ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1474 DEL 22 SETTEMBRE 2023

Atto di indirizzo recante le indicazioni per la nuova configurazione dei servizi e per il conseguente adeguamento degli atti aziendali.

Articolo 18, comma 2 della legge regionale 14 novembre 2022, n. 16.

Sommario

Sommario 2

Introduzione 3

1. Il contesto 6

2. Ruolo del Direttore dei Servizi sociosanitari 6

2.1 Regolazione delle interfacce interne all'Azienda 7

2.2 Regolazione dei rapporti esterni all'Azienda 8

2.3 Responsabilità di indirizzo strategico sul governo delle risorse 10

2.4 Raccordo, integrazione e supervisione sulle responsabilità gestionali e professionali 10

3. Struttura complessa disabilità 10

3.1 Competenze della Struttura complessa disabilità 11

3.2 Funzioni della Struttura complessa disabilità 12

3.3 Competenze di natura tecnico professionale e dotazione di personale 16

Introduzione

La legge regionale 14 novembre 2022, n. 16 (Interventi a favore delle persone con disabilità e riordino dei servizi sociosanitari in materia) ha come oggetto la definizione e l'aggiornamento degli interventi a favore delle persone con disabilità, la promozione delle azioni d'integrazione delle politiche regionali per la disabilità, il riordino dei servizi sociosanitari in materia, nonché la configurazione delle modalità di governo dei correlati sistemi locali. Il presente atto di indirizzo interviene allo scopo di fornire le indicazioni per la nuova configurazione dei servizi e per il conseguente adeguamento degli atti aziendali delle Aziende sanitarie regionali, in relazione alla riorganizzazione di tali servizi, al riassetto e alla definizione dei fabbisogni di personale. Tale atto di indirizzo trova il suo fondamento, oltre che nell'espressa previsione di cui all'articolo 18, comma 2 della legge regionale 16/2022, anche nella necessità di garantire in maniera uniforme su tutto il territorio regionale l'offerta dei servizi e degli interventi a favore delle persone con disabilità.

Per quanto d'interesse, l'articolo 17 della legge regionale 16/2022 stabilisce il definitivo allineamento della Regione Friuli Venezia Giulia a quanto previsto dalla disciplina vigente in tema di Livelli essenziali di Assistenza (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017). Con il primo comma di tale articolo, infatti, la Regione aggiorna e ridefinisce le competenze dei soggetti coinvolti nell'erogazione degli interventi a favore delle persone con disabilità; nello specifico, a far data dal 01 gennaio 2024, la titolarità dei servizi e degli interventi in essere, in quanto riconducibili ai Livelli essenziali di assistenza di tipo residenziale, semiresidenziale, terapeutico-riabilitativo e socioriabilitativo finalizzati all'inserimento lavorativo, dedicati alle persone con disabilità, è attribuita alle Aziende sanitarie regionali.

Viceversa, il precedente sistema - retto dalla legge regionale 25 settembre 1996, n. 41 (Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate") e, in particolare, dall'articolo 6, ora abrogato[1] - attribuiva la competenza di tali interventi e servizi[2] ai Comuni i quali potevano optare tra tre modalità attuative: la gestione diretta, la delega all'Azienda sanitaria territorialmente competente ovvero la forma consortile (o altra, tra le forme associative e di cooperazione).

Risulta opportuno, per mera semplicità espositiva, tenere distinto in questa fase introduttiva, l'assetto organizzativo esistente, ad oggi, in materia di servizi residenziali e semiresidenziali dedicati alle persone

[1] Articolo abrogato da art. 28, comma 1, LR 16/2022, a decorrere dall'1/1/2023.
[2] Vedasi in particolare art. 6, comma 1, lettere e) f) g) h) e i) LR 41/1996 (testo vigente al 31/12/2022).

con disabilità, da quello che si è delineato in relazione ai percorsi di inserimento lavorativo a favore delle stesse.

