



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

Allegati

Work Package: 3

Nuovi indicatori e criteri per una gestione integrata e sostenibile dei migranti target

Task: 1

Elaborazione di procedure e possibili nuovi indicatori, requisiti e standard

Task : 2

Confronto con la normativa regionale rilevante



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



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

Allegato 1

Verbale e Documenti Focus Group 2 settembre 2022

Work Package: 3

Nuovi indicatori e criteri per una gestione integrata e sostenibile dei migranti target

Task: 1

Elaborazione di procedure e possibili nuovi indicatori, requisiti e standard

Task : 2

Confronto con la normativa regionale rilevante



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



Logo realizzato da Centro Assistenza J&S - Centro di Promozione della Salute Veneta
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



MINISTERO
DELL'INTERNO

Work Package 3

Nuovi indicatori e criteri per una gestione integrata e sostenibile dei migranti *target*

Venerdì 2 settembre 2022

Report Focus group

INVITATI

REFERENTE REGIONALE AREA SALUTE MENTALE	Tommaso Maniscalco
DIRETTORE DSM AULSS 7	Andrea Danieli
RESPONSABILE SCIENTIFICO PROGETTO	Anna Dominoni
DIRIGENTE PSICHIATRA AULSS 2	Maria Borsato
DIRIGENTE PSICOLOGO DSM AULSS 2	Michele Lovato
DIRIGENTE PSICOLOGO AULSS 2	Marilena Martucci
DIRETTORE DSM AULSS 5	Elena Turella
DIRIGENTE PSICHIATRA AULSS 6	Monica Vigolo
ASSISTENTE SOCIALE DSM AULSS 6	Erica Bertoncetto
EDUCATORE DSM AULSS 7	Piergiorgio Zancato
DIRIGENTE PSICOLOGO NPI AULSS 7	Raffaele Morello
ASSISTENTE SOCIALE DSM AULSS 8	Antonio Corato
DIRIGENTE PSICOLOGO DSM AULSS 8	Paola Bettini
EDUCATORE DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE AULSS 8	Ilaria Valletti
DIRIGENTE PSICHIATRA AULSS 9	Francesca Squarcina
ASSISTENTE SOCIALE DSM AULSS 9	Luisa Semprebon
ASSISTENTE SOCIALE DSM AULSS 9	Emanuele Cassaro
DIRIGENTE AREA IMMIGRAZIONE UTG VI	Daria Leonardi
FUNZIONARIO ASSISTENTE SOCIALE UTG VI	Alberto Di Gaetano
DIRIGENTE AREA IMMIGRAZIONE UTG PD	Silvia Mazzetto
FUNZIONARIO PREFETTIZIO UTG PADOVA	Anna Diguigiovanni
COORDINATORE INFERMIERISTICO SERVIZIO QUALITA' E ACCREDITAMENTO AULSS 8	Alessandra Meneghini
REFERENTE COMUNE PD	Marina Maltauro
REFERENTE COMUNE VI	Marco Baldini
REFERENTE PARTNER TECNICO GE	Gianluca Raffaeli
REFERENTE COOPERATIVA LIBRA	Renato Moras
REFERENTE CONSORZIO RESTITUIRE TV	Paolo Tosato
REFERENTE VENETO INSIEME PD	Nicola Romanelli
REFERENTE MILONGA VR	Caterina Girotto
REFERENTE COOPERATIVA ENTROPIA	Elena Galbiati - Giada Decimi
REFERENTE COOPERATIVA IL SESTANTE	Maria Laura Russo
REFERENTE FORMAZIONE SIMM	Catia Carturan
RESPONSABILE PROGETTO FAMI SPIR.NET	Fiorella Marin
REFERENTE MONITORAGGIO E VALUTAZIONE SPIR.NET	



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



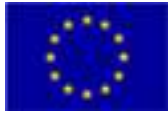
Logo realizzato da Centro Assistenza (C.A.) - Centro di Promozione della Salute Venezia
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



MINISTERO
DEL'INTERNO

Presenti

Tommaso Maniscalco	presente	Silvia Mazzetto	presente
Andrea Danieli	presente	Anna Diquigiovanni	presente
Anna Dominoni	presente	Alessandra Meneghini	
Erika Borsato	presente	Marina Maltauro	
Michele Lovato	presente	Gianluca Raffaelli	presente
Marilena Martucci		Renato Moras	
Elena Turella	presente	Paolo Tosato	
Monica Vigolo	presente	Nicola Romanelli	presente
Erica Bertoncetto	presente	Caterina Girotto	
Piergiorgio Zancato	presente	Elena Galbiati	presente
Raffaele Morello	presente	Giada Decimi	presente
Antonio Corato	presente	Catia Carturan	presente
Paola Bettini	presente	Fiorella Marin	presente
Ilaria Vallet	presente	Marco Baldini	presente
Francesca Squarcina	presente	Alberto Di Gaetano	
Luisa Semprebon	presente	Maria Russo	presente
Emanuele Cassaro		Daria Leonardi	presente
Presenti oltre gli inviti			
Emma Pizzini	presente	Società Italiana Medicina delle Migrazioni	
Laura Sartor	presente	Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana	
Gabriella Franzon	presente	Azienda ULSS 9 Scaligera	
Gloria Albertini	presente	uditrice	



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Logo realizzato da Centro Anzalone (Art. 9 - Centro di Promozione della Salute Mentale)
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



MINISTERO
DELL'INTERNO

Il dottor Maniscalco prende la parola e introduce i temi dell'incontro:

Alcune delle questioni centrali emerse – durante lo sviluppo del progetto SPIR.NET (ed anche la base da cui parte) – riguardano la necessità del settore dell'accoglienza dei rifugiati e richiedenti asilo e protezione internazionale, sia soggetti pubblici che del privato sociale, in situazione di vulnerabilità psichica di essere a conoscenza: dei percorsi di presa in carico, degli attori da coinvolgere, e delle possibilità offerte dal territorio per rispondere adeguatamente ai bisogni complessi intercettati.

*“La tutela della salute mentale è una delle aree di intervento più complesse, che richiede una **forte integrazione** fra “area delle cure sanitarie” e “area degli interventi socio-relazionali”, che si sviluppa in una **rete integrata di servizi** secondo una logica di psichiatria di comunità. Altrettanto importante è il raccordo con la **rete informale** (associazioni di volontariato e privato sociale) per **garantire al paziente una risposta flessibile e continuativa**”* ([DGR n. 371 del 08 aprile 2022 Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale](#)).

La Regione del Veneto ha definito le risposte al fabbisogno di residenzialità extra-ospedaliera nell'area della salute mentale con una serie di provvedimenti di programmazione in materia. Il primo provvedimento è rappresentato dal [DGR n. 1673 del 12 novembre 2018 “Programmazione del sistema di offerta residenziale extraospedaliera per la salute mentale. Deliberazione n. 59/CR del 28 maggio 2018”](#)¹.

Di seguito alcuni dei punti cruciali di questa delibera che risulta essere corposa, essendo composta anche da cinque allegati, che si prova a riassumere nei seguenti in punti fondamentali:

- le dotazioni massime di posti letto di strutture sanitarie e socio sanitarie per ciascuna Azienda ULSS (punto 5 della delibera; si veda Allegato A)
- le tariffe massime di riferimento e le quote sanitarie *die*/utenti (punto 16 della delibera e tabella di riferimento)
- il sistema di controllo per il rispetto dei tempi di permanenza (punto 5 della delibera; si veda Allegato F)
- gli strumenti di valutazione e monitoraggio dello stato psicopatologico e dei progetti riabilitativi nella fase iniziale, intermedia e finale (si veda Allegato B)

il primo punto fa riferimento alla definizione di una dotazione massima di posti letto, divisa per le diverse unità di offerta, sanitaria e sociosanitaria, si ricorda brevemente che le strutture sanitarie sono le comunità terapeutiche di tipo A e di tipo B, mentre le strutture sociosanitarie sono le comunità alloggio, modello estensivo e modalità base, ed i gruppi appartamento protetto.

Queste 5 Unità di offerta (UDO) – comunità terapeutiche di tipo A e di tipo B, comunità alloggio, modello estensivo e modalità base, gruppi appartamento protetto – hanno avuto una definizione specifica pesata per i posti letto attribuiti a ciascuna azienda ULS nell'ottica dell'omogeneità di offerta ai residenti nella Regione Veneto. Si aggiunge che a queste cinque unità di offerta, a complemento, è stata aggiunta un'ulteriore unità di offerta, di tipo sociosanitario, definita **“Residenza Socio-Sanitario Psichiatrica”** (RSSP), destinata in particolare a pazienti con una prospettiva di lungo assistenza (*“pazienti psichiatrici con grave residua compromissione del funzionamento personale e sociale e con elevato fabbisogno assistenziale”*).

Il secondo punto che viene affrontato in questa delibera di programmazione è l'individuazione delle tariffe massime di riferimento che – in una delibera successiva² – sono divenute tariffe uniche, lo si specifica senza entrare nel merito della delibera e le quote sanitarie per utente, sia per quanto riguarda, appunto, la quota

¹ Con il presente provvedimento, nel recepire il parere espresso dalla Quinta Commissione Consiliare nella seduta n. 101 del 5 giugno 2018, si definisce la programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale.

² [DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1036 del 28 luglio 2021 “Riparto ed assegnazione a favore delle Aziende ULSS del Veneto, delle risorse per il sostegno dei trattamenti riabilitativi territoriali svolti dalle equipe di cura delle strutture residenziali estensive extra ospedaliere \(DGR n. 1673/2018 e DGR n. 1437/2019\). Esercizio 2021”](#)



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Logo realizzato da Centro Anzalone (dal 9 - Centro di Promozione della Salute Mentale)
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



MINISTERO
DELL'INTERNO

sanitaria, ma anche per quanto riguarda la quota sociale. Anche questo è stato un provvedimento che tende all'omogeneizzazione perché la tariffa si fonda sulla definizione specifica di un modello di *équipe* di riferimento³.

Il terzo punto, che va di fatto enfatizzato, fa riferimento ad un sistema di controllo⁴ con regressione tariffaria, che va, quindi, ad incidere anche sugli aspetti economici, oltre che sui punteggi dei Direttori Generali, sugli obiettivi dei Direttori Generali per quanto riguarda i tetti massimi di permanenza (si veda alle gato E della Delibera cui viene descritta la metodologia del gruppo di lavoro per l'elaborazione del costo medio e il sistema di controllo dei tempi massimi di permanenza).

I tempi massimi di permanenza sono già stati fissati dai LEA di 5 anni fa (DPCM 12 gennaio 2017 - pubblicato in GU n. 65 del 18 marzo 2017), per quanto riguarda le strutture sanitarie, tuttavia, questa delibera di programmazione introduce i tempi massimi di permanenza anche per due delle tre strutture sociosanitarie citate in precedenza, comunità alloggio estensiva e comunità alloggio base. Infine, e questo è un elemento di qualità, sono stati introdotti in maniera obbligatoria strumenti di valutazione e monitoraggio dello stato psicopatologico per valutare l'andamento dei progetti riabilitativi nelle fasi, iniziale, intermedia e finale (si veda Allegato B "Strumenti di valutazione e monitoraggio dello stato psicopatologico e dei progetti riabilitativi nella fase iniziale, intermedia e finale"). Questo va nell'ottica di una qualità degli interventi forniti.

