi più complessi ed unica porta di accesso per questi ultimi alla rete integrata dei servizi.**

Con le successive DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE – **DGR n. 492 dell'08/03/2002** "Entrata in vigore del DPCM 29 novembre 2001. "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" – Prime disposizioni applicative, **DGR n. 2227 del 09/08/2002** "DPCM 29 novembre 2001. "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Disposizioni applicative. Secondo provvedimento", e **DGR n. 3972 del 30/12/2002** "DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Disposizioni applicative. Terzo provvedimento" – la Giunta Regionale ha dato effettiva attuazione, attraverso una serie di disposizioni applicative analitiche e particolareggiate, a quanto stabilito nel DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", specificando, per ciascuna area, le prestazioni e le relative spese, differenziandole, in base all'attribuzione per competenza, al bilancio sanitario o sociale.

In considerazione dei mutamenti normativi inerenti la programmazione regionale e locale, l'assetto organizzativo e gestionale della rete dei servizi, ma, soprattutto, al fine di sviluppare processi di valutazione e di accesso alla rete dei servizi omogenei nell'intero territorio regionale, si è ritenuto opportuno e necessario procedere all'aggiornamento delle linee guida per le attività ad elevata integrazione sociosanitaria, per i casi complessi, e per l'accesso ad alcune delle prestazioni e dei servizi della rete.

A tale scopo è stato istituito un apposito gruppo di lavoro – con Decreto del Dirigente della Direzione Regionale per i Servizi Sociali dell'8 gennaio 2007, n. 2 – avente come obiettivo quello di elaborare un documento relativo alle condizioni istituzionali ed organizzative per l'attività di valutazione in UVMD, per le situazioni a carattere complesso e rilevante rispetto alla distribuzione delle risorse. Con la **DGR n. 4588 del 28 dicembre 2007** "Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla DGR 3242/01 - Approvazione linee di indirizzo alle Aulss" si è inteso procedere all'aggiornamento delle linee guida per le attività ad elevata integrazione sociosanitaria per i casi complessi e per l'accesso ad alcune delle prestazioni dei servizi della rete, approvando un documento che a tutt'oggi definisce gli scopi, la composizione e gli strumenti utilizzati della UVMD.

Il gruppo di lavoro di cui sopra ha esaminato i punti nodali delle attività di valutazione multidimensionale e multidisciplinare ed ha predisposto un documento di linee di indirizzo dell'attività delle UVMD, l'Allegato A "Linee di indirizzo per la definizione delle attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale



A.U.LSS 8 Berica
(Capofila)



A.U.LSS 2 Marca Trevigiana



A.U.LSS 5 Polesana



A.U.LSS 6 Euganea



A.U.LSS 7 Pedemontana



A.U.LSS 9 Scaligera



Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale



U.V.M.D.”, parte integrante e sostanziale del provvedimento, con cui si disciplina le attività di valutazione multidimensionale per l’accesso alla rete territoriale dei servizi sociosanitari della Regione del Veneto, recepito poi con atto formale dalla Conferenza dei Sindaci, dalle Azienda ULSS, dalle Amministrazioni Comunali e dagli enti ed organismi che aderiscono al Piano di Zona. Inoltre, queste realtà si impegnano a rispettare e a fare rispettare le delibere presso le proprie strutture e servizi, in tutto l’ambito territoriale di competenza.

Tale provvedimento è importante in quanto definisce le finalità generali e gli obiettivi dell'attività dell'UVMD, identifica i destinatari delle attività, oltre all’individuazione di funzioni, composizione, metodologie di lavoro e *timing* delle attività dell'UVMD, tipologia degli interventi per i quali si rende necessaria, in ogni area, la valutazione multidimensionale e multiprofessionale, precisando anche i termini di verifica e di revisione/riesame da parte degli interessati.

Sulla base di quanto specificato, l’UVMD rappresenta quindi una modalità di lavoro che si costituisce sui bisogni complessi della persona, che derivano da una molteplicità di problematiche. Diverse sono le aree di salute coinvolte e quindi, diverse, sono le professionalità chiamate in causa, che insieme elaborano e propongono un progetto assistenziale e riabilitativo individualizzato. L’obiettivo principale dell’UVMD è quello di definire un progetto individuale per una persona in stato di bisogno sociosanitario.

Un altro aspetto importante, riportato nella DGR n. 4588 del 28 dicembre 2007 e valorizzato nella cornice di progetto, è la rappresentazione dell’UVMD come “*Porta Unica di Accesso alla rete integrata dei servizi per i casi più complessi*”. L’ UVMD si configura come modalità di lavoro dotata di poteri decisionali e di *budget*, oltre che titolare di responsabilità, con compiti e funzioni incentrati su alcuni principi quali, la tutela della salute come diritto del singolo ed interesse della comunità, e la centralità della persona.

La **Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016** “*Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero"*”. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”, ha definito gli ambiti territoriali delle nuove Aziende ULSS e qui di seguito si riportano le diverse delibere o regolamenti che hanno definito e approvato il Regolamento per l'Attività di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nelle aziende coinvolte dal progetto SPIR NET:

- Con **Deliberazione del Commissario n. 155 del 26/02/2021** la **Azienda ULSS 9 Scaligera** ha approvato il “**REGOLAMENTO UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE (U.V.M.D.) DELL’AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA**”
- Con **Deliberazione 489 del 18/03/2021** la **Azienda ULSS 8 BERICA** ha approvato l’Integrazione del Regolamento per la definizione delle attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) dell'Azienda ULSS n. 8 Berica **REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELLE UVMD.**
- **Azienda ULSS 7 Pedemontana** Procedura che disciplina le attività di valutazione multidimensionale per l’accesso alla rete territoriale dei servizi socio-sanitari del Distretto 1 Bassano del 23 ottobre 2018
- **Azienda ULSS 6 Euganea** Regolamento per il funzionamento delle UVMD
- **Azienda ULSS 5 Polesana** DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 854 del 17 ottobre 2018
- **Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana** una serie di documenti formali tra cui la D.P.G.R. n. 246 del 31.12.2007



A.ULSS 8 Berica (Capofila)



A.ULSS 2 Marca Trevigiana



A.ULSS 5 Polesana



A.ULSS 6 Euganea



A.ULSS 7 Pedemontana



A.ULSS 9 Scaligera



Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale

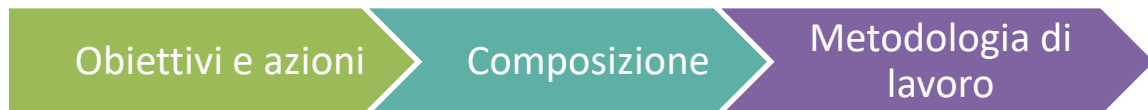
2- Le mini equipe del progetto SPIR NET

All'interno del Progetto Spir.Net la modellizzazione delle mini-*équipe* ha necessitato di un adattamento e riaffermazione degli elementi che caratterizzavano l'UVMD sul territorio regionale al fine di renderle più aderente agli obiettivi e al profilo delle persone:

- ⇒ **unità**, con riferimento al fatto che i diversi servizi e le diverse realtà coinvolte collaborano concordemente in modo da recuperare l'unità della persona, anche attraverso la ricostruzione della sua storia migratoria, oltre che di cura;
- ⇒ **valutazione**, come elemento necessario per creare le giuste condizioni per arrivare a co-costruire sia le risposte alla domanda di presa in carico, sia un progetto personalizzato coerente con i bisogni del singolo soggetto;
- ⇒ **multidimensionale**, approccio che lega i diversi aspetti che riguardano il singolo individuo. La messa in relazione implica un recupero dei diversi aspetti della persona e del contesto in cui vive, oltre che un momento di sintesi che conferisce continuità ai diversi momenti e luoghi della presa in carico;
- ⇒ **multiprofessionalità**, i diversi professionisti coinvolti, sulla base delle loro competenze e dei loro ruoli, recuperano e restituiscono un quadro di insieme e di senso alla storia della persona.

In ogni territorio di competenza delle Aziende ULLS di progetto le mini-*équipe*, multiprofessionale e multilivello sono state immediatamente operative, fin dalla loro costituzione, anche in virtù del fatto che fossero gemmate dalle preesistenti strutture di UVMD.

Descrizione delle mini equipe di SPIR NET:



2.1-Obiettivi e azioni delle mini equipe

La premessa alla base della costituzione e operatività delle mini-*équipe* modellate sulla natura e funzioni delle UVMD è rappresentata dal dialogo e dal confronto orizzontale e collegiale tra i professionisti coinvolti. Il coordinamento, anche interistituzionale, è infatti necessario per una buona gestione delle attività di valutazione, di presa in carico e di accesso degli utenti migranti al sistema integrato dei servizi sociosanitari. La funzione primaria delle *équipe* è rappresentata dalla valutazione multidimensionale e multiprofessionale, ovvero una lettura unitaria ed unificante degli aspetti sanitari, sociali, relazionali, di contesto e delle esigenze delle persone individuate per la presa in carico.

Le mini-*équipe* hanno avuto l'incarico di realizzare una valutazione realmente integrata dei casi e sperimentare – in ogni territorio– azioni specifiche finalizzate a migliorare i percorsi integrati di prevenzione, segnalazione e gestione di vulnerabilità psichiche tra i migranti. Tale obiettivo volutamente ricalca, in parte, le attività che i professionisti della salute svolgono quotidianamente finalizzate alla realizzazione di azioni



integrate per migliorare e attivare percorsi cura e riabilitazione dei soggetti che hanno in carico, a cui si aggiunge un'attenzione maggiore per la presa in carico e la costruzione di percorsi per migranti vulnerabili.

In un primo momento la ricerca dei potenziali **beneficiari target** di Spir Net è stata orientata attraverso canali istituzionali – Prefetture e DSM delle AULSS partner – con risultati valutati unanimemente non soddisfacenti e poco aderenti alla stima delle necessità definite in sede di progettazione. Le segnalazioni delle Prefetture partner erano certamente supportate dal coinvolgimento diretto nel progetto e da una approfondita conoscenza delle persone affidate ai CAS dei territori di riferimento.

La constatazione che in altri territori coinvolti i legami tra AULSS e Prefetture non erano prassi ed in un caso non esistevano neppure a livello informale, ha convinto il Gruppo di Pilotaggio non solo ad unificare le azioni previste dal Task 1 e dal Task 3, ma a rivedere l'azione di networking necessaria per far incontrare da subito gli attori istituzionali con gli ETS che avevano in carico le persone. Il tema si è prontamente spostato da liste ufficiali più o meno disponibili ad un confronto serrato, a partire da questi elenchi qualitativamente e quantitativamente non aggiornati, su dati di realtà forniti da operatori delle accoglienze, che hanno consentito l'emersione e la verifica delle informazioni disponibili.

Si è operato il passaggio dagli *elenchi* alla *conoscenza*, in alcuni casi attraverso la ricostruzione della storia migratoria, delle condizioni psicofisiche e psico-diagnostiche, che hanno richiesto, da un lato il reperimento e l'accesso ad una serie di informazioni attraverso la condivisione e presa visione, ove e quando possibile, della documentazione clinica di competenza dei CSM, o di altra messa a disposizione dai CAS; dall'altro, la programmazione e l'attivazione di una serie di incontri con il personale delle Prefetture, dei CSM e dei CAS, fino ad arrivare agli incontri con gli utenti per una conoscenza diretta ed aggiornata.

Le azioni dirette alla persona si sono concretizzate in supporti psicologici utili ad accompagnare le persone, ancora ospiti prevalentemente in strutture CAS per scelta e necessità delle Prefetture ma anche per la carenza di prese in carico socio sanitarie, verso contesti a maggiore autonomia e a minore assistenza e protezione, ove possibile. In alcuni casi sono stati favoriti gli ingressi in strutture socio sanitarie e/o convenzionate per rispondere ad esigenze di cura sottovalutate e/o trascurate. Ad alcuni beneficiari sono stati erogati gli aiuti economici necessari per dare impulso ai percorsi di autonomia abitativa e sociale.

Alcune azioni agite dalla mini-*équipe* sono state orientate alla valorizzazione delle risorse istituzionali attraverso una loro reale fruizione da parte dell'utenza, facilitando l'accesso alla rete formale delle offerte di cura e riabilitazione ai soggetti che hanno soddisfatto i requisiti di accesso. Altre azioni, invece, hanno interessato il reperimento di risorse territoriali, anche informali, in particolare in ambito abitativo, funzionali allo sviluppo dei progetti di inclusione. Queste azioni restano comunque gravate da un alto grado di criticità, in quanto la rete dedicata alle vulnerabilità psichiche in generale, ed in particolare dell'utenza immigrata, è gravemente condizionata dalla ristrettezza ed indisponibilità di risposte, in particolare residenziali o semi residenziali, pur previste dai Piani di Zona ma non coperte da adeguati finanziamenti.

Tutte le azioni messe in atto dalle mini equipe territoriali sono state comunque orientate verso l'inserimento sociale degli utenti.