Partendo dal primo, a seconda della modalità attuativa prescelta dai singoli Comuni, si sono delineate differenti modalità di gestione dei servizi e degli interventi; in particolare, risultano essere attivi, ad oggi, sul territorio regionale, i seguenti Enti gestori:

- ✓ Comune di Trieste, ente referente nei confronti dell'Amministrazione regionale per gli aspetti amministrativi e finanziari, per il territorio dei Comuni della ex provincia di Trieste;
- ✓ Consorzio Isontino Servizi Integrati (CISI), per il territorio dell'ex provincia di Gorizia;
- ✓ Azienda Sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASUFC) per il territorio di parte dei Comuni della ex provincia di Udine, corrispondente al territorio delle pregresse Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUD) e Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" (AAS3)";
- ✓ Consorzio per l'Assistenza Medico PsicoPedagogica (CAMPP) per il territorio di parte dei Comuni dell'ex provincia di Udine;
- ✓ Azienda sanitaria Friuli Occidentale (ASFO), per il territorio dei Comuni dell'ex provincia di Pordenone.

Per ciò che riguarda l'inserimento lavorativo, l'articolo 14 bis[3] della legge regionale 41/1996 definisce i Servizi di integrazione lavorativa (SIL) quali i soggetti che hanno il compito di promuovere e realizzare l'inclusione sociale delle persone con disabilità attraverso l'utilizzo di percorsi personalizzati finalizzati all'integrazione lavorativa. In parziale analogia, la disciplina dei SIL, contenuta nell'articolo 19 della legge regionale 16/2022, prevede che [*gli stessi] realizzino gli interventi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi, di cui all'articolo 17, comma 1, finalizzati all'acquisizione di competenze e al potenziamento delle abilità possedute, nonché promuovano e realizzino, attraverso specifici percorsi di integrazione lavorativa, l'inclusione sociale delle persone con disabilità*.

In relazione al versante organizzativo, viceversa, va premesso che le due normative, già più volte citate, non si pongono in continuità. L'articolo 14 *bis* della legge regionale 41/1996 - che si ricorda, verrà abrogato a far data dal 01.01.2024[4] - prevede, infatti, che siano determinati, tramite deliberazione di Giunta regionale, i soggetti istituzionali cui i SIL fanno capo; ciò è avvenuto con DGR 10 marzo 2006 n. 441, la quale individua:

- ✓ per il territorio della ex provincia di Gorizia il Consorzio Isontino Servizi Integrati (CISI);

[3] Abrogato da art. 28, comma 1, L. R. 16/2022, a decorrere dall'1/1/2024
[4] Articolo 28, comma 1, LR 16/2022

- ✓ per il territorio della ex provincia di Trieste il Comune di Trieste
- ✓ per il territorio della ex provincia di Udine:
    I. il Consorzio per l'Assistenza Medico PsicoPedagogica (CAMPP)
    II. l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" (attuale ASUFC), relativamente al Distretto sanitario n. 1 di San Daniele;
- ✓ per il territorio della ex provincia di Pordenone l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" (attuale ASFO).

Se ne ricava, quindi, che il vigente assetto organizzativo relativo ai Servizi di integrazione lavorativa non segue modelli uniformi su tutti i territori ed è stato strutturato, specie in alcuni contesti, in maniera non sovrapponibile a quanto delineatosi per i servizi residenziali e semiresidenziali.

Inoltre, come già emerso in precedenza, l'articolo 17, comma 1 della legge regionale 16/2022 - in coerenza con l'articolo 27, comma 1, lettera n) del DPCM 12 gennaio 2017 - ha attratto nel perimetro del passaggio di competenze tra il sistema sociale e quello sanitario, anche quei servizi ed interventi terapeutico-riabilitativi e socioriabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo. In relazione all'assetto organizzativo, l'articolo 19, comma 1 della legge regionale 16/2022 prevede che *le Aziende sanitarie regionali, anche su delega dei Comuni per le prestazioni a non elevata integrazione sociosanitaria, strutturino al loro interno i Servizi di integrazione lavorativa*: tale statuizione ha, quindi, una portata innovativa rispetto alla previgente normativa, in quanto i soggetti istituzionali presso i quali i SIL devono essere strutturati sono identificati, *ex lege*, nelle Aziende sanitarie regionali. A corollario di ciò, il comma 4 del medesimo articolo 19 stabilisce come le Aziende sanitarie regionali, chiamate alla definizione delle modalità organizzative dei SIL, debbano procedere nel rispetto delle indicazioni fornite con l'atto di indirizzo di cui al presente documento.