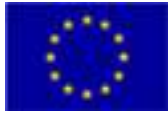
Una delibera regionale, [DGR n. 1437 del 1° ottobre 2019 "Approvazione posti letto strutture residenziali extra-ospedaliere area salute mentale relativi ai piani di massima delle Aziende Ulss. DGR n. 1673 del 12 novembre 2018](#), che di fatto segue la delibera 1673 perché va ad approvare i piani di massima alla luce delle proposte delle Aziende ULSS e in conformità alle indicazioni programmatiche contenute nella DGR 1673/2018), vale a dire i posti letto, le ubicazioni e le unità di offerta che ciascuna azienda ULSS è andata poi a definire successivamente alla delibera 1673. La DGR 1437 approva questi piani massima e dà mandato di attivarli, e di fatto il termine ultimo per attivarli era il 31 marzo 2021 quale termine per la completa attuazione degli stessi, ma poiché è l'iter è stato complicato, è stata prorogata la scadenza al 30 settembre 2022⁵. Allo stato attuale, alcune ULSS sono a regime, altre stanno ancora in qualche modo lavorando in un'ottica di completamento di questa programmazione.

In fine un'altra delibera, la [DGR 371 del 2022 del 08 aprile 2022 "Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale"](#), tangente al nostro tema, quindi il Progetto Spir.Net, si citano due azioni, riportate in fondo alla DGR 371, che intanto ribadiscono la necessità di valutare adeguatamente tutti i servizi sperimentali testualmente "considerati i bisogni emergenti in salute mentale, si propone la

³ Sistema tariffario delle UDO terapeutico e socio-riabilitative "Viene rivisto il sistema tariffario definito con DGR 494 del 16 aprile 2013 per favorire un corretto e adeguato utilizzo delle strutture nell'ottica di rendere virtuosi i percorsi di cura terapeutico-riabilitativi dell'utenza. L'obiettivo di rendere più omogenea l'offerta nasce dalla constatazione dell'estrema variabilità in termini di tariffe praticate, in particolare in riferimento all'eterogeneità nella composizione delle équipe multiprofessionali. Pertanto, è stato elaborato il costo medio sulla base di una composizione tipo dell'équipe multiprofessionale utilizzando un modello di équipe teorica, quali/quantitativamente puntualmente definito, parametrato sui rapporti operatore/utente già definiti dalla DGR 1616/2008 e dalla DGR 748/2011 ed integralmente adottati in questa delibera, adeguato per una efficace gestione terapeutico-riabilitativo-assistenziale delle diverse strutture analizzate, che va quindi inteso come modello di riferimento. Inoltre, è stato utilizzato il monitoraggio di un campione ampiamente rappresentativo di tutte le strutture a gestione diretta ed indiretta, con la fattiva collaborazione di Federsolidarietà Veneto, per quanto concerne i costi medi delle diverse tipologie di UDO. Successivamente, sulla base dei costi medi elaborati, alla luce delle criticità evidenziate nel report sulla compartecipazione alla spesa sociale degli inserimenti in strutture e percorsi riabilitativi del dipartimento di salute mentale, valutati gli elementi di contesto, sono state definite le tariffe massime di riferimento (IVA esclusa se dovuta) per le diverse UDO. [...]"

⁴ "Nell'ottica di garantire il rispetto dei tempi massimi di permanenza in struttura, così come definito precedentemente, anche sulla base di quanto indicato nella normativa relativa ai nuovi LEA, viene individuato un duplice sistema di controllo, relativo sia al Dipartimento di Salute Mentale di riferimento che alla struttura accreditata (in caso di struttura a gestione indiretta) nell'ottica di una responsabilità clinico-gestionale condivisa. [...]"

⁵ [DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1498 del 02 novembre 2021 "Determinazioni relative alla programmazione residenziale extraospedaliera area salute mentale e all'accreditamento istituzionale ex DGR 522/2020"](#)



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Logo realizzato da Centro Anziani del 9 - Centro di Promozione della Salute Veneta
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



MINISTERO
DELL'INTERNO

costituzione di una Commissione di esperti per la valutazione di eventuali progettualità innovative e sperimentali, integrate con i servizi esistenti, in armonia con la programmazione regionale e con i contenuti del presente provvedimento.” In data 01 settembre in regione è stato firmato il decreto; quindi, nei giorni prossimi uscirà e quindi sarà costituita la Commissione in grado di valutare eventuale servizi sperimentali che venissero proposti alla regione Veneto.

La seconda azione fa riferimento ad un ambito che si considera prioritario, *“si propone di orientare i percorsi formativi aziendali individuando tematiche pregnanti che favoriscono l'acquisizione di competenze sanitarie e sociali in armonia con le indicazioni del presente provvedimento. A tal fine si incarica l'UO Salute mentale e sanità penitenziaria di dare annualmente indicazioni di massima relative alla definizione dei piani formativi dei DSM.”* vuol dire omogenizzare la formazione dei dipartimenti cercando di dare importanti *input* formativi ai dipartimenti in maniera omogenea.

Altro punto da affrontare è quello dell'**abitare supportato (AS)**, in questo caso il riferimento è la [DGR 1673 del 12 novembre 2018 “Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale. Deliberazione n. 59/CR del 28 maggio 2018”](#). Si tratta di percorsi di “residenzialità leggera”, non più strettamente legati ad una prestazione sanitaria o socio-sanitaria, bensì con obiettivi di *co-housing*, rientranti in una progettazione, curata dal Dipartimento di Salute Mentale, in collaborazione con Comuni, Soggetti del privato no-profit e del Volontariato locale, che tiene conto delle caratteristiche specifiche degli utenti co-abitanti, della loro capacità di integrazione reciproca e con il territorio sociale di riferimento.

L'abitare supportato la caratteristica di realizzarsi non direttamente nell'ambito della programmazione dei Servizi sanitari e permette quindi un approccio più flessibile.

L'abitare supportato è una modalità culturalmente già presente nella Regione Veneto, ma che si tenta di rendere ancora più omogenea e importante. Nella regione Veneto questa modalità è legata a prestazioni sanitarie di tipo territoriale prestate presso strutture non accreditate, ma che rientrano comunque nella ottica dell'integrazione dipartimentale, quindi con collaborazioni col terzo settore, con gli Enti locali in particolare, ma anche con situazioni di *co-housing*, in una logica di coprogettazione curata dal dipartimento di Salute mentale in collaborazione con comune, i soggetti del privato non-profit e del volontariato locale, in si vuole metter ordine in Veneto, perché questo abitare supportato rientra in un'ottica di assistenza riabilitativa fornita domicilio, viene quindi erogata ad ogni singolo utente nella nuova realtà abitativa. Anche questo però è in coerenza con quanto previsto dai LEA, i LEA riferiti al ovviamente all'ambito di tipo territoriale (si veda Allegato D).

In linea con quanto stabilito si è decisa l'istituzione di un albo regionale (non ancora formalmente istituito) a cura dell'U.O. competente in cui siano censite e monitorate le abitazioni di residenzialità leggera. L'albo regionale verrà istituito con decreto del Direttore U.O. Salute mentale e sanità penitenziaria e verrà aggiornato con periodicità annuale. All'albo potranno essere iscritte tutte quelle strutture che siano inserite nella programmazione dei Piani di Zona e che, per il tramite del competente DSM, abbiano comunicato l'inizio dell'attività, proposto una descrizione sintetica del loro funzionamento e che rispondano alle caratteristiche di Comunità familiare o Gruppo appartamento.

Il modo di strutturare adeguatamente questa nuova realtà nuova, anche se relativamente nuova perché culturalmente è già presente in Veneto e ricade nel setting della residenzialità leggera, che si può allargare ad un'ottica di prestazioni individualizzate legate al budget di salute, che è uno strumento di sviluppo che allo stato attuale è stato teorizzato – in Veneto – dalla DGR 371, e che sta avendo uno sviluppo, in termini di definizione, attraverso un documento a cura di un gruppo di lavoro regionale, ma la logica è quella di istituzionalizzare, mediante un albo regionale, che ad oggi non è stato ancora formalmente istituito, ma che a breve lo sarà, e censire e monitorare queste abitazioni di residenzialità leggera. L'albo avrà una revisione



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Logo realizzato da Centro Anziani del 9 - Centro di Promozione della Salute Mentale
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



MINISTERO
DELL'INTERNO

annuale. Per poter essere inseriti all'interno di questo albo ci sono più criteri⁶, in particolare secondo i criteri possono iscriversi all'Albo le strutture che siano già inserite nella programmazione dei Piani di Zona, già incluse quindi nella programmazione locale, e che tramite ciascuna azienda ULSS abbiano comunicato l'inizio dell'attività, e che rispondono genericamente alle caratteristiche di due strutture non sanitarie, o meglio non strettamente sanitarie, che sono la comunità familiare ed il gruppo appartamento, descritte in una vecchia delibera del 2007, la [DGR n. 84 del 16 gennaio 2007 "L.R. 16 agosto 2002, n. 22 " Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" - Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l'accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali"](#). Di fatto, la DGR descrive caratteristiche molto generali di seguito riportate. Come si può vedere, sono caratteristiche molto ampie, sia per quanto riguarda il gruppo appartamento sia la comunità di tipo familiare per malati psichiatrici.

Denominazione **GRUPPO APPARTAMENTO PER MALATI PSICHIATRICI**

Definizione È un servizio che accoglie persone con problematiche psichiatriche , in situazioni di disagio sociale ed abitativo all'interno di un appartamento o di una casa.

Finalità Prevenzione dell'istituzionalizzazione sostenendo la gestione autonoma della vita quotidiana e della cura della persona, attraverso la vita comunitaria.

Utenza Persone con problematiche psichiatriche e/o psicologiche autosufficienti o parzialmente non autosufficienti ma in grado di assolvere da soli o con un minimo di sostegno, le funzioni di vita quotidiana.

Capacità ricettiva Fino a quattro ospiti.

Denominazione **COMUNITÀ DI TIPO FAMILIARE PER MALATI PSICHIATRICI**

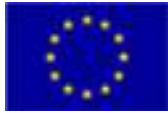
Definizione Servizio caratterizzato da una dimensione tipicamente familiare, che accoglie persone con problematiche psichiatriche che, terminato il percorso riabilitativo-protetto, presentano sufficienti livelli di autonomia e necessitano di sostegno per la gestione della stessa oppure sono prive di nucleo familiare o sono temporaneamente o permanentemente impossibilitate a permanere nel nucleo familiare. Questo servizio si caratterizza per la presenza effettiva e permanente di una famiglia, o di almeno due adulti, di ambo i sessi, che svolgono funzioni tutelari.

Finalità accoglienza e gestione della vita quotidiana, orientata alla tutela della persona e allo sviluppo delle abilità residue, o anche alla realizzazione di esperienze di vita autonoma dalla famiglia.