A.ULSS 8 Berica
(Capofila)



A.ULSS 2 Marca Trevigiana



A.ULSS 5 Polesana



A.ULSS 6 Euganea



A.ULSS 7 Pedemontana



A.ULSS 9 Scaligera



Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale



2.2 Composizione delle mini-équipe delle aziende ULSS

Il *Task 1* ha previsto la definizione e la sperimentazione di un modello di mini-*équipe* multi-professionale esperta di etnopsichiatria all'interno delle ULSS *partner*. Questa azione ha coinciso con quella prevista dal *Task 3*, la creazione e sperimentazione di un' *équipe* multi-professionale e multi-livello tra ULSS e *stakeholders* provinciali. Questo ha significato aprire la partecipazione alle mini-*équipe* fin quasi da subito agli operatori delle realtà del privato sociale coinvolte nei percorsi sperimentali, individuate tra le realtà con una collaborazione già attiva da tempo con le AULSS territoriali in percorsi di presa in carico con utenti, possibili *target* di progetto, come anticipato.

Riguardo alla composizione delle mini-*équipe*, tutte le Ulss sono partite a costituire l'*équipe* con il coinvolgimento del personale del DSM e del Ser.D, con psichiatri, psicologi, assistenti sociali. Solo in alcuni casi sono stati incluse anche altre figure professionali, quali quelle degli educatori e degli infermieri. Si segnala la configurazione dell'Azienda **ULSS 2** che ha composto la sua *équipe* coinvolgendo uno psicologo afferente al Ser.D e diverse figure afferenti al DSM quali, 1 psichiatra, 1 assistente sociale, 1 psicologa libero professionista esterna, 1 assistente amministrativo, 4 referenti territoriali dei diversi distretti, comprendenti assistenti sociali e psicologi.

Riguardo l'Azienda **ULSS 6** : un medico psichiatra e un'assistente sociale hanno assunto la funzione di figure di riferimento per il coordinamento dei casi segnalati e hanno rappresentato il raccordo tra le *équipe* territoriali e gli ETS coinvolti nell'accoglienza e presa in carico delle persone segnalate. Le figure professionali individuate, in prima istanza, come possibili membri della mini-*équipe* multiprofessionale sono tutte afferenti al DSM, al Ser.D, al Servizio Età Evolutiva (SEE). Si è proceduto ad attivare formalmente la *équipe* privilegiando e supportando una presa in carico da parte dei diversi CSM di riferimento.

L'Azienda **ULSS 7**, al pari dell'azienda **ULSS 6** padovana, ha strutturato la sua mini-*équipe* attorno alle figure attive nel DSM, 1 psichiatra, 1 educatrice e 2 assistenti sociali, nel SEE, 1 psicologo, e nel Ser.D (1 psicologo), inoltre ha coinvolto anche il Consultorio familiare nella figura dell'assistente sociale.

Similmente alle altre, anche l'Azienda **ULSS 8** ha privilegiato il coinvolgimento di figure professionali già formalmente attive nel DSM e nel Ser.D, quali medico psichiatra, psicologo e assistente sociale, ma è l'unica Azienda che ha incluso nel gruppo di lavoro la figura dell'infermiere. L'azienda **ULSS 9** del veronese ha strutturato la sua mini-*équipe* secondo un modello "a raggiera", con un gruppo di lavoro centrale composto da figure professionali altamente specializzate afferenti al DSM, 1 medico psichiatra, 1 psicologo, 1 educatore, 1 assistente sociale, cui si sono di volta in volta aggiunti professionisti e operatori afferenti ad altri servizi territoriali. Di contro, il personale del Ser.D ha deciso di non partecipare alla composizione delle mini-*équipe* non risultando nessun utente straniero formalmente in carico.

Si sottolinea come la maggior parte dei professionisti coinvolti nelle *équipe* abbia anche partecipato ai diversi momenti formativi attivati all'interno della cornice progettuale.



A.ULSS 8 Berica
(Capofila)



A.ULSS 2 Marca Trevigiana



A.ULSS 5 Polesana



A.ULSS 6 Euganea



A.ULSS 7 Pedemontana



A.ULSS 9 Scaligera



Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale

Aziende ULSS: Professionisti e servizi coinvolti:

ULSS 2	ULSS 6 ¹	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9
<p>DSM 1 psichiatra 1 assistente sociale 1 psicologa libero professionista esterna 1 assistente amministrativo 4 referenti territoriali dei diversi distretti, comprendenti assistenti sociali e psicologi Ser.D 1 psicologo</p>	<p>DSM 1Psichiatra 1assistente sociale hanno costituito (punto di riferimento per il coordinamento dei casi segnalati e raccordo con gli ETS coinvolti nei percorsi sperimentali)</p>	<p>DSM 1 psichiatra 1 educatrice 2 assistenti sociali SEE 1 psicologo Ser.D 1 psicologo Consultorio Familiare 1 assistente sociale</p>	<p>Si sono valorizzati operatori già attivi nelle <i>équipe</i> dei DSM e Ser.D. DSM 1 psichiatra 1 infermiere 1 assistente sociale 1 psicologo Ser.D</p>	<p>Mini-<i>équipe</i> su un modello "a raggiera", con un centro specializzato e ramificazioni agli altri servizi territoriali. <i>Equipe</i> centrale del DSM: 1 psichiatra 1 psicologo 1 educatore 1 assistente sociale Il Ser.D ha declinato la proposta di collaborazione per mancanza di evidenze rispetto all'utenza migrante.</p>

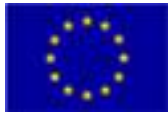
Nello specifico le collaborazioni con diversi *stakeholders* territoriali sono risultate funzionali sia ai percorsi di presa in carico integrata sia alla caratterizzazione e sperimentazione di interventi integrati *ad hoc* in ogni territorio.

Una *governance* territoriale multilivello deve tenere assieme l'integrazione dei processi assistenziali con l'evoluzione del sistema di risposte ai bisogni.

La risposta ai bisogni complessi di assistenza richiesta dai soggetti con disagio psico-sanitario si muove – necessariamente – in modo trasversale rispetto ai diversi settori ed attori coinvolti. Da qui l'esigenza di raggiungere una condizione di integrazione stabile e continuativa tra le diverse "funzioni pubbliche" coinvolte, come meglio dettagliato di seguito.

In merito alla composizione delle mini-*équipe* si rimanda alla tabella di seguito riportata, sottolineando che per quanto riguarda il personale delle Aziende ULSS coinvolto in ogni territorio vale quanto specificato nella tabella precedente.