La disomogeneità applicativa dei modelli gestionali dei servizi per la disabilità[5], ad oggi in essere, richiede quindi di agire al fine di delineare, con il presente documento, indirizzi comuni, necessari ad assicurare che il nuovo assetto organizzativo, volto a garantire gli interventi e i servizi riconducibili ai Livelli essenziali di assistenza, venga articolato in maniera uniforme e omogenea su tutti i territori di competenza delle Aziende sanitarie regionali. Proprio in tale ottica, infatti, deve essere letto l'articolo 18, comma 2 della legge regionale 16/2022 il cui obiettivo è quello di "*fornire le indicazioni per la nuova configurazione dei servizi e per il conseguente adeguamento degli atti aziendali di cui all' articolo 54 della*

[5] A tale complessità normativa, se ne aggiunge una di sistema, data dal fatto che per alcune aree dell'integrazione sociosanitaria (dipendenze e salute mentale) le Aziende sanitarie regionali garantiscono, già ad oggi, le attività di inserimento lavorativo tramite articolazioni interne a ciò dedicate.

legge regionale 22/2019, anche in relazione alla definizione dei fabbisogni di personale, […] *al fine di garantire la necessaria uniformità dell'offerta dei servizi su tutto il territorio regionale*".

Con il presente documento si vogliono, quindi, fornire indicazioni e *standard* minimi imprescindibili rispetto a quello che sarà il nuovo assetto di *governance* dei Servizi per la disabilità posto che, a far data dal 01 gennaio 2024, tale livello di governo verrà annoverato nelle competenze del Sistema sanitario regionale. Ciò premesso, alle Aziende sanitarie regionali viene lasciata la necessaria autonomia in relazione alla propria organizzazione, anche alla luce delle diversità territoriali delle quali si è fatto menzione in precedenza.

1. Il contesto

Il passaggio di competenze contemplato dall'articolo 17 della legge regionale 16/2022 va considerato anche alla luce del dato storico, ossia di quali interventi e servizi sono stati, fino ad oggi, nella sfera di competenza dei Comuni e quali, al contrario, erano già di competenza del Sistema sanitario regionale. Ci si riferisce, in particolare, a quei servizi e interventi riconducibili ai Livelli essenziali di assistenza, tutelati e garantiti dall'articolo 25 (Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo), dall'articolo 27 (Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità) e dall'articolo 32 (Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo) del DPCM 12 gennaio 2017. Al riguardo, pare opportuno che le presenti indicazioni insistano sulla riconfigurazione dei servizi dedicati, di norma, alla persona con disabilità che abbia compiuto la maggiore età; si rimanda a quanto specificato meglio nel prosieguo del presente documento (vedasi sottoparagrafo 3.1) per ciò che attiene la necessità di garantire un attento e puntuale presidio alle fasi di transizione, riservandosi, qualora se ne dovesse ravvedere la necessità, di integrare il presente documento con futuri indirizzi.

2. Ruolo del Direttore dei Servizi sociosanitari

L'articolo 18 della legge regionale 16/2022 stabilisce che presso ciascuna Azienda sanitaria regionale debba essere identificata una specifica articolazione organizzativa funzionale di riferimento per la disabilità - facente capo al Direttore dei Servizi sociosanitari (DSS) - e ne elenca gli specifici compiti.

Ferme le attribuzioni generali derivanti dalla normativa vigente[6], nell'ambito del generale riassetto dei servizi sociosanitari per la disabilità, la figura del DSS gioca un ruolo centrale, quale soggetto che

[6] Ci si riferisce, in particolare, all'articolo 8 della legge regionale 17 dicembre 2018, n. 27 (Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale).

esercita, in un rapporto di stretta collaborazione ed alleanza con l'area sanitaria, funzioni di coordinamento, di raccordo e di direzione strategica che, per semplicità espositiva, sono state suddivise nei seguenti sottoparagrafi:

- ✓ regolazione delle interfacce interne all'Azienda;
- ✓ regolazione dei rapporti esterni all'Azienda;
- ✓ responsabilità di indirizzo strategico sul governo delle risorse;
- ✓ raccordo, integrazione e supervisione sulle responsabilità gestionali e professionali.