Utenza persone adulte con problematiche psichiatriche

Capacità ricettiva fino a 4 ospiti

⁶ "All'albo potranno essere iscritte tutte quelle strutture che siano inserite nella programmazione dei Piani di Zona e che, per il tramite del competente DSM, abbiano comunicato l'inizio dell'attività, proposto una descrizione sintetica del loro funzionamento e che rispondano alle caratteristiche di Comunità familiare o Gruppo appartamento così come definito nella DGR 84/2007." (Allegato D)



Progetto co finanziato dall'Unione Europea



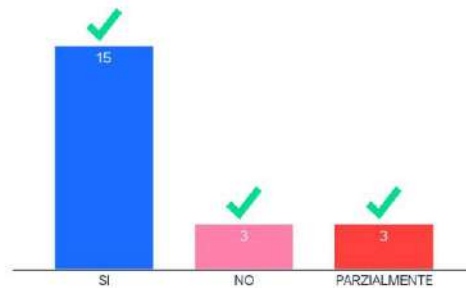
Logo realizzato da Centro Assistenza Jst 3 - Servizi di Promozione della Salute Venezia
 FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
 PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



Si apre la discussione al gruppo a partire da due domande (con il supporto dello strumento mentimeter, guidati da Maria Laura Russo - SIMM)

Eri a conoscenza delle possibilità offerte dalla normativa regionale rispetto alla residenzialità extraospedaliera?

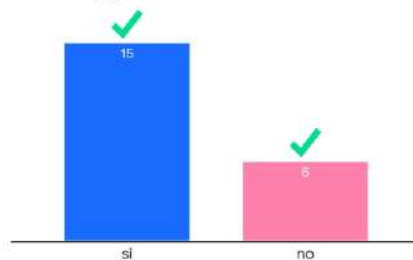
Mentimeter



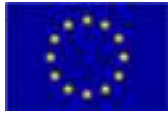
Poiché la maggior parte dei partecipanti al FG appartiene all'ambito sanitario non sorprende che ci sia conoscenza in merito alla normativa regionale. In merito ad un quesito posto dalla Prefettura di Padova circa le modalità di accesso, l'accesso è legato alla necessità di essere presi in carico dal Dipartimento perché ha la regia dell'accesso a queste strutture, strutture che sono tutte quante o direttamente gestite o in convenzione con l'azienda ULSS; quindi, titolare alla gestione degli ingressi in queste strutture è il Dipartimento di Salute mentale.

Nel corso di Spir Net, in particolare nelle prese in carico, ti è mai capitato di ricercare soluzioni come quelle dell'abitare supportato?

Mentimeter



Rispetto alla seconda domanda si evince come nella pratica ci siano situazioni in cui non si considerata come opzione le soluzioni offerte dalla normativa, di contro colpisce come 15 professionisti, di fatto hanno già pensato all'abitare supportato come soluzione, e questo sostanzialmente è in linea con quanto si è detto in precedenza, ossia che il concetto di abitare supportato non è una novità scoperta dal DGR 1673, ma rappresenta la notifica di un percorso culturale che si iscrive benissimo nella logica dell'integrazione sociosanitaria, retaggio storico in Veneto, rappresentata da percorsi pensati e realizzati in maniera



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Logo realizzato da Centro Anziani del 3 - Centro di Promozione della Salute Veneta
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



MINISTERO
DELL'INTERNO

diversificata in Veneto, ma che di fatto sono già insiti, quindi è uno strumento che evidentemente è da scoprire ulteriormente ma che appartiene alla logica veneta.

Si apre quindi la discussione libera, a partire da due domande stimolo:

Ritieni che l'abitare supportato possa essere uno strumento adatto per l'accoglienza dei RTPI in situazioni di vulnerabilità psichica?

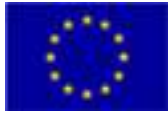
Quali sono, dal tuo punto di vista professionale, gli elementi rispetto cui prestare attenzione per utilizzare al meglio lo strumento dell'abitare supportato nell'ambito della presa in carico di RTPI in situazione di vulnerabilità?

Anche se non se ne è parlato, rappresenta una cornice di riferimento importantissima anche la [DGR 371 del 08 aprile 2022](#), ancora in fase di sviluppo, che va a estendere ulteriormente gli aspetti che sono rappresentati nella DGR 1673. *“Ci sono tre punti in particolare di questa nuova delibera di programmazione e di riorganizzazione, perché ha un grande, come dire, respiro e ampiezza di vedute che possono riguardare la gestione di pazienti con questa con questa individualità, con questa tipologia, e l'apertura nel gruppo di lavoro di tutta la progettazione sulla gestione degli inserimenti individualizzati, di solito sanitari connessi con il budget di salute⁷.”* Quando questa fase sarà terminata, *“forse già dall'anno prossimo ci saranno elementi chiari per la gestione dei pazienti, inoltre si prevedono anche prospettive importanti e innovative riguardo a quello che è stato rappresentato oggi quali, appunto, il budget di salute, il fatto che ci sia un gruppo di lavoro, che questa delibera costituisce⁸ sui sistemi di coprogettazione e di co-programmazione nelle realtà locali per la gestione di pazienti con problematiche psichiche, in carico sempre ai Dipartimenti di Salute Mentale, che in questo ambito rappresentano, proprio, il punto di ingresso anche per questi percorsi. Infine, anche un gruppo di lavoro che valuterà progetti innovativi e sperimentali all'interno della normativa esistente, e sono un'ulteriore elemento di individualizzazione dei processi e dei percorsi”. [...]* “[la DGR] 1673, va a definire (una serie di) strutture esistenti e strutturate in senso sanitario e sociosanitario, apre all'abitare supportato che è una realtà di coprogettazione tra Comuni, Dipartimenti di Salute Mentale e utenti, in quanto sono strutture di tipo sociale, la nuova delibera di quest'anno [DGR 371 del 08 aprile 2022] apre a tutta una serie di percorsi individuali sociosanitari di coprogettazione che hanno il loro fulcro essenziale nel concetto base di salute, e che aprirà, probabilmente già dall'anno prossimo, a nuove prospettive di individualizzazione di progetti, e (vista) la specificità di questi pazienti, per situazione sociale, per situazione migratoria, per problematiche linguistiche, per una presa in carico non stabile con i dipartimenti, tutto ciò che (risulta essere) molto flessibile e adattato alle individualità specifiche, forse potrà rappresentare la soluzione vincente rispetto alle strutture esistenti, come la struttura sanitaria, sociosanitaria, sul territorio, il centro diurno. [...] (A. Danieli)

“[...] Una serie di domande [...] Quando si parla di abitare supportato, si parla delle ultime due strutture che sono state presentate, o ricomprende anche il gruppo appartamento? Questa domanda apre a quella dei costi a carico, oppure si rientra dentro l'idea – interessante – del budget di salute, dove non c'è la retta, ma c'è la condizione della persona, e la spesa è corrispondente alle necessità? Una terza domanda riguarda la programmazione, se (la deadline) è stata spostata al 30 settembre, arriviamo corti perché, come si immagina, l'idea di poter inserire la coordinatrice, la responsabile di Spir.Net nel gruppo degli esperti, o qualcuno di questo tavolo nel gruppo degli esperti, probabilmente arriva tardi, poteva essere un portato, potrebbe essere un portato interessante del progetto [Spir.Net]. L'ultima domanda riguarda le sperimentazioni, [è plausibile] che quando si parla di sperimentazioni si ragiona di un gruppo di esperti che ribadisce che la categoria di richiedenti protezione internazionale, di vittima di violenza intenzionale sia un target che impatta, quindi,

⁷ *“implementare progetti personalizzati di integrazione socio-sanitaria sul modello del budget di salute in relazione all'emanando documento dell'Istituto Superiore di Sanità”*

⁸ *“si prevede la costituzione di un gruppo di lavoro quale emanazione della Commissione Salute Mentale per la definizione locale delle linee guida [...]”*



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Logo realizzato da Centro Anziani del 9 - Centro di Promozione della Salute Veneta
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



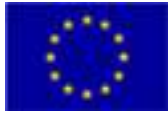
MINISTERO
DELL'INTERNO

allochiamo delle risorse. *La domanda è, se non sia il caso di continuare a chiedere risorse al Programma FAMI, al Ministero degli Interni per quelle che sono strutture già previste, e che si chiamano SAI vulnerabili, facendo quindi risparmiare la Regione Veneto ma anticipando delle sperimentazioni che potrebbero essere il frutto del lavoro fatto in questi mesi nei territori che sono stati coinvolti da Spir.Net.*” (M. Baldini)

“[...] allora in sequenza. Le strutture ricadono nella seconda opzione, ossia sono strutture non accreditate, la [DGR] 84 del 2007 viene presa solo come riferimento per quanto riguarda le caratteristiche di queste strutture, ma di fatto i costi sociali sono assolutamente incarico al paziente o al comune, eventualmente ai familiari, mentre i costi sanitari, che sono costi legati alle figure che intervengono per i progetti riabilitativi a domicilio, sono costi sanitari imputati alla ULSS, specificatamente questo rientra assolutamente – come già ha precisato – in un'ottica di sviluppo del budget di salute e di coprogettazione, di fatto è già così. Per quanto riguarda il 30 settembre, c'è un po' di confusione [...]. Il 30 settembre scade il termine del completamento coprogettazione, co-programmazione e dell'attivazione delle strutture inserite all'interno piani di massima approvati con la [DGR] 1437. La Commissione di esperti è una Commissione multiprofessionale trasversale a supporto dell'ufficio regionale che dà un parere, una valutazione non vincolante, peraltro tecnica, in merito ai corrispettivi progetti che vengono presentati alla Regione Veneto e che sono di competenza della salute mentale. Tutto il resto viene poi valutata in sede di ufficio regionale [...]”. (T. Maniscalco)

“[...] Si ritiene in che l'abitare possa essere uno strumento adatto, perché in questi anni di accoglienza numerose sono state le persone che si sono trovate ad affrontare il problema dell'uscita dai centri di accoglienza. Si ritiene che assolutamente l'abitare supportato sia un elemento fondamentale. In questi anni, anche di sperimentazioni di Spir.Net, si è visto che abbiamo raggiunto grandi risultati da un punto di vista della mini-équipe, della formazione professionale, della etnopsichiatria, cioè sul trattamento ci siamo, il problema grosso è proprio dove queste persone possono continuare a vivere, e non sono in grado di essere autonome, perché, al di là della difficoltà di reperire appartamenti, comunque ci fosse anche un appartamento, non hanno un'autonomia, quindi questo supporto nell'alloggio è fondamentale. Bisogna capire forse quali criteri utilizzare per l'inserimento di queste persone. Le criticità [...] innanzitutto da tener presente la lingua, perché sono tutte persone che, un po' per il disagio che portano, fanno veramente fatica a imparare l'italiano; quindi, capire come gestire persone che parlano lingue diverse, e che provengono da contesti diversi; quindi, [è necessario] un grosso lavoro perché possano poi integrarsi all'interno di questi appartamenti.” (Prefettura di Vicenza)