¹ Il basso profilo di adesione scelto dall'AULSS 6 (nessun budget a disposizione) ha limitato il coinvolgimento sistematico nella mini-*équipe* di professionisti da altri servizi (Ser.D, SEE...), privilegiando un modello di presa in carico attraverso il personale dei CSM di riferimento.



Progetto co finanziato dall'Unione Europea



TRONDI AGLI, INCAZONE, RIFUGIATOINE FIANI 2014-2020
FOGL 2020 NAVE PRUSSICE INTELLIGENCIA E INVENITI NETOVI



MINISTERO DELL'INTERNO

Componenti delle mini equipe territoriali:

ULSS 2	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9
Partner di progetto	Partner di progetto	Partner di progetto	Partner di progetto	Partner di progetto
Azienda ULSS 2 + Cooperativa GEA	Azienda ULSS 6 + Cooperativa GEA + Prefettura di Padova	Azienda ULSS 7 + Cooperativa GEA + Prefettura di Vicenza	Azienda ULSS 8 + Cooperativa GEA + Prefettura di Vicenza	Azienda ULSS 9 + Cooperativa GEA
Enti di Terzo Settore incaricati	Enti di Terzo Settore incaricati	Enti di Terzo Settore incaricati	Enti di Terzo Settore incaricati	Enti di Terzo Settore incaricati
Consorzio Restituire + Prefettura di Treviso	Il Sestante e realtà aderenti Consorzio Veneto Insieme + Comune di Padova (Uff. Accoglienza e Immigrazione)	Cooperativa Entropia Cooperativa Libra	Cooperativa Entropia Cooperativa Libra	Cooperativa Milonga + Referente Uff. Stranieri Distretto 4 + Prefettura di Verona

2.3 Metodologia di lavoro

Definita la cornice della UVMD come normata dalla Regione Veneto e recepita localmente secondo schemi organizzativi territoriali anche differenziati, la metodologia di lavoro ha seguito diversi percorsi territoriali, con le specificità introdotte per i beneficiari segnalati per Spir Net.

A seguito della segnalazione formale a mezzo scheda validata dal Gruppo di Pilotaggio e distribuita territorialmente a carico di Prefetture ed AULSS agli ETS gestori di CAS o SAI, per ogni persona è stata redatta una scheda informativa sintetica contenente anche i possibili progetti realizzabili e i possibili attori responsabili delle azioni da coinvolgere.

Le fasi istruttorie delle UVMD formali hanno visto un'intensa interazione tra referenti dell'ETS individuati per la realizzazione dei percorsi sperimentali con i referenti AULSS individuati e, ove necessario, anche dei referenti delle Prefetture e dei Comuni interessati.

La fase istruttoria ha trovato sintesi, ad assetti variabili, in una scheda – messa a disposizione da una AULSS partner e validata dal Gruppo di Pilotaggio – propedeutica alle decisioni da assumere in sede di UVMD relative alle azioni effettivamente realizzabili.

Le UVMD sono state regolarmente e formalmente convocate secondo prassi territoriali da personale AULSS ed ogni progetto personalizzato è stato formalmente definito in sede di UVMD secondo i *format* già in uso all'interno delle Aziende partner.

Ad ogni UVMD, oltre ai soggetti componenti dell'*équipe*, erano convocati i rappresentanti dei comuni di residenza degli utenti, gli operatori del CSM referenti dei casi, i professionisti degli ETS segnalanti e deputati alla realizzazione dei progetti definiti dall'UVMD.



A.ULSS 8 Berica (Capofila)



A.ULSS 2 Marca Trevigiana



A.ULSS 5 Polesana



A.ULSS 6 Euganea



A.ULSS 7 Pedemontana



A.ULSS 9 Scaligera



Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale

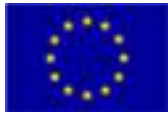
Nella tabella di seguito si sono schematizzate le modalità operative delle singole *équipe* territoriali.

ULSS 2	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9
<ol style="list-style-type: none"> 1. condivisione del progetto con l'<i>équipe</i>, compresa la finalità e i destinatari, e promozione della segnalazione degli utenti da parte dei servizi. 2. valutazione dei casi segnalati da CAS, Prefettura, e CSM, in relazione ai criteri di ammissione/esclusione. Utilizzo della scheda di segnalazione. 3. Collaborazione con il <i>partner</i> di progetto nella presa in carico degli utenti e nella definizione degli obiettivi. 4. Convocazione formale di UVMD e verbalizzazione delle decisioni assunte 5. organizzazione e partecipazione ad incontri di monitoraggio dei progetti. 6. lavoro di mappatura delle strutture di accoglienza del territorio attraverso la somministrazione di un questionario agli operatori di tutti i CAS, finalizzato ad un migliore invio e presa in carico presso i servizi di salute mentale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. condivisione del progetto con l'<i>équipe</i>, compresa la finalità e i destinatari 2. promozione della segnalazione degli utenti da parte dei servizi. 3. partecipazione agli incontri di coordinamento interservizi 4. Convocazione formale di UVMD e verbalizzazione delle decisioni assunte 5. supervisione e monitoraggio dei progetti con raccordi periodici programmati. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. segnalazione dei bisogni dell'utenza via mail tramite scheda di segnalazione, indirizzata dai CAS o dalla Prefettura. 2. Convocazione formale di UVMD e verbalizzazione delle decisioni assunte 3. attivazione dei <i>partner</i> di progetto per la definizione del percorso di presa in carico. 4. verifiche periodiche. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. segnalazione dei potenziali destinatari del progetto da parte della Prefettura. 2. selezione dei vulnerabili gravi. 3. Convocazione formale di UVMD e verbalizzazione delle decisioni assunte 4. redazione di una scheda informativa sintetica, contenente i possibili progetti realizzabili e i possibili attori responsabili delle azioni, nonché le decisioni prese in UVMD. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. definizione di un'<i>équipe</i> centrale, che dialoga con gli operatori "sentinella" dei CSM territoriali, al fine di: <ul style="list-style-type: none"> - rilevare i casi emergenti, diffondere il <i>know-how</i> sul tema. 2. identificazione di una figura di regia per il coordinamento delle prese in carico e degli interventi Spir.Net. 3. valutazione preliminare dei casi segnalati 4. Convocazione formale di UVMD e verbalizzazione delle decisioni assunte 5. valutazioni e monitoraggio sui percorsi attraverso periodici incontri di verifica.