2.1 Regolazione delle interfacce interne all'Azienda

Il DSS, nell'esercizio delle funzioni a lui attribuite ai sensi della normativa regionale, assicura, anche nell'area della disabilita, tramite lo svolgimento di una funzione di raccordo, che i percorsi ed i processi di presa in carico delle persone con disabilità, nonché le modalità e gli strumenti posti in essere, siano in grado di favorire l'accesso alla rete dei servizi.

La necessità di garantire la funzionalità di tale raccordo interno è facilmente giustificabile se si tiene presente che i dati, incontrovertibili, raccolti in almeno due decenni di indagini, rivelano che la popolazione con disturbi del neurosviluppo presenta una prevalenza di patologie, relative a tutti i principali apparati, superiore a quella della popolazione generale; in alcuni casi in proporzioni percentuali particolarmente elevate[7]. In tale ottica, va ricordato anche l'articolo 5 della legge regionale 16/2022, il quale fornisce una definizione olistica del concetto di salute e prevede la necessità che venga fornita alla persona con disabilità un'adeguata risposta ai bisogni di salute lungo tutto l'arco della vita, con particolare riguardo ai diversi contesti, alla medicina di genere, alle fasi di transizione tra l'età infantile e quella adulta e tra quella adulta e quella anziana e al tema delle comorbilità, in particolare psichiatriche.

Nello specifico, risulta fondamentale assicurare il collegamento e il raccordo rispetto alle funzioni esercitate dai seguenti soggetti:

a) strutture aziendali che si occupano di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con particolare riferimento al momento di transizione tra la fase adolescenziale e quella adulta e alla necessità che venga garantita la regia clinica;
b) strutture aziendali che si occupano delle persone anziane;
c) dipartimento dipendenze e salute mentale, in relazione, in particolare, alla necessità che venga garantita la regia clinica, specie per le ipotesi di doppia diagnosi;

[7] In tal senso, si rimanda ad amplia bibliografia (Emerson, Hatton, Baines e Robertson, 2016; Straetmans, van Schrojenstein Lantman-de Valk, Schellevis e Dinant, 2007, Emerson e Baines, 2010) che individua le dimensioni principali della condizione di fragilità delle persone con problemi del neurosviluppo.

d) strutture aziendali che si occupano di attività clinica, con particolare riguardo a neurologia, pneumologia e cardiologia;
e) altre strutture ospedaliere e specialistiche, in particolare riferite alla disabilità motorie (es: unità spinale, midollare);
f) distretti, con riguardo, in particolare, alla protesica e alla presa in carico della persona (vedasi, sul punto, in particolare sottoparagrafo 3.2);
g) strutture di rilievo regionale, da considerarsi quali soggetti interni al sistema sanitario regionale (es: l'IRCCS materno infantile Burlo Garofolo, Presidio Ospedaliero IMFR "Gervasutta etc).

Tali raccordi, per essere effettivi, devono essere formalizzati a valle di un percorso di collaborazione, condivisione e alleanza con gli altri soggetti aziendali chiamati a garantire prestazioni e servizi a favore delle persone con disabilità. Inoltre, il processo decisionale che porta alla formalizzazione di tali raccordi deve svilupparsi avendo come punto di partenza l'ottica dell'utente, in modo da riuscire a orientarlo all'interno dell'intreccio di competenze che caratterizza il Sistema sociosanitario e incidere in maniera significativa, non solo sul suo stato di salute, anche in ottica preventiva, ma in generale, sulla sua qualità della vita. Ci si riserva, qualora ne emerga la necessità, di fornire specifiche indicazioni circa le tempistiche e le modalità di tale percorso di formalizzazione.

Il compito del DSS, anche in relazione alla regolazione dei predetti rapporti interni, deve armonizzarsi con le indicazioni relative ai percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) e alle reti cliniche, per assicurare un raccordo stabile tra la pianificazione e la programmazione aziendali e le indicazioni, regionali e nazionali in materia.

Il DSS, inoltre, è il soggetto al quale competono le attività di impulso volte a favorire, di concerto con le altre articolazione aziendali competenti, la definizione di servizi e la strutturazione di percorsi dedicati per le cure ambulatoriali e ospedaliere, anche in relazione a quanto previsto dall' articolo 26 della legge regionale 22/2019 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006) sull'accesso al Pronto soccorso.