“[...] nel momento stesso in cui parliamo di abitare, supportato come strumento in coprogettazione, sempre in un'ottica dibattere di budget di salute, andiamo oltre il concetto delle quattro mura [...]”. “È molto importante tutto quello che c'è alla base quando parliamo di presa in carico, presa in carico vuol dire relazione, alleanza e fiducia [...]”. “Motivo per cui il paziente XY [...] – nel caso specifico summenzionato – è un paziente complesso, se non altro per motivi linguistici, complesso in termini di complicato. Evidentemente la prima cosa è stabilire è una relazione, stabilita la relazione l'obiettivo diventa la coprogettazione, chi ci mette i soldi [...] per fare diversi passaggi [...]”. “Ma a monte c'è un percorso di presa in carico che è fondamentale perché pensiamo a percorsi più che a inserimenti residenziali, perché dobbiamo uscire dall'ottica delle scatole. C'è anche l'ottica della scatola, perché poi alla sera bisogna stare sotto ad un tetto ed anche di giorno. Ma si tratta di andare oltre; quindi, il problema, il punto vero, come si diceva, sono i criteri non tanto di inclusione nell'appartamento, ma di inclusione nella percorso di presa in carico, cioè di chi bisogna occuparsi e di chi non bisogna occuparsi, tenendo conto di quelle che sono le complessità legate come minimo alla lingua. Ma si deve considerare anche agli aspetti di tipo relazionale legati agli aspetti culturali di relazione, che magari non sono quelli che conosciamo, e quant'altro; quindi, si ritiene che questa sia la chiave. La chiave è questa perché ci permette di sperimentare la coprogettazione. Ma la vera sfida è definire quando dobbiamo occuparcene, cioè quando passiamo a situazioni che richiedono poi l'intervento del Dipartimento, indipendentemente dall'aspetto giuridico [...]”. (T. Maniscalco)



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Logo realizzato da Centro Anziani del 9 - Istituto di Promozione della Salute Venezia
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



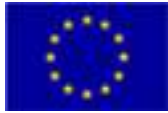
MINISTERO
DELL'INTERNO

"[...] In merito alla prima domanda, se si ritiene che l'alloggio supportato sia lo strumento adatto, a prescindere da quelle che possono essere le caratteristiche che devono avere questo tipo di struttura, già definite a partire dalla DGR 1616 del 2009⁹, e dalle integrazioni successive, probabilmente, gli aspetti da valutare sono, come anticipato [...], a parte la lingua, fondamentale, assolutamente, ma anche un criterio di selezione delle persone che saranno conviventi all'interno della stessa struttura. Ci potrebbero essere dei criteri o sul tipo di patologia o addirittura sul tipo di cultura di queste persone, questa potrebbe essere un'idea. Soprattutto [necessaria] la presenza poi di un facilitatore, chiamiamolo facilitatore, chiamiamolo case manager, [...] che sia di supporto in tutto quello che poi sono i flussi di gestione di queste persone che hanno delle problematiche di salute, e che quindi andranno incontro a visite mediche, a tutta una serie di supporto per la gestione sia della vita quotidiana sia della malattia. Si ritiene che, come criterio, ci debba essere assolutamente questo tipo di approccio, perché le strutture già ci sono, ma sono rivolte alla popolazione nostrana che parla la nostra lingua, che conosce il nostro sistema sanitario e che in qualche modo ha un accesso con una presa in carico che è già stata effettuata. Queste persone hanno delle difficoltà in più, quindi questi criteri devono rientrare sicuramente nell'intera gestione [...]." (A. Diquigiovanni)

"[...] È stata detta una cosa importante che permette di introdurre un ulteriore concetto, che ha a che fare con lo stigma, ossia quel concetto di presa in carico, di cui si diceva prima. È fondamentale, perché mettere assieme le persone giuste vuol dire conoscerle. Una delle cose più complicate quando da anni, tutti quanti noi facciamo e usiamo questi progetti di residenzialità leggera, che adesso, appunto, stiamo cercando di omogeneizzare e qualificare ulteriormente, sono le riunioni fatte prima per capire se le persone XYZ vanno d'accordo, se potenzialmente hanno già sperimentato delle relazioni, se sono adatte, questo è molto importante, e si parla di stigma perché ci si gioca, noi della salute mentale, e quindi anche in questo potenziale sviluppo, ci giochiamo l'immagine, perché questi appartamenti sono nei condomini, sono all'interno dei quartieri, sono vicini a supermercati, e alle scuole, se le cose funzionano bene, noi abbiamo un beneficio in termini di immagine, di stigma, e quindi di un beneficio che traduciamo in un vantaggio di tutto quello che poi il nostro operato ulteriore. Se abbiamo dei problemi, anche problemi banali, questo stigma rende più difficile questi percorsi. Per questo parlavo prima di prese in carico, alleanze e quant'altro. Poi nella vita si sbaglia, si fanno errori, va bene però è fondamentale partire da un approccio di presa in carico di conoscenza." (T. Maniscalco)

"[...] L'esperienza di Padova ha evidenziato l'importanza di creare un gruppo che abbia sulla carta almeno delle potenzialità di convivere ma anche esperienze di vivere insieme, [aspetto sottolineato] rispetto alle persone che abbiamo visto in Spir.Net che per la maggior parte sono [ospitate] in CAS, piuttosto che in situazioni di accoglienza; quindi, in dimensioni [abitative] abbastanza grandi. Riuscire a condividere spazi, tempi, regole di vita è sicuramente fondamentale. Per poterle considerare queste situazioni una risorsa va sicuramente previsto comunque una frequenza diurna [da parte di personale strutturato], nel senso che le strutture, gli appartamenti dell'abitare supportato di per sé presuppongono una copertura veramente molto minima di personale strutturato, quindi, l'operatore di riferimento, cui si faceva riferimento prima, quindi una presa in carico forte sia da parte del servizio pubblico che da parte del privato sociale è sicuramente determinante per poter dare anche una scansione del tempo e un impegno che permetta alla persona di poter ambire ad avere un ruolo sociale valido, che sia lavoro, che sia attività diurna, che sia qualsivoglia forma di formazione sul campo, deve essere sostanziale perché le persone abbiano il tempo occupato e si sentano di star facendo qualche cosa per raggiungere la loro autonomia." (M. Vigolo)

⁹ [DGR n. 1616 del 17 giugno 2008 "Approvazione dei requisiti e degli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale \(L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali"\)](#)



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Logo realizzato da Centro Anziani del 3 - Centro di Promozione della Salute Mentale
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



MINISTERO
DELL'INTERNO

“La DGR 371 ha previsto una quota definita, un tasso di educatori, anzi di tecnici della riabilitazione psichiatrica (TerP) in primis, eventualmente educatori socio-sanitari, finalizzati a queste attività¹⁰. Risulta che la Commissione regionale abbia già dato le autorizzazioni; quindi, da domani si possono prendere e finalizzare a questo. L'obiettivo vero, però, in realtà deve sempre essere quello della autonomizzazione, quindi [tali figure] vanno benissimo all'inizio, ma sempre con l'obiettivo che siano presenti sempre meno. Non per risparmiare risorse, ma perché l'obiettivo vero è l'autonomizzazione paziente laddove sia possibile [...]” (T. Maniscalco)

“A queste persone è necessario dare una prospettiva di inserimento lavorativo, per dare un senso al viaggio che hanno fatto. Un'altra cosa [...] non è mai stato fatto uno screening iniziale della situazione psicologica di queste persone, questo forse, anche fatto rapidamente, potrebbe forse permettere di individuare, in maniera precoce, possibili situazioni di [vulnerabilità psicologica]. La maggioranza di queste persone ha subito o ha assistito a violenze, finché sono sotto stress va tutto bene, quando cominciano a ritenersi arrivati e sono tranquilli, un po' alla volta cominciano a venire fuori queste situazioni [traumatiche], alcune volte anche in maniera eclatante, e si decide di intervenire quando è già troppo tardi o comunque la presa in carico diventa più complessa. Questo significa, riuscire ad individuare le persone a rischio e seguirle in maniera adeguata e possibilmente poi toglierle dai CAS, sostanzialmente, dove non ci sono probabilmente delle situazioni adeguate. Ci si rende conto quindi che una presa in carico da parte del servizio sanitario di questo numero [di persone], che potrebbe essere anche molto importante, con alcune che potrebbero facilmente recuperare [uno stato di salute] e continuare a seguire loro percorso [di vita] normale, richiede un raccordo forte sul territorio [...]” “Il progetto Spir.Net alla fine abbia messo in evidenza, pur dando delle risposte, anche se in nuce, a questo è un problema, perché queste persone rimangono in carico ai CAS pur non avendone formalmente il titolo, non vengono adeguatamente curate, quindi la loro situazione peggiora, e un domani che per qualche ragione dovessero uscire potrebbero costituire un problema per la comunità [...]” “[...] La proposta è – qualora fosse possibile – assieme allo screening sanitario prevedere, non una presa in carico, ma una valutazione dal punto di vista psicologico da parte di uno specialista, nella fase iniziale [dell'iter di accoglienza] [...]” “[in merito] all'abitare protetto, si ritiene che possa essere un'ottima soluzione.” (Prefettura di Padova)

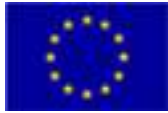
“Una domanda riguarda la possibilità di pensare – anche in queste esperienze – a un cohousing solo di pazienti migranti, o eventualmente integrato con altri utenti del dipartimento di Salute mentale”. [...] Forse si possono citare delle esperienze, [...] non si vedono motivi di pensare ad un [tipo di] cohousing solo, dipende molto dai casi [...]” (E. Turella, T. Maniscalco)

“Noi [AULSS 7] abbiamo agito un po' in questo modo, quando ci arrivano [...] quando arrivano le segnalazioni proviamo prima a fare una visita psichiatrica e poi ci mettiamo in collegamento con i nostri partner, quindi con la cooperativa Libera e con la Cooperativa entropia, entrano poi subito in azione gli psicologi che vedono le persone. Quindi noi abbiamo sempre lavorato in questo modo. Visita psichiatrica e comunque colloquio psicologico, con affiancamento dello psicologo in tutto il percorso, proprio per i motivi che si dicevano prima, per questa sofferenza psichica che c'è, che porta poi ad avere, a volte, degli atteggiamenti e dei comportamenti che possono essere difficili da comprendere e da gestire da parte dei CAS, ma che hanno

¹⁰ “[...] implementare le figure di Tecnico della riabilitazione psichiatrica TerP e/o educatori socio-sanitari per la promozione di progetti personalizzati domiciliari finalizzati alle seguenti linee:

- trattamento riabilitativo territoriale di giovani adulti con funzionamento cognitivo, sociale e relazionale compromesso da precoce insorgenza di malattia
- percorsi d'inclusione scolastica, di formazione professionale o pre-occupazionali e di preparazione ai percorsi d'inserimento lavorativo interagendo con le diverse agenzie interessate all'inclusione lavorativa
- percorsi di supporto all'autonomia abitativa per utenti che vivono in abitazioni proprie o secondo il modello dell'Abitare Supportato, in armonia con quanto previsto dall'allegato "D" della DGR 1673/2018.