Anche se i processi di ciascun'azienda avevano passaggi differenti, gli obiettivi e il contesto di progetto hanno impresso dei movimenti comuni. Di seguito si riportano alcuni elementi trasversali all'operato di ogni *équipe* che rappresentano l'ossatura del Modello SPIR NET:

- Disseminazione della sensibilità e rafforzamento delle competenze relative alla vulnerabilità dei rifugiati e richiedenti asilo;
- la Convocazione dell'UVMD e la verbalizzazione delle decisioni prese, cardine nel processo di lavoro in ciascun territorio;
- Promozione della segnalazione degli utenti da parte dei servizi;
- Definizione degli obiettivi di intervento in *équipe* multiprofessionale e multi settoriale;
- Supervisione esterna a cura di SIMM e professionisti AST Niguarda Milano di tutte le *équipe* territoriali;
- Monitoraggio locale dei casi/progetti o delle prese in carico con raccordi periodici programmati.

Alla fine delle attività di progetto ciascun'azienda ha compilato un questionario evidenziando i punti di forza e le criticità. Riportate rispettivamente nelle tabelle seguenti.



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



PROGETTO ADOZIONE, MIGRAZIONE, INTELLIGENZA FINANZIARIA 2014-2020
PROG. 2014-2020 SUD OVEST PROIEZIONE INTELLIGENZA FINANZIARIA 2014-2020



MINISTERO
DELL'INTERNO

PUNTI DI FORZA E BUONE PRASSI

Punti di forza e buone prassi	ULSS	ULSS	ULSS	ULSS	ULSS
	<u>2</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>
Rete di collaborazione tra i servizi pubblici e di collegamento con il terzo settore (partner di progetto, cooperative, CAS)	X	X	X		X
Flessibilità degli operatori del privato sociale nella realizzazione degli interventi in termini di tempo, orario, relazione con i beneficiari	X				
Maggior apertura da parte degli operatori dei servizi Ulss nella valutazione e presa in carico dell'utenza migrante.	X				
L'azione di sensibilizzazione verso l'ente locale che pur sapendo dell'esistenza nel proprio territorio del CAS, non si era mai preoccupato dei possibili bisogni emergenti.	X			X	
Acquisizione di nuove conoscenze e competenze da parte della mini-équipe (specializzazione)	X			X	X
Formazione introduttiva sulle caratteristiche della popolazione migrante					X
Comunicazione DSM-CT-Prefettura					X



A.ULSS 8 Berica
(Capofila)



A.ULSS 2 Marca Trevigiana



A.ULSS 5 Polesana



A.ULSS 6 Euganea



A.ULSS 7 Pedemontana



A.ULSS 9 Scaligera



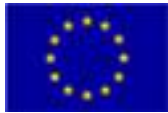
Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale



Progetto co finanziato dall'Unione Europea



TRADING AREA, INIZIATIVE, ATTIVAZIONE FINANZIARIA
PROG. 2000-2006 SUDLEY PROIEZIONE INTELLIGENZA ED INIZIATIVE NETWORK



MINISTERO DELL'INTERNO

CRITICITA'

Criticità	ULSS	ULSS	ULSS	ULSS	ULSS
	2	6	7	8	9
Tardivo coinvolgimento di alcune figure professionali nel progetto e concomitante turnover di operatori nel progetto.	X	X			
Difficoltà di abbinamento tra la segnalazione e la presa in carico da parte delle équipes territoriali.		X			
Complessità di segnalazioni provenienti da enti diversi, che richiedevano una ricostruzione della rete personale e istituzionale.		X			
Frammentarietà delle informazioni e delle comunicazioni sugli obiettivi del progetto e sulle reali ricadute degli interventi previsti		X			
Sforzo di collegamento tra gli interlocutori per la definizione unitaria e omogenea delle UVMD.	X	X			
Il coinvolgimento di più agenzie del privato sociale e di diversi interlocutori, ha creato talvolta delle visioni non univoche sulle azioni più utili da avviare per i beneficiari all'interno del progetto.		X			
Difficoltà di reperimento dei beneficiari idonei al progetto per caratteristiche e per situazione legale e gravità psicopatologiche.		X			
Spinta al drop out dal progetto di alcuni beneficiari per progettualità e volontà molto fluida e spesso non lineare rispetto al percorso concordato.	X	X	X		
Criticità legate alla difficoltà di conciliare i tempi del progetto con le prese in carico dei beneficiari. (Tempi troppo ristretti per i Task 4 e 5).	X	X			
difficoltà legate alla peculiarità di beneficiari con patologia psichiatrica acuta in contesti non "formati" alla gestione di pazienti psichiatrici.		X			
L'organizzazione dei CSM che prevede la presa in carico in base alla residenza, ha reso a volte complessa la continuità assistenziale dei beneficiari che spesso vengono spostati in diversi "luoghi di accoglienza".		X			
È mancata la possibilità di avere nella mini équipes la rappresentanza di alcuni Servizi, per turnover degli operatori.	X				
E' mancata la possibilità di estendere la formazione ad altri Servizi Ulss che non avevano partecipato alla formazione SIMM.	X				
Gli aspetti operativi del progetto sono risultati gravosi per il personale Ulss, che ha dovuto conciliare, all'interno del regolare orario di servizio, le attività del progetto Spir.Net con quelle del quotidiano lavoro clinico.	X				
A seconda dei CAS, difficoltà di collaborazione nella segnalazione e realizzazione degli interventi.	X		X	X	
Poco coinvolgimento dei Comuni di residenza				X	
Tema abitativo: per i migranti in condizione di vulnerabilità la difficoltà è significativa.				X	



A.ULSS 8 Berica (Capofila)