Per tale necessità si prevede una dotazione di almeno 3 TerP e/o educatori socio-sanitari full time per CSM di 100.000 abitanti di bacino di riferimento.”



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Logo realizzato da Centro Anziani del 9 - Centro di Promozione della Salute Mentale
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network

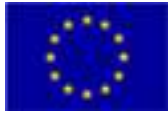


MINISTERO
DELL'INTERNO

comunque una ragione, che ci dicono tantissime cose sulle quali bisogna intervenire. Non andiamo da nessuna parte, penso, se non prendiamo in carico la sofferenza, che si descriveva molto molto bene prima. Poi mettendo insieme le informazioni raccolte dallo psichiatra, dallo psicologo, dagli operatori, che seguono e che hanno visto l'impazienza, tutti insieme si progetta un percorso individualizzato, e ci si tiene a stretto contatto per tutto il percorso". "Noi abbiamo fatto gli inserimenti integrati, è questo un po' il punto [da focalizzare]. "Nella nostra esperienza – che può servire da stimolo – abbiamo senz'altro proceduto al cohousing con i pazienti del DSM, non c'era motivo di non farlo. Il problema sono le caratteristiche cliniche non altro, sul chi ha pagato, in questo caso c'è stato appunto il progetto Spir.Net, ma, tolti gli aspetti crudi, per il resto è più un aspetto di tipo, ripeto, relazionale, legato in questo caso alla presa in carico rapida, ma che ci ha permesso di definire adeguatamente l'utente, in qualche modo segnalato, altrimenti non si può fare un inserimento." (E. Bertoncetto, T. Maniscalco)

"Perfettamente in linea con tutti i ragionamenti che sono stati fatti [...] un appunto che volevo sottolineare, che almeno per noi, qui a Treviso è un elemento critico, è sicuramente il territorio, il Comune di residenza. Quando abbiamo potuto immaginare l'inserimento di un utente Spir.Net in un progetto di abitare supportato, tanto per essere chiari, quando abbiamo effettuato le VMD abbiamo riportato nel verbale che il Comune di residenza prendeva atto del progetto che stavamo mettendo in campo e abbiamo proprio dovuto concordare insieme al comune 'le parole', quindi evidentemente il lavoro di rete e un po' quello che diceva il Dottor Maniscalco, lo stigma rispetto a questo tipo di utenza, ecco, è ancora un elemento sul quale bisogna lavorare, quantomeno qui". (M. Alari)

"Noi ci rappresentiamo quella che è l'esecuzione pratica, quello che Spir.Net ha proposto in questi anni, siamo da maggio 2020 coinvolti nel progetto; quindi, ci siamo interfacciati con tutti i servizi, come tutti gli enti, con questa grande cordata che abbiamo messo in piedi. Sentendo gli interventi che ci sono stati fino adesso, mi viene da segnalare dei nodi di criticità importanti, quali la natura stessa dei CAS che è un centro di accoglienza straordinaria, anche se si dibatte ancora se mantenere in vita i CAS, piuttosto che dare preferenza alla rete dei SAI. Però poi nella pratica quotidiana si vede che i SAI più di tanto non lo stanno prendendo piede sul territorio, questo a vantaggio dei CAS che sono sempre più chiamati a rispondere, soprattutto anche nell'ultimo periodo, a questi nuovi flussi in arrivo. Quindi vogliamo [dare] dignità alla gestione dei CAS, anche capendo chi gestisce i CAS, perché poi c'è un problema di enti gestori che non li gestiscono adeguatamente; vedo poi anche spesso, da parte della prefettura un mancato intervento su situazioni che dovrebbero essere invece monitorate più attentamente. In relazione alla qualità di vita all'interno dei centri di accoglienza, tenendo conto che noi come ente gestore lavoriamo da parecchi anni, con la gestione di CAS in accoglienza diffusa piuttosto che collettiva, grandi centri come piccoli appartamenti, e siamo sempre a conciliare l'utenza [rappresentata dai] migranti con le altre utenze, che gestiamo con vari servizi, dal servizio di housing first con il comune, ad servizi più strutturati con i Sert o l'istituzione carceraria o anche con i servizi [che si occupano di] malattia mentale. Abbiamo un GAP, abbiamo sperimentato l'inserimento anche di un richiedente asilo riconosciuto con protezione speciale all'interno del GAP. Quello che mi viene da aggiungere è che bisogna forse rendere maggior dignità alla figura dell'educatore professionale, dell'educatore del terzo settore, quindi delle cooperative, grossomodo, che conosce molto bene la realtà di malessere o di benessere dell'utenza dei [rappresentata dai] richiedenti asilo. Già in fase di arrivo il richiedente asilo, dovrebbe essere sottoposto ad uno screening per capire se ha vulnerabilità, prima ancora [quindi] di arrivare in commissione territoriale, e bisognerebbe concertare azioni di collaborazione con i medici di medicina generale. Noi abbiamo fatto una sperimentazione, qui a Verona, dove la figura del medico di medicina generale è centrale nell'aggancio e nell'instaurare un rapporto di accompagnamento educativo con il migrante. Abbiamo notato una grossissima differenza tra l'epoca pre-decreto Salvini con delle rette che potevano dare modo agli enti gestori di investire in qualità. Noi, nonostante i tagli, abbiamo fatto una scelta interna di continuare con questo tipo di lavoro, ottimizzando l'esperienza raccolta negli anni in cui mi viene da dire, passatemi il termine, negli anni delle 'vacche grasse', adesso siamo negli anni delle vacche magre, e tutto in sistema risente di questo. Quindi noi,



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Cooperazione del Centro Anziani del 9 - Centro di Promozione della Salute Mentale
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



MINISTERO
DELL'INTERNO

sul territorio di Verona, grazie a Spir.Net, abbiamo avuto la possibilità di lavorare bene, abbiamo individuato una rosa di persone, ognuna di queste persone rappresenta un caso particolare, specifico dell'essere migrante, siano essi richiedenti asilo, siano essi beneficiari di protezione internazionale, siano essi, anche grazie alla rimodulazione che c'è stata in corso d'opera, coloro che hanno ricevuto una protezione speciale. Spesso, però, il richiedente asilo è l'elemento più debole perché nel corso della sua richiesta di asilo può perdere lo status di richiedente asilo; quindi, questo si traduce in un mancato rinnovo della tessera sanitaria, subentra così una difficoltà a veder erogato il servizio già in corso, magari con lo stesso Centro di Salute Mentale. Sono problemi che si possono sicuramente superare, però nella dimensione del singolo, del paziente, possono diventare dei problemi. Allora, lì ove è supportato da un'equipe che investe in termini qualitativi, allora si può dare rilievo alla figura dell'educatore. L'educatore diventa una sorta di mentore, di cicerone, è colui che accompagna il paziente attraverso tante fasi che vanno da problemi di ordine burocratico, sanitario, al rapporto con i servizi. Perciò noi, forti della collaborazione, abbiamo ottimizzato quello che è derivato dall'ambito sanitario, quindi sostegno medico alla salute della persona, però l'abbiamo integrato con dei percorsi alternativi, di non facile esecuzione, perché poi ci sono molti problemi pratici e di prospettiva anche. Quindi bisogna, riuscire fin dal primo aggancio con l'utente richiedente asilo a fare un'analisi di quelli che sono i bisogni e le necessità, scremare chi ha problematiche reali di ordine psichiatrico da chi invece ha problemi di ordinare antropologico, culturale, cognitivo, perché noi stiamo rilevando anche ritardi cognitivi nell'utenza. [Ad esempio] con una persona di quarant'anni, nigeriana, senza nessuna istruzione, senza nessuna scolarizzazione, che ha un deficit cognitivo, puoi fare quello che vuoi ma non arrivi mai ad un risultato dove puoi ambire all'autonomia, ed anche il concetto stesso di autonomia è relativo. L'autonomia non è un punto d'arrivo, ma una volta raggiunta basta sei autonomo con la tua casa, il tuo lavoro, il lavoro lo perdi, lo ritrovi, la casa, lo stesso. La casa è uno dei problemi fondamentali che noi stiamo riscontrando qui a Verona, non c'è possibilità di reperire nuove strutture e c'è un problema di mediazione anche con la cittadinanza, che rispetto ai migranti non ne vuole sapere. E quindi dobbiamo collaborare, almeno il privato sociale deve trovare una collaborazione efficace con la pubblica amministrazione in toto, con pubblica amministrazione intendo, azienda ospedaliera, prefettura ed enti del territorio, che spesso e volentieri non si coordinano, ognuno fa il suo e difficilmente si riesce a superare i problemi, come invece accadrebbe se ci fosse la partecipazione, ci fosse, come dire, un accordo, forse le cose andrebbero più facilmente. Io ogni giorno mi trovo a dover intervenire su situazioni molto particolari, molto estreme anche. Vengo da una settimana in cui ho dovuto chiamare le forze dell'ordine più e più volte per un ex utente che non ha più dove andare, che si trova ad essere vittima di un vizio di forma del sistema, ha perso i documenti, ha soldi in banca ma non li può ritirare, non si capisce chi lo può aiutare, e mi spaventa quando le stesse forze dell'ordine, che intervengono per situazioni dove ci vuole per forza una chiamata della polizia, si rivolgono a noi e ci chiedono che cosa dobbiamo fare. Quando poliziotti e carabinieri chiedono agli educatori di un ente del privato sociale che cosa devono fare a fronte di una situazione di ordine pubblico, lo comincio a farmi delle domande, che rimando a questa rete che si sta venendo a creare, e che ha contribuito moltissimo a darci degli strumenti utili per andare avanti, perché altrimenti il grado di frustrazione che si misura all'interno dei CAS, a fronte delle poche risorse che si hanno, rischia di appiattire la qualità del servizio e del lavoro di relazione che si costruisce giorno per giorno con l'utenza." (N. Romanelli)

"[...] Solo tre cose rapidissime, la prima è questa, credo che uno dei meriti di Spir.Net sia quello di avere acceso un po' un riflettore, che è molto. Due stimoli tra quelli che ha dato, il primo è questo, la valutazione deve essere sempre multiprofessionale, questo è un must in salute mentale. Ha fatto bene a ricordare anche la figura preziosa dell'educatore. L'altra cosa invece la dico un po' al contrario, a volte il problema è a livello che è nazionale, rispetto non solo all'embricatura delle diverse forze possibili, ma anche alle possibilità che queste hanno, cioè a volte non è un problema di coordinamento ma un problema proprio di che cosa si può effettivamente fare. E questo è un livello che con Spir.Net. non è possibile affrontare a livello locale." (T. Maniscalco)



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Logo realizzato da Centro Anziani del 9 - Centro di Promozione della Salute Veneta
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



MINISTERO
DELL'INTERNO

“Allora riguardo alla prima domanda penso che l’abitare supportato possa essere assolutamente adatto. È chiaro che sarà nostra cura valutare, perché non è detto che sia adatto a tutti [...]. Lo dico perché non dobbiamo pensare che tutti gli strumenti siano adatti per tutti. Però questo è uno strumento che ha una sua fragilità intrinseca, l’abitare supportato non è una comunità alloggio, è un appartamento in un condominio comunque inserito nel territorio. Però aggiungo, lo strumento è assolutamente adatto perché si pone in continuità logica e coerente con i CAS e con i SAI; gli utenti, le persone che sono inserite nei CAS non fanno altro che essere inserite sul territorio in appartamenti. Per cui l’abitare supportato non è altro che una continuità, una continuità logica, dove le persone escono dai CAS, dove ricevono una serie di supporti, per entrare in un appartamento inserito nel territorio. Ne ha sicuramente vantaggio la persona ma ne ha anche vantaggio quel territorio che ha modo di accogliere persone, quindi, di godere delle presenze delle persone che hanno bisogno, per cui è vantaggiosa l’esperienza dell’abitare supportato sia per le persone che per il territorio che accoglie l’appartamento. Questo l’abbiamo visto anche nella nostra esperienza. Allora l’unica nota di criticità, in aggiunta alle altre, è che bisogna stare molto attenti, perché non deve essere un ostacolo a quella che è la solidarietà sociale delle persone. Ho notato che alcune persone che abbiamo seguito attraverso Spir.Net, non hanno trovato – per difficoltà nostre – risposte. Ma grazie a Spir.Net hanno trovato loro delle risposte all’interno della loro rete, valorizzando il loro legami ed i loro contatti. La valutazione, quindi, dovrà essere molto attenta, perché l’abitare supportato non deve essere un ostacolo allo sviluppo della solidarietà della rete che all’interno di alcune etnie è molto sviluppata ed è anche molto efficace. Rispetto a questo, per continuare, dobbiamo costruire un processo, un percorso, di entrare nell’abitare supportato, e costruire un percorso di uscita verso l’autonomia.” (R. Morello)

“ [...] Alla domanda se può starci come [forma di] residenzialità quella leggera per una persona che ha un permesso di soggiorno per protezione internazionale, abbiamo condiviso che dipende. [...] condividiamo quanto è stato detto fino adesso, quello che ci siamo detti è che è la complessità sulla complessità, ci sono tantissimi livelli, [...], c’è una risposta ai bisogni primari, la casa. Poi però c’è anche il piano delle relazioni. della rete da costruire, e tante volte ci sono tantissimi attori, per cui si deve lavorare in rete, poi però il problema concreto è chi è che fa la regia? Chi è che poi deve integrare tutte le competenze di cui si ha bisogno? Competenze a livello psicoterapeutico, giuridico, con disponibilità di risorse. È veramente molto, molto complesso, e noi ci siamo ritrovati a volte anche molto spiazzati, a mio avviso, anche senza strumenti; quindi, come dicevo anche la collega prima, pensare non solo ai criteri ma anche a dei percorsi un po’ definiti, questo non vuol dire standardizzati, uguali per tutti, però delle linee guida che aiutano anche noi operatori ad andare a centrare meglio gli obiettivi, a chi chiedere, che cosa fare, come fare per ottenere quella data cosa. Perché, come si diceva prima, anche l’assegnazione del medico è un grosso problema, perché oltre a non avere queste persone conoscenze, non hanno proprio esperienza dei nostri servizi, quindi vanno prese e accompagnate ed è veramente oneroso e faticoso.” (L. Semprebon)

Il Dottor Maniscalco accompagna l’incontro alla chiusura, riportando i partecipanti su mentimeter per l’ultima domanda:

Inserisci tre aggettivi che devono caratterizzare, secondo te, una struttura che prenda in carico RTPI in situazioni di vulnerabilità?



Progetto co finanziato
dall'Unione Europea



Logo realizzato da Centro Anziani del 3 - Centro di Promozione della Salute Mentale
FONDO ASILO, MIGRAZIONE, INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020
PROG. 2089 Salute Protezione Internazionale Richiedenti Network



MINISTERO
DELL'INTERNO



"[...] Il fatto stesso che ci siano moltissimi aggettivi, avverbi, perché sono davvero tanti, in tutti molto importanti tra loro, che stanno andando a comporre il quadro dà l'idea della complessità con cui ci confrontiamo. guardo solamente i termini al centro [del riquadro], tanto più immagino è grande tanto più la parola è rappresentativa. Ci sono tre termini in centro che sono: competente, flessibile e multidisciplinare, che mi sembra che riassumano bene, anche tutto il resto è altrettanto importante. Sicuramente competente, vuol dire che non ci inventiamo nulla, ma che abbiamo un percorso davanti fatto di definizione di competenze, come diceva qualcuno negli ultimi interventi, fatto di creazione di percorsi definiti. Flessibile è fondamentale [...]. Perché flessibile vuol dire adattabile, vuol dire personalizzabile. È poi quello che si diceva prima parlando dell'educatore, multidisciplinare, estenderei multidisciplinare al di fuori delle figure sanitarie. Multidisciplinare vuol dire con molte ottiche eccentrico, perché altrimenti non si riesce a trovare una soluzione ad un bisogno che è ultra complesso. Parlando di stigma, in questo contesto lo stigma è al quadrato, c'è uno stigma per via della patologia psichiatrica, c'è uno stigma per l'essere diverso, c'è lo stigma per essere straniero, c'è uno stigma per via dell'etnia, e quant'altro, quindi multidisciplinare, vuol dire avere la possibilità di affrontare in maniera veramente ampia quella che è un bisogno. È evidentemente complesso." T. Maniscalco)



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

Allegato 2

DGR 84 del 16 gennaio 2007 - Estratto da Allegato B

Work Package: 3

Nuovi indicatori e criteri per una gestione integrata e sostenibile dei migranti target

Task: 1

Elaborazione di procedure e possibili nuovi indicatori, requisiti e standard

Task : 2

Confronto con la normativa regionale rilevante



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



Unità di offerta che possono essere incluse nel Piano Socio Sanitario della Regione Veneto

Alcune tipologie di offerta non sono soggette all'autorizzazione all'esercizio, ma entrano a far parte del sistema di offerta dei servizi in quanto previsti dal Piano Sociale Regionale. In ogni caso sono soggetti all'obbligo di comunicazione di avvio di attività, da presentare al Comune dove hanno sede. Ognuna delle seguenti unità di offerta presenta alcuni criteri di cui l'Ente deve dare evidenza al momento della comunicazione d'avvio, e altri possibili criteri guida per il miglioramento della qualità del servizio.

Comunità di tipo familiare per malati psichiatrici

Denominazione	COMUNITÀ DI TIPO FAMILIARE PER MALATI PSICHIATRICI
Definizione	Servizio caratterizzato da una dimensione tipicamente familiare, che accoglie persone con problematiche psichiatriche che, terminato il percorso riabilitativo-protetto, presentano sufficienti livelli di autonomia e necessitano di sostegno per la gestione della stessa oppure sono prive di nucleo familiare o sono temporaneamente o permanentemente impossibilitate a permanere nel nucleo familiare. Questo servizio si caratterizza per la presenza effettiva e permanente di una famiglia, o di almeno due adulti, di ambo i sessi, che svolgono funzioni tutelari.
Finalità	accoglienza e gestione della vita quotidiana, orientata alla tutela della persona e allo sviluppo delle abilità residue, o anche alla realizzazione di esperienze di vita autonoma dalla famiglia.
Utenza	persone adulte con problematiche psichiatriche
Capacità ricettiva	fino a 4 ospiti

Criteri di cui l'Ente deve dare evidenza al momento della comunicazione d'avvio.

Presenza di una famiglia o di almeno 2 figure adulte residenti stabilmente nella struttura.

ADEGUATA PROGRAMMAZIONE GENERALE DEL SERVIZIO

Esistenza di modalità di monitoraggio e di controllo dei risultati : Deve essere redatto un report annuale di valutazione dei risultati che la Comunità ha raggiunto sulla sua utenza. L'Ente Gestore sulla base delle informazioni raccolte deve aggiornare e adeguare la programmazione del servizio e gli obiettivi a carattere generale sull'utenza.

GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

Formazione della coppia residente: La formazione deve essere pianificata in base ai bisogni formativi del personale, in funzione degli obiettivi del servizio. Tale formazione deve essere documentata anche ai fini dell'eventuale riconoscimento di crediti formativi. I percorsi formativi, sia individuali che di gruppo, devono fornire agli operatori strumenti (teorici e tecnici) utili per comprendere la complessa realtà della struttura in relazione agli ospiti e per saper organizzare percorsi educativi e riabilitativi in funzione dei bisogni specifici.

INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO

Integrazione con la rete dei servizi sociosanitari e sociali del territorio: In tutte le fasi di erogazione del servizio, devono essere messe in atto azioni finalizzate ad attuare il coordinamento e l'integrazione con gli altri servizi socio-sanitari e sociali del territorio. Deve inoltre essere attivato un rapporto di collaborazione specifico con l'Azienda ULSS che permetta di usufruire di risorse specialistiche non della dotazione organica alla Comunità Familiare, la cui presenza sia programmabile relazione ai bisogni dell'utenza.

Utilizzo delle risorse del territorio da parte degli ospiti: In tutte le fasi di erogazione del servizio, la Comunità Familiare deve contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio (ad esempio piscina, centri di aggregazione, cinema, associazioni di volontariato, ecc.).

PERSONALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

Definizione di un progetto educativo individualizzato (PP): Deve essere definito e documentato un progetto personalizzato sulla base:

- delle caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni e del suo contesto familiare e sociale
- dei risultati che si vogliono ottenere
- della capacità di risposta dell'ente in termini organizzativi interni e di eventuale integrazione e ricorso ai servizi della rete.

Il progetto personalizzato deve comprendere:

7. la valutazione multidimensionale dell'utente
8. l'individuazione degli obiettivi specifici d'intervento
9. l'individuazione dell'operatore responsabile del PP
10. l'informazione e il coinvolgimento dell'utente e/o dei suoi familiari nella definizione del PP

Comunità di tipo familiare per malati psichiatrici

11. la formalizzazione del PP, con la descrizione delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi

12. la realizzazione di attività di verifica sul PP (procedure, tempi e strumenti)

Deve essere definito e adottato un sistema di valutazione dei risultati (valido e attendibile) sul singolo utente, i dati in output da tale sistema devono essere utilizzati per ridefinire il PP.

L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali, possibilità alla partecipazione alle attività organizzate, ecc.)

Qualora in via del tutto eccezionale sia ammesso nella Comunità Familiare per disabili un minore autorizzato dall' UVMD, perché non accolto nei Centri Diurni Educativi per minori, deve essere definito un progetto individualizzato comprensivo delle attività scolastiche.

Patto educativo con gli altri ospiti della Comunità: Devono essere presenti regole di vita chiaramente definite e condivise con gli ospiti della casa.

SICUREZZA DELLA STRUTTURA

Rispondenza ai requisiti di legge: la struttura dovrà ottemperare ai requisiti di abitabilità richiesti per le civili abitazioni e ai requisiti previsti dal D.lgs. 626/94 e successive modifiche e integrazioni, coerenti con il tipo di struttura

Possibili criteri di riferimento per migliorare la qualità del servizio. Tali criteri possono fungere da guida per l'Ente locale al momento della scelta del soggetto fornitore con cui stipulare convenzioni.