A.ULSS 2 Marca Trevigiana



A.ULSS 5 Polesana



A.ULSS 6 Euganea



A.ULSS 7 Pedemontana



A.ULSS 9 Scaligera



Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale

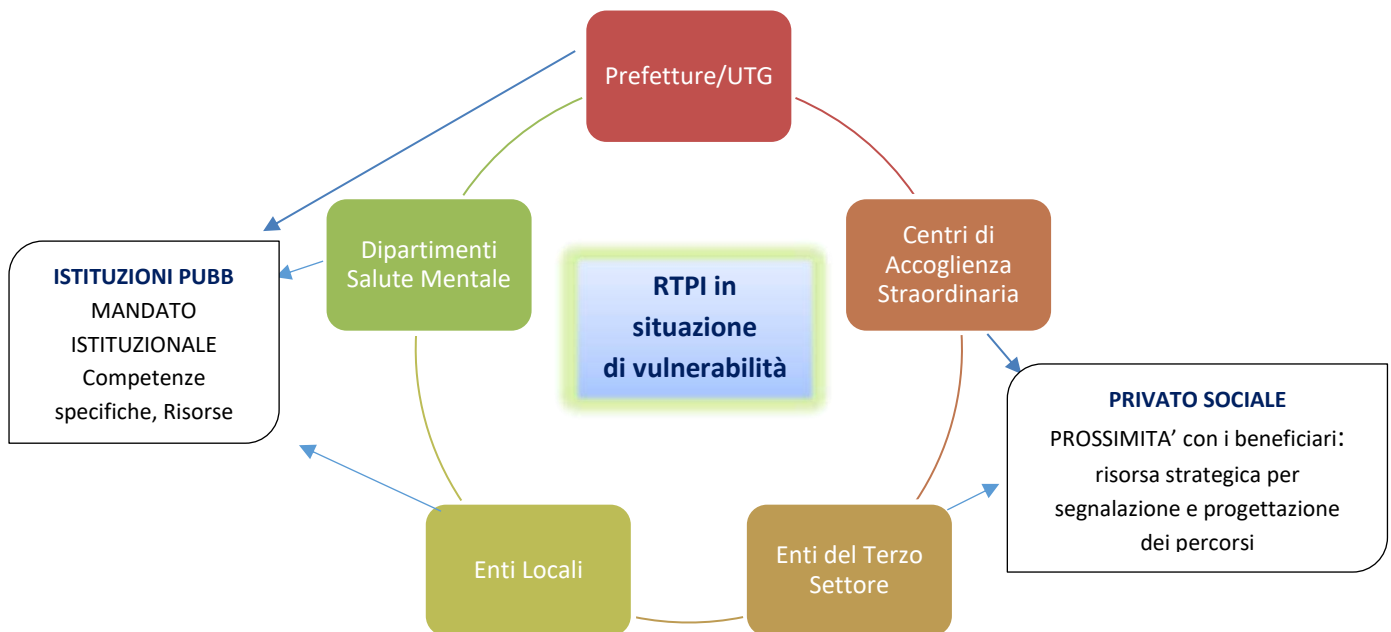
3. Ipotesi di modellizzazione ed azioni di miglioramento

Nella costruzione e nello sviluppo delle azioni del progetto SPIR NET molta attenzione è stata posta ai profili degli attori da coinvolgere, nella consapevolezza che le competenze, le risorse e le responsabilità di cui sono portatori avrebbero avuto un impatto significativo sugli obiettivi prefissati.

In questo senso, le mini equipe del Progetto Spir.Net, pur essendo un organismo che ha consistenza e responsabilità proprie e specifiche, non è un sistema chiuso, ma al contrario tende a coinvolgere il territorio il più possibile

Qui di seguito in forma sintetica:

La forma e la composizione dell'UVMD modellata dal progetto SPIR NET



Nell'ambito di SPIR NET, i diversi soggetti citati sono stati parte integrante delle mini-équipe territoriali e, grazie all'opportunità offerta dal progetto, hanno sviluppato con il tempo, migliorandoli, livelli di comunicazione e di cooperazione elevati. La prospettiva di collaborazione e raccordo inter istituzionale è da considerare la principale strategia su cui investire per la sostenibilità degli obiettivi di progetto.



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



➤ **PREFETTURE - UTG.**

Le Prefetture rappresentano il soggetto che sostiene l'onere economico della permanenza delle persone nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) e che revoca la loro permanenza quando vengono meno le condizioni legali.

Si ricorda il carattere pubblico delle risorse messe a disposizione e degli enti politicamente responsabili dell'accoglienza - Ministero dell'Interno ed Enti locali - secondo una logica di *governance* multilivello². Nel caso in cui i soggetti accolti siano – per diversi motivi – vulnerabili/fragili³, e presentino per questo processi di integrazione sociale più lunghi e articolati, quindi difficoltosi, la revoca dell'accoglienza può essere prorogata di qualche mese. Per contro, nel caso in cui la permanenza nei CAS non sia più sostenibile, decade anche la possibilità di realizzare progetti di integrazione sociale.

Per soggetti portatori di condizioni sociosanitarie serie, se non si ravvedano opportunità di presa in carico da parte dei servizi del territorio, l'utente in questione rischia di essere dimesso dal CAS senza assistenza e protezione. Tuttavia, il Decreto Immigrazione di modifica ai decreti sicurezza (D.L. n. 130 del 2020, convertito con modificazioni dalla Legge n. 173 del 2020) è intervenuto modificando il Decreto legislativo n.142 del 2015 (*Attuazione della direttiva 2013/33 recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale*), nonché gli articoli 8, 9, e 22 bis del Decreto Legge n. 416 del 1989, convertito con modificazioni dalla Legge 28 febbraio 1990 (*Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari*), e per effetto di tali modifiche, l'accoglienza di tutti i richiedenti protezione internazionale è ora assicurata, nei limiti dei posti disponibili, nelle strutture del Sistema di accoglienza e integrazione (SAI).

Si è inoltre previsto che qualora il richiedente asilo rientri nelle categorie di cui all'art. 17 del Decreto Legislativo 142/2015, che disciplina l'accoglienza di persone portatrici di esigenze particolari, sulla base appunto di tali specifiche esigenze di vulnerabilità andrà trasferito in via prioritaria in tale sistema di accoglienza.

È quindi molto importante, come dimostrato dalle azioni sperimentali di progetto, che gli operatori dei CAS segnalino alle Prefetture, autorità competenti per revoche, permanenze e trasferimenti ad altri sistemi di protezione, la sussistenza di specifiche situazioni o di situazioni di vulnerabilità al fine di favorire la permanenza e/o il trasferimento di questi richiedenti asilo all'interno delle strutture previste.

➤ **CENTRI DI ACCOGLIENZA STRAORDINARIA (CAS).**

I CAS rappresentano le strutture deputate all'accoglienza⁴. Sono stati concepiti al fine di sopperire alla mancanza di posti nelle strutture ordinarie di accoglienza o nei servizi predisposti dagli Enti locali. Si tratta

² <https://www.retesai.it/la-storia/>

³ Si veda articolo 17 del Decreto Legislativo 142/2015 che considera vulnerabili: i minori, i minori non accompagnati, i disabili, gli anziani, le donne in stato di gravidanza, i genitori singoli con figli minori, le vittime della tratta di esseri umani, le persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali, le persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali.