PROFESSIONALITA' DEGLI OPERATORI

Qualifica delle figure educative residenti: Le figure educative residenti devono essere in possesso di una formazione di base sull'handicap.

Qualifica del personale addetto all'assistenza: Il personale con funzione di addetto all'assistenza deve essere in possesso di attestato di qualifica professionale di Operatore Socio Sanitario (OSS) o qualifica riconosciuta equipollente dallo Stato e dalla Regione Veneto.

Presenza della funzione di coordinamento: Deve essere garantita la funzione di coordinamento svolta da uno dei due adulti residenti nella struttura, adeguatamente qualificato. La persona che svolge tale funzione avrà compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, anche in rapporto alla loro formazione permanente, di promozione e valutazione della qualità dei servizi, di monitoraggio e documentazione delle esperienze, di sperimentazione dei servizi innovativi, di raccordo tra i servizi educativi, sociali e sanitari, di collaborazione con le famiglie e la comunità locale, anche al fine di promuovere percorsi di integrazione con il territorio.

ADEGUATA QUANTITA' DELLE RISORSE UMANE

Rapporto numerico personale e utenti: Deve essere garantita la presenza effettiva e permanente di una famiglia o di almeno 2 figure adulte residenti stabilmente nella struttura, preferibilmente di ambo i sessi che svolgono funzioni educative.

Il rapporto numerico deve essere tale da garantire la presenza di almeno 1 unità di personale con funzioni di addetto all'assistenza ogni 6 ospiti con parziale livello di autosufficienza.

Deve essere inoltre garantita dall'Azienda ULSS la presenza programmata di infermieri professionali e/o personale della riabilitazione per esigenze dell'utenza ospitata.

ADEGUATEZZA DEGLI SPAZI INTERNI

Presenza di spazi articolati e diversificati: Nel rispetto della flessibilità presente in una civile abitazione devono essere previsti i seguenti ambienti/locali:

- zona pranzo
- locali ad uso collettivo adeguati alla ricettività massima della struttura
- locale spogliatoio per il personale non residente
- locale/spazio per la lavanderia, guardaroba
- locale/spazio per il deposito della biancheria sporca

Assenza di barriere architettoniche: La struttura (all'interno e all'esterno) deve essere priva di barriere architettoniche, secondo quanto previsto dalla l. 13/89; D.M. 236/89, DPR 503/96.

Adeguatezza degli aspetti igienico strutturali: La struttura deve produrre adeguata documentazione attestante la rispondenza a quanto previsto dall'allegato A del DPR n° 246 del 21/4/93. Nella struttura dovranno essere previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa.

DOTAZIONE DELLA STRUTTURA

presenza di mezzi di trasporto: Presenza o possibilità di accesso a mezzi di trasporto attrezzati per persone con disabilità, sui quali l'ente gestore deve garantire una adeguata manutenzione.

Deve essere garantita la disponibilità di un accompagnatore nei momenti di trasporto degli ospiti, in relazione alla gravità dell'handicap.

ADEGUATA LOCALIZZAZIONE DELLA STRUTTURA

Facilità nei collegamenti e accessi ai servizi generali: La struttura deve essere collocata in prossimità di una zona residenziale o in luoghi abitati facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici.

ADEGUATA PIANIFICAZIONE STRATEGICA DEL SERVIZIO

L'Ente Gestore deve definire, fin dal momento della sua costituzione, la mission, ovvero l'impegno che, attraverso lo svolgimento delle attività, si vuole dedicare al raggiungimento di un obiettivo generale di carattere socio-assistenziale. L'Ente Gestore deve definire il risultato generale da raggiungere, individuare le tipologie di utenza e i servizi di riferimento. Dovrà inoltre indicare le strategie di sviluppo del servizio che intende perseguire.

CORRETTEZZA E TRASPARENZA DEL SERVIZIO

Esistenza della Carta del Servizio: Nella Carta del Servizio sono definiti i criteri per l'accesso ai servizi della Comunità Familiare, le modalità di funzionamento degli stessi, le condizioni per facilitare le valutazioni del servizio da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti, le procedure per assicurare la tutela degli utenti finali.

Adozione di un registro degli ospiti: Deve essere presente nella Comunità Familiare un registro in cui vengono indicati i nominativi degli ospiti e di una persona di riferimento con relativo indirizzo e recapito telefonico. Tale registro deve essere sistematicamente aggiornato, avendo cura di registrare gli eventuali periodi di assenza degli ospiti dalla struttura.

ADEGUATA PROGRAMMAZIONE GENERALE DEL SERVIZIO

Programmazione annuale del servizio: L'Ente Gestore, nell'ambito dei servizi che garantisce, deve definire obiettivi e strategie gestionali di carattere generale che interessano l'attività complessivamente svolta e garantire la definizione degli obiettivi specifici per ogni singolo

Comunità di tipo familiare per malati psichiatrici

intervento. Gli obiettivi generali e quelli specifici devono essere coerenti tra di loro e coerenti con i bisogni individuati.

Esistenza di un sistema di controllo di gestione: Deve esistere all'interno della Comunità un sistema di controllo dei processi di gestione e dei costi delle attività erogate.

Rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza e dei familiari: Devono essere messi in atto strumenti e procedure di rilevazione della soddisfazione sia dell'utente che dei familiari circa l'intervento complessivamente effettuato.

STILE PARTECIPATO DI DIREZIONE

Condivisione della mission da parte degli operatori: L'Ente gestore deve programmare attività specifiche volte alla condivisione della mission con tutti gli operatori.

COINVOLGIMENTO DEI FAMILIARI

Familiari coinvolti nelle attività della Comunità familiare: I familiari devono venire coinvolti nella programmazione delle attività della Comunità. La definizione delle modalità di partecipazione è lasciata alle singole Comunità e alle singole équipe, in accordo con l'Azienda ULSS, che valuteranno caso per caso l'effettiva possibilità e adeguatezza di tale coinvolgimento, nel rispetto del PEI e dell'organizzazione del lavoro della Comunità.

RELAZIONE TRA OSPITI E EDUCATORI

"Relazione educativa" tra operatori e ospiti nel rispetto delle soggettività: La relazione educativa tra operatori e ospiti deve essere tale da stimolare la soggettività delle persone e il rispetto dell'identità.

STILE EDUCATIVO BASATO SULLA CURA DELLE RELAZIONI FRA LE PERSONE

Presenza di oggetti e di "segni" personali dell'utente minore: Gli ospiti della Comunità devono avere libero accesso ad ogni locale/ambiente della casa ed avere la possibilità di personalizzare i propri spazi (es. camere da letto, spazi comuni), nel rispetto reciproco del diritto alla privacy degli altri ospiti.

Presenza della cartella personale: Le informazioni ed i dati (sull'utente) devono essere inseriti in una cartella personale dove dovranno essere riportati i risultati delle attività di monitoraggio in itinere.

PROCESSO DI GARANZIA DELL'IGIENE DELLA STRUTTURA

Pulizia degli ambienti: Devono essere formalizzate delle procedure chiare per la pulizia degli ambienti e delle attrezzature.

Gruppo Appartamento per malati psichiatrici

Denominazione	GRUPPO APPARTAMENTO PER MALATI PSICHIATRICI
Definizione	È un servizio che accoglie persone con problematiche psichiatriche , in situazioni di disagio sociale ed abitativo all'interno di un appartamento o di una casa.
Finalità	Prevenzione dell'istituzionalizzazione sostenendo la gestione autonoma della vita quotidiana e della cura della persona, attraverso la vita comunitaria.
Utenza	Persone con problematiche psichiatriche e/o psicologiche autosufficienti o parzialmente non autosufficienti ma in grado di assolvere da soli o con un minimo di sostegno, le funzioni di vita quotidiana.
Capacità ricettiva	Fino a quattro ospiti.

Criteri di cui l'Ente deve dare evidenza al momento della comunicazione d'avvio.

PERSONALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI

Patto educativo con gli altri ospiti della casa: Devono essere presenti regole di vita chiaramente definite e condivise con gli ospiti della casa.

SICUREZZA DELLA STRUTTURA

Rispondenza ai requisiti di legge: La struttura dovrà ottemperare ai requisiti di abitabilità richiesti per le civili abitazioni e ai requisiti previsti dal D.lgs. 626/94 e successive modifiche e integrazioni, coerenti con il tipo di struttura

ADEGUATEZZA DEGLI SPAZI INTERNI

Articolazione degli ambienti: Nel rispetto della flessibilità presente in una civile abitazione devono essere previsti i seguenti ambienti/locali:

- zona pranzo
- zona riposo
- locali ad uso collettivo adeguati alla ricettività massima della struttura
- servizi igienici

Assenza di barriere architettoniche: La struttura (all'interno e all'esterno) deve essere priva di barriere architettoniche, secondo quanto previsto dalla l. 13/89; D.M. 236/89, DPR 503/96.

Adeguatezza degli aspetti igienico strutturali: La struttura deve produrre adeguata documentazione attestante la rispondenza a quanto previsto dall'allegato A del DPR n° 246 del 21/4/93. Nella struttura dovranno essere previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa.

Possibili criteri di riferimento per migliorare la qualità del servizio. Tali criteri possono fungere da guida per l'Ente locale al momento della scelta del soggetto fornitore con cui stipulare convenzioni.

PROFESSIONALITA' OPERATORI

Qualifica del personale con funzione di addetto all'assistenza: Il personale presente all'interno del gruppo appartamento, con funzione di addetto all'assistenza deve essere in possesso di attestato di qualifica professionale di Operatore Socio Sanitario (OSS) o qualifica riconosciuta equipollente dallo Stato e dalla Regione Veneto.

Presenza della funzione di coordinamento: L'Ente Gestore deve garantire la funzione di coordinamento all'interno del Gruppo Appartamento svolta da personale adeguatamente qualificato.

Rapporto personale/utenti: Deve essere garantita in accordo con l'Azienda ULSS la presenza programmata di infermieri professionali, personale con funzione di addetto all'assistenza e/o personale con funzione di educatore-animatore a seconda dei bisogni e delle caratteristiche dell'utenza.

ADEGUATA LOCALIZZAZIONE DELLA STRUTTURA

La struttura deve essere collocata in prossimità di una zona residenziale o in luoghi abitati facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici.

INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO

Integrazione con la rete dei servizi sociosanitari e sociali del territorio: In tutte le fasi di erogazione del servizio, devono essere messe in atto azioni finalizzate ad attuare il coordinamento e l'integrazione con gli altri servizi socio-sanitari e sociali del territorio. Deve inoltre essere attivato un rapporto di collaborazione specifico con l'Azienda ULSS che permetta di usufruire di risorse specialistiche non della dotazione organica al Gruppo Appartamento, la cui presenza sia programmabile in relazione ai bisogni dell'utenza.

Utilizzo delle risorse del territorio da parte degli ospiti: L'Ente Gestore del servizio deve contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio (ad esempio piscina, centri di aggregazione, cinema, associazioni di volontariato, ecc.).