⁴ Si ricorda che il sistema di accoglienza dei migranti nel territorio italiano è disciplinato dal **Decreto legislativo n. 142/2015**, adottato in attuazione delle direttive europee 2013/32/UE e 2013/33/UE. Successivamente, alcune integrazioni e modifiche sono state apportate dapprima dal D.L. 13/2017, che ha previsto alcuni interventi urgenti in materia di immigrazione, poi dalla L. n. 47/2017 sui minori stranieri non accompagnati e dal **D.Lgs. n. 220/2017**. Nell'ultimo biennio, il **D.L. 113/2018** (c.d. Decreto Salvini) e il **D.L. 130/2020** (c.d. Decreto Lamorgese) hanno introdotto ulteriori significative modifiche. La legge 142/2015 ha introdotto la possibilità, ad esaurimento dei posti nei centri di prima e seconda accoglienza, al fine di



A.ULSS 8 Berica
(Capofila)



A.ULSS 2 Marca Trevigiana



A.ULSS 5 Polesana



A.ULSS 6 Euganea



A.ULSS 7 Pedemontana



A.ULSS 9 Scaligera



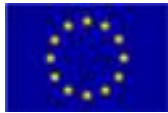
Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



TRADITÍ AKO, PRÁKOVNÉ, AKTIVÁČNÉ FINAN 2014-2020
PROJEKT ZÁKRY PRÁKOVNÉHO VYKONÁVÁNÍ PRÁKOVNÉHO



di strutture, individuate dalle Prefetture attraverso appositi bandi di gara per l'affidamento di contratti pubblici, e gestite generalmente da cooperative ed associazioni di varia natura, dove i migranti dovrebbero essere inseriti eccezionalmente in caso di saturazione del sistema principale di accoglienza. Di fatto, la permanenza nei CAS è, o dovrebbe essere, limitata al tempo strettamente necessario al trasferimento del richiedente nelle strutture seconda accoglienza. Ad oggi rappresentano la modalità ordinaria di accoglienza, come dimostra il fatto che su tutto il territorio nazionale sono presenti 5.000 CAS, rispetto alle cui caratteristiche lo stesso Ministero dell'Interno e le interpretazioni delle Prefetture locali, nei vari bandi di gara pubblicati negli anni, hanno fornito indicazioni, a volte difformi. Di conseguenza, la "straordinarietà" dei CAS risiede esclusivamente nel nome e non nella loro applicazione concreta. I CAS hanno lo scopo non solo di garantire una momentanea accoglienza e servizi minimi, ma anche di fornire servizi alla persona più completi, comprensivi di mediazione culturale, assistenza sanitaria specifica, assistenza sociale e psicologica, orientamento al lavoro.

➤ ENTI DI TERZO SETTORE (ETS).

Gli ETS che collaborano agli sviluppi di inclusione sociale coinvolte nelle azioni di progetto rappresentano i principali attori dell'accoglienza e sono state coinvolte anche nella costituzione delle équipe territoriali. Sono state segnalate dalle AULSS partner secondo due ambiti di competenza: quello **dell'accoglienza** come Enti gestore dei CAS e quello della **salute mentale**. Le due competenze richieste e la prevalenza nei vari ETS individuati hanno stimolato processi di crescita e contaminazione rispetto alle competenze più deboli. Per i gestori di strutture residenziali accreditate per pazienti con patologia psichiatrica, il ruolo loro assegnato all'interno della mini-équipe territoriali ha comportato lo sviluppo di nuove abilità da impiegare in progettualità con un forte orientamento e connessioni territoriali. Le realtà gestori di CAS hanno dovuto, invece, ridefinire profili professionali interni e modalità di relazione con il sistema pubblico della Salute mentale, a cui ordinariamente accedevano solo in situazioni di acuzie e per trattamenti meramente farmacologici.

➤ ENTI LOCALI (EELL)

Il Sistema di accoglienza ed integrazione SAI è costituito ed attivabile esclusivamente dalla rete degli EELL che, per la realizzazione di progetti di accoglienza integrata, possono accedere al Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo.

A livello territoriale le Prefetture fanno riferimento agli EELL che, con il supporto degli ETS, hanno la funzione di garantire anche gli interventi di accoglienza integrata, prevedendo complementarietà tra misure di informazione, accompagnamento, assistenza e orientamento, attraverso la costruzione di percorsi individuali di inserimento socio-economico nell'ambito dei Servizi Sociali di cui sono titolari.

La partecipazione degli EELL alla rete dei progetti di accoglienza SAI è caratterizzata da volontarietà, che spesso si traduce in delega agli ETS, che contribuiscono in maniera sostanziale e unitaria alla realizzazione degli interventi con difficoltà di raccordo interistituzionale e networking.

evitare lunghi tempi di attesa in condizioni non accettabili, di inserire fin da subito i migranti richiedenti asilo in strutture temporanee, limitate al tempo strettamente necessario al trasferimento nei centri di primo o secondo livello.



A.ULSS 8 Berica
(Capofila)



A.ULSS 2 Marca Trevigiana



A.ULSS 5 Polesana



A.ULSS 6 Euganea



A.ULSS 7 Pedemontana



A.ULSS 9 Scaligera



Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale

➤ **DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE .**

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) si configura come l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito da ciascuna Azienda ULSS. I DSM sono stati pensati con una forte impronta sociale: radicamento nel tessuto collettivo (da qui il concetto di territorialità), preferenza per gli interventi di prossimità, di promozione di attività pro-sociali, e di inserimento lavorativo.

Nello specifico, della Regione Veneto, come dettagliato nel **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 371 del 08 aprile 2022 "Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale"**, il DSM *"rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Il DSM è un dipartimento strutturale transmurale (ospedaliero e territoriale), dotato di autonomia tecnico-organizzativa, formalmente istituito in tutte le Aziende ULSS per coordinare sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate dell'assistenza psichiatrica finalizzate a garantire i livelli di assistenza."* Di conseguenza, il DSM riveste un ruolo funzionale in termini di tutela della salute psicofisica, agita attraverso interventi ambulatoriali con approfondimenti psico-diagnostici. I DSM, inoltre, sono dotati di una serie di servizi, tra cui i Centri di Salute Mentale (CSM), che rappresentano i centri di riferimento territoriale per i soggetti con disagio psichico. Ogni CSM coordina – nel proprio ambito territoriale – gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei soggetti che presentano patologie psichiatriche.