Adozione di un registro degli ospiti: Deve essere presente nel Gruppo Appartamento un registro in cui vengono indicati i nominativi degli ospiti e di una persona di riferimento con relativo indirizzo e recapito telefonico. Tale registro deve essere sistematicamente aggiornato, avendo cura di registrare gli eventuali periodi di assenza degli ospiti dall'appartamento.



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

Allegato 3

Format “Protocollo d’intesa per attività a favore di richiedenti titolari di protezione internazionale e protezione speciale in condizioni di vulnerabilità psichica e psicologica”.

Work Package: 3

Nuovi indicatori e criteri per una gestione integrata e sostenibile dei migranti target

Task: 1

Elaborazione di procedure e possibili nuovi indicatori, requisiti e standard

Task : 2

Confronto con la normativa regionale rilevante



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

**PROTOCOLLO D'INTESA PER ATTIVITA' A FAVORE DI
RICHIEDENTI TITOLARI PROTEZIONE
INTERNAZIONALE E PROTEZIONE SPECIALE IN
CONDIZIONI DI VULNERABILITA'
PSICHICA E PSICOLOGICA**

tra

Prefettura-UTG di _____

**Commissione Territoriale per il riconoscimento della
protezione internazionale di _____
Sezione di _____ --**

Azienda ULSS _____

VISTO

- L'articolo 2, comma 1, lett. h-*bis*), del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25, ai sensi del quale per “persone vulnerabili” s'intendono «minori; minori non accompagnati; disabili, anziani, donne in stato di gravidanza, genitori singoli con figli minori, vittime della tratta di esseri umani, persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali; persone per le quali è accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, vittime di mutilazioni genitali»;
- L'articolo 19, comma 2, del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, secondo il quale, nell'attuazione delle disposizioni in materia di protezione internazionale, «si tiene conto, sulla base di una valutazione individuale, della specifica situazione delle persone vulnerabili, quali i minori, i disabili, gli anziani, le donne in stato di gravidanza, i genitori singoli con figli minori, le persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale»;
- L'articolo 13, comma 2, d.lgs. n. 25/2008, ai sensi del quale «In presenza di un cittadino straniero portatore delle particolari esigenze di cui all'art. all'articolo 17 del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, al colloquio» avanti alla Commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale «può essere ammesso personale di sostegno per prestare la necessaria assistenza»;
- L'articolo 17, comma 1, d.lgs. n. 142/2015, ai sensi del quale «Le misure di accoglienza [...] tengono conto della specifica situazione delle persone vulnerabili, quali 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»;
- L'articolo 28, comma 1, lett. b), d.lgs. n. 25/2008, ai sensi del quale la domanda di protezione internazionale è esaminata in via prioritaria quando «è presentata da un richiedente appartenente a categorie di persone vulnerabili»;
- L'art. 27, comma 1-*bis*, d.lgs. n. 251/2007, relativo alla programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario;
- Le “Linee guida relative agli interventi di assistenza, riabilitazione e trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”, adottate, in attuazione del sopra indicato art. 27, comma 1-*bis*, d.lgs. n. 251/2007, con decreto del Ministro della Salute del 3 aprile 2017;
- La Direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale e in particolare gli articoli 10 (*Criteri applicabili all'esame delle domande*), 14 (*Colloquio personale*), 21 (*Condizioni per le informazioni giuridiche e procedurali gratuite e l'assistenza e la rappresentanza legali gratuite*) e 22 (*Diritto all'assistenza e alla rappresentanza legali in ogni fase della procedura*);
- La Direttiva 2011/95/UE, recante norme sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno *status* uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta, e in particolare l'articolo art. 20, che stabilisce che «Nell'attuazione delle disposizioni del presente capo, si tiene conto, sulla base di una valutazione individua/e, della specifica situazione delle persone vulnerabili, quali i minori, i disabili, gli anziani, le donne in stato di gravidanza, i genitori singoli con figli minori, le persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale».

PREMESSO CHE

Come descritto nelle “Linee guida relative agli interventi di assistenza, riabilitazione e trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”, i richiedenti, i titolari di protezione internazionale e coloro che sono in possesso di un permesso di soggiorno per protezione speciale, sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche.

Sono persone costrette ad abbandonare il proprio paese generalmente per sottrarsi a persecuzioni o al rischio concreto di subirne. Possono anche fuggire da contesti di violenza generalizzata determinati da guerre o conflitti civili nel proprio Paese di origine. Inoltre, durante il percorso migratorio, possono essere esposti a pericoli e traumi aggiuntivi determinati dalla pericolosità di questi viaggi che si possono concretizzare in situazioni di sfruttamento, violenze e aggressioni di varia natura compresa quella sessuale, la malnutrizione, l'impossibilità di essere curati, l'umiliazione psicofisica, la detenzione e i respingimenti.

Gli eventi traumatici che colpiscono i richiedenti e titolari di protezione internazionale e speciale determinano gravi conseguenze sulla loro salute fisica e psichica con ripercussioni sul benessere individuale e sociale dei familiari e della collettività.

In tale contesto si sviluppano le attività della Prefettura – Ufficio territoriale del Governo di _____ (nel prosieguo, la Prefettura), la Commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale di _____ – Sezione di _____ (nel prosieguo, la Commissione) e delle Aziende ULSS _____ (nel prosieguo, le Aziende ULSS), nonché degli enti gestori dei centri di accoglienza dei richiedenti protezione internazionale convenzionati con la Prefettura ed ogni altro ente indicato dalla Prefettura o dall'Azienda ULSS che svolge attività socio-sanitaria a supporto dell'emersione, cura e gestione dei casi di salute mentale o di uso /abuso di sostanze psicotrope e/o alcol, tra i richiedenti asilo e titolari (vedasi ad esempio il progetto SPIR.NET delle Aziende sopra citate).

Per quanto concerne specificatamente le Aziende ULSS, l'attività svolta si pone quale obiettivo principale il miglioramento della qualità di vita del migrante e dei suoi familiari, la riduzione dei rischi di emarginazione e l'integrazione sociale. In particolare:

- il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) delle Aziende ULSS, in qualità di garante clinico per la tutela della salute mentale, si occupa della 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. Pertanto, opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati ed intervenendo primariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria di comunità.
- il Dipartimento per le Dipendenze delle Aziende ULSS è un servizio territoriale che si occupa di prevenire, curare e riabilitare gli stati di dipendenza patologica, in particolare da sostanze psicotrope, alcol, tabacco e gioco d'azzardo. In seno a tale Dipartimento opera il Servizio per le dipendenze patologiche (SerD), il quale fornisce prestazioni di *counseling*, diagnosi psicologica e medica, psicoterapia individuale e familiare, assistenza sociale, medica e infermieristica, terapia farmacologica, *screening* tossicologici alle urine, etiltest, *screening* e prevenzione delle malattie infettive correlate, invio e monitoraggio dei programmi in comunità terapeutiche, invio e collaborazione con i Club Alcolisti in Trattamento e con i gruppi Alcolisti Anonimi e i Gruppo Familiari Al-Anon, riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo, interventi educativi personalizzati, interventi di prevenzione e promozione della salute.

Tali attività richiedono lo sforzo di operare attivamente su più livelli di integrazione, coinvolgendo soggetti istituzionali, forze sociali, operatori pubblici e privati, secondo il principio di partecipazione.

Nell'ambito delle proprie attività, i Dipartimenti di Salute Mentale e per le Dipendenze prendono altresì in carico pazienti in attesa dell'audizione avanti la Commissione ovvero in attesa di definizione della procedura per il riconoscimento della protezione internazionale e, pertanto, date le competenze specifiche, risultano essere i soggetti adeguati a fornire il supporto necessario alle attività della Commissione nell'ambito delle possibili vulnerabilità psichiatriche e/o psicologiche di richiedenti e titolari di protezione internazionale e speciale.

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Articolo 1 – Finalità

La Prefettura, la Commissione e le Aziende ULSS si impegnano a implementare un sistema operativo finalizzato alla semplificazione e alla accelerazione delle comunicazioni e delle segnalazioni aventi ad oggetto i titolari e i richiedenti protezione internazionale e speciale in stato di vulnerabilità psichiatrica e/o psicologica.

Articolo 2 – Obblighi della Prefettura

1. La Prefettura si impegna a segnalare, previo consenso scritto dei diretti interessati, ai Dipartimenti di Salute Mentale e per le Dipendenze delle Aziende ULSS, nonché a ogni altro ente preposto alla tutela della salute mentale indicato dalle Aziende ULSS, situazioni di evidente disagio psichiatrico e/o psicologico concernenti richiedenti e titolari di protezione internazionale e speciale emerse durante l'accoglienza presso le strutture convenzionate.
2. La Prefettura si impegna, altresì, per il tramite degli enti gestori delle predette strutture di accoglienza, a mettere a disposizione dei suindicati Dipartimenti e/o altri enti/servizi indicati dalle Aziende ULSS interpreti e mediatori linguistici individuati sulla base della lingua parlata da ciascun richiedente o titolare di protezione internazionale e speciale.

Articolo 3 – Obblighi della Commissione

1. La Commissione si impegna a segnalare, previo consenso scritto dei diretti interessati, ai Dipartimenti di Salute Mentale e per le Dipendenze delle Aziende ULSS, nonché a ogni altro ente preposto alla tutela della salute mentale indicato dalle Aziende ULSS, situazioni di sospetta vulnerabilità di carattere psichiatrico e/o psicologico concernenti richiedenti di protezione internazionale emerse durante le audizioni presso la Commissione.

Articolo 4 – Obblighi delle Aziende ULSS

1. Le Aziende ULSS, territorialmente competenti, si impegnano ad esaminare i casi segnalati dalla Prefettura e dalla Commissione come situazioni di sospetta vulnerabilità di carattere psichiatrico e/o psicologico.
2. Le Azienda ULSS si impegnano, altresì, ove necessario, a favorire e supportare i percorsi diagnostici e

di cura dei richiedenti e titolari di protezione internazionale e speciale a seconda delle necessità di cura individuate nella fase diagnostica.

3. Le Azienda ULSS si impegnano, da ultimo, a redigere e a trasmettere alla Commissione una certificazione, previo consenso scritto della persona richiedente la protezione internazionale, che attesti il disagio e/o patologie di carattere psichiatrico e/o psicologico che possano affliggere richiedenti e titolari protezione internazionale e speciale, al fine di assistere la suindicata Commissione nell'acquisizione di elementi sullo stato di salute, necessari all'esercizio delle funzioni di cui la stessa è incaricata *ex lege*.

Articolo 5 – Durata e oneri

Il protocollo d'intesa ha durata triennale e non comporta oneri finanziari a carico delle parti.

Alla scadenza, il protocollo si rinnova automaticamente per la medesima durata, fatta salva la facoltà degli enti contraenti di recedere. La manifestazione della volontà di recedere dall'accordo deve avvenire in forma scritta con un preavviso di trenta giorni.

, li _____

Il Prefetto

Il Presidente della Commissione territoriale
per il riconoscimento della protezione
internazionale
di _____ Sezione di _____

Il Direttore Generale
Azienda ULSS

Il Direttore Generale
Azienda ULSS