In un'ottica di riflessione sistemica, si condividono qui di seguito in forma sintetica alcune criticità riscontrate:

Prefetture	CAS	ETS	EELL	Dipartimenti di Salute Mentale
<ul style="list-style-type: none"> La maggiore criticità è rappresentata dal mantenimento prolungato in strutture CAS per persone con titolarità decaduta, questo accade soprattutto per l'indisponibilità di posti nelle strutture di accoglienza dedicate ai soggetti vulnerabili (SAI per vulnerabili) che risulta assente sul territorio veneto. 	<ul style="list-style-type: none"> La maggiore criticità si interseca con quella evidenziata per le prefetture, i CAS sono strutture non progettate per gestire progettualità con le persone vulnerabili, e non sono strutture ad orientamento riabilitativo, ma solamente assistenziale. C'è una mancanza di competenze anche di risorse in questo senso. 	<ul style="list-style-type: none"> La maggiore criticità risiede nella fragilità del terzo settore, sia in termini di stabilità di risorse che in termini di prospettiva temporale 	<ul style="list-style-type: none"> I Comuni, nei territori di competenza delle Aziende ULSS coinvolte nel Progetto, rappresentano il soggetto istituzionale meno attivamente coinvolto/coinvolgibile nei percorsi di presa in carico, pur giocando un ruolo determinante nei percorsi di inclusione sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> Le criticità sono legate ad una situazione di affanno generale dei servizi, in particolar modo durante la pandemia da SARS COV 2. Nel dettaglio dei temi di progetto, emerge che le progettualità sviluppate, rispetto agli individui presi in carico, sono orientate quasi esclusivamente alla cura farmacologica, non prevedendo azioni verso sviluppi riabilitativi e di inclusione sociale



3.1 Azioni di miglioramento

Durante la sperimentazione delle prese in carico è emerso, come anticipato, come sia fondamentale la capacità da parte di professionisti e servizi di identificare precocemente le patologie con conseguente trattamento tempestivo e la capacità da parte di professionisti e servizi di prendersi in carico e gestire soggetti con doppia diagnosi. Accanto a ciò si posiziona anche l'importanza di sostenere le competenze relative al rapporto con pazienti provenienti da altri contesti e uno specifico supporto per l'approccio etnopsichiatrico.

Questa linea risponde anche alle questioni portate in evidenza rispetto ai CAS. Poiché la permanenza straordinaria diventa, di fatto, duratura, è necessario che ai bisogni di cure e riabilitazione si risponda mettendo in campo anche un supporto alle competenze degli operatori. In particolare, vanno sviluppate una serie di competenze utili a rilevare in modo tempestivo i segnali di bisogno e attivarsi, di conseguenza, chiamando in causa i servizi competenti.

Quindi una prima linea di azione riguarda l'investimento **in formazione**, rivolta a tutti i professionisti in un'ottica multidisciplinare e multi professionale. È importante investire sull'utilizzo di una strategia formativa multilivello, che coinvolga le figure istituzionali e non con diversi ruoli e funzioni sia nel processo di definizione degli obiettivi che nello svolgimento delle attività formative. Questo aspetto è essenziale per giungere all'assunzione di un impegno concreto da parte di tutte le componenti coinvolte, rafforzando la collaborazione e la cooperazione tra tutti gli attori coinvolti.

La formazione deve rappresentare un'attività strategica, istituzionalmente riconosciuta, incoraggiata, a cui si dedicano tempo e risorse adeguate e non un'appendice a cui si dedicano frammenti marginali del proprio tempo lavorativo.

In termini di **modalità di lavoro come *équipe*** da far divenire prassi, nel corso della sperimentazione dei percorsi di presa in carico e cura si sottolineano alcune linee di azione relative ad aspetti centrali e funzionali sul piano sia operativo sia organizzativo:

- ⇒ Rafforzamento del sistema di relazione tra servizi: a partire dalla valutazione multidimensionale delle condizioni della persona vulnerabile e, parallelamente, definire il tipo di modello clinico-organizzativo da riorganizzare attorno alla persona, individuando gli altri servizi specialistici da attivare (sistemi di cura costruiti intorno a individui e comunità);
- ⇒ Sviluppo di percorsi sociosanitari integrati: I professionisti dovrebbero essere orientati verso interventi che non siano solo di contenimento dell'urgenza, o strettamente e limitatamente ambulatoriali, ma anche verso possibili interventi riabilitativi nella loro accezione più ampia e, soprattutto, sviluppati nella loro dimensione territoriale, e che si leghino ai processi di inclusione sociale;



A.ULSS 8 Berica
(Capofila)



A.ULSS 2 Marca Trevigiana



A.ULSS 5 Polesana



A.ULSS 6 Euganea



A.ULSS 7 Pedemontana



A.ULSS 9 Scaligera



Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale



- ⇒ Rafforzamento approccio intersettoriale: In un'ottica processuale ed integrata, è centrale il collegamento con i servizi sociali dei Comuni di residenza almeno per una conoscenza delle situazioni e per eventuali interventi di loro competenza, favorendo le progettualità finalizzate all'inclusione sociale;
- ⇒ Spazi istituzionali di confronto: Tavoli tecnici, tavoli di confronto, luoghi istituzionali che coinvolgono formalmente tutti gli attori con le competenze, le risorse e responsabilità sui temi di attenzione. In particolare, per le situazioni caratterizzate da una doppia o tripla diagnosi, che rappresentano indubbiamente situazioni di concreta vulnerabilità, ma che non rientrano nei percorsi di cura e riabilitazione dei servizi specialistici;

L'esperienza Spir.Net sottolinea come sia oramai opportuno riprogettare, o meglio, ri-co-progettare con migliori risultati, assieme al privato sociale, contesti inclusivi, dove investire sulle persone, intese come operatori ed "utenti", per generare benessere, impatto sociale e sviluppo del territorio. Passare dall'idea di coinvolgere il terzo settore in un'ottica di servizio a quella di risorsa strategica permette di approcciarsi in modo nuovo alla (ri)progettazione di processi produttivi di salute e benessere, per garantire, oltre alla corretta presa in carico delle persone, la realizzazione del loro progetto di vita.

Per questo è indispensabile co-progettare e co-sviluppare **reti tra enti pubblici e soggetti del privato sociale**, reti economiche, reti territoriali di servizi, reti relazionali, affinché i processi produttivi di cura, di salute e benessere, divengano progetti per e del territorio e per e della sua collettività.

Quello che risulta evidente è che durante il progetto SPIR NET i territori si sono attivati, si sono costruite sinergie e sicuramente si è creato un valore aggiunto. In tutti i territori è emerso che nel momento in cui si sono sviluppati dei confronti, i diversi attori hanno iniziato a riconoscersi, poi si è anche arrivati a leggere le criticità insieme e a pensare a delle strategie risolutive.

All'interno delle strategie risolutive, emerge in diversi contesti il richiamo all'assenza sul territorio regionale di SAI vulnerabili. Su questo punto si rimanda al documento di sostenibilità prodotto dal progetto.



A.ULSS 8 Berica
(Capofila)



A.ULSS 2 Marca Trevigiana



A.ULSS 5 Polesana



A.ULSS 6 Euganea



A.ULSS 7 Pedemontana



A.ULSS 9 Scaligera



Prefettura di Vicenza



Prefettura di Padova



GEA Coop Sociale