2.2 Regolazione dei rapporti esterni all'Azienda

Il DSS svolge, parimenti, le funzioni legate alla regolazione dei rapporti esterni all'Azienda, intrinsecamente connessi proprio alla natura sociosanitaria dei servizi e degli interventi che caratterizzano la presa in carico della persona con disabilità.

Centrale, ovviamente, il ruolo che il DSS svolge con i Comuni, quali soggetti che esercitano, attraverso i Servizi sociali dei Comuni, prestazioni, interventi, sostegni, servizi e soluzioni complementari e necessari

alla definizione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità. Ancora più evidente la strategicità di rinsaldare tale collaborazione, se si considera che la normativa, nazionale e regionale, attribuisce, in maniera incontrovertibile, in capo ai soli soggetti pubblici, ognuno per gli aspetti di competenza, la titolarità della funzione di garanzia dei servizi e delle prestazioni di carattere sanitario, sociale e sociosanitario a favore delle persone con disabilità e, di conseguenza, la responsabilità della *governance* dell'offerta volta all' erogazione dei predetti servizi e prestazioni.

Inoltre, in relazione alla definizione delle modalità riguardanti il passaggio di competenze che interesserà le Aziende sanitarie regionali, il DSS, ferma la vigente normativa in tema di organizzazione e di funzionamento delle Aziende sanitarie, è attivamente coinvolto nei processi necessarie a definire il contenuto dell'atto di intesa, secondo le modalità di cui all'articolo 17, comma 2, della legge regionale 16/2022.

Altrettanto importante risulta la codificazione delle interconnessioni con le seguenti tipologie di soggetti:

a) soggetti, privati o del Terzo settore, che, ferma la titolarità del Sistema pubblico, si occupano dell'erogazione di talune prestazioni a favore delle persone con disabilità, entrando, in virtù di differenti sistemi di regolazione dei rapporti, a far parte della rete dell'offerta. Al riguardo, il DSS svolge un importante ruolo di indirizzo anche in relazione al disposto dell'articolo 21 della legge regionale 16/2022, il quale presuppone, per l'appunto, l'esistenza di diversi sistemi di regolazione dei rapporti, tra cui l'Amministrazione è tenuta a scegliere;
b) soggetti privati o del Terzo settore, diversi da quelli di cui al punto a), coinvolti, in virtù della loro esperienza e del loro ruolo, nei processi di pianificazione locale dei servizi e degli interventi sociosanitari a favore delle persone con disabilità (vedasi, sul punto, in particolare l'articolo 22, comma 2 della legge regionale 16/2022);
c) altri soggetti pubblici che partecipano, a vario titolo, al progetto di vita della persona con disabilità, come ad esempio il Sistema scolastico, formativo e lavorativo. In particolare, tali rapporti risultano fondamentali se riferiti agli interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo (LEA), tenuto conto che tale competenza aziendale si intreccia, in maniera ineludibile, con quella di spettanza dei Servizi del Collocamento Mirato, quali articolazione della Direzione centrale dell'Amministrazione regionale a ciò deputata.

2.3 Responsabilità di indirizzo strategico sul governo delle risorse

Il tema delle risorse appare centrale, in quanto la legge regionale 16/2022 prevede che, al fine di sostenere i servizi e gli interventi interessati dal passaggio di competenze più volte citato, venga istituito il Fondo sociosanitario per la disabilità, composto da risorse sanitarie e sociosanitarie atte a garantire i Livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie (art. 17, comma 9).

In tale contesto rileva, inoltre, quanto previsto dall'articolo 22 della legge regionale 16/2022, con il quale si è voluto rendere strutturale l'attività di pianificazione condivisa tra le Aziende sanitarie regionali e i Comuni. In particolare, tale attività interessa interventi e servizi, dedicati alla disabilità, che abbiano carattere di intersettorialità e deve avere ad oggetto anche "*la ripartizione delle competenze finanziarie necessarie alla realizzazione di tali interventi*"; altresì, questa attività di integrazione istituzionale, nella prospettiva delineata dal presente documento, non può che essere di competenza del Direttore dei Servizi sociosanitari.

Con riferimento alle attività elencate nel presente paragrafo, ma anche a quelle che saranno più avanti descritte, è di particolare importanza che il Direttore dei Servizi sociosanitari venga coadiuvato da personale dedicato, al fine di poter disporre delle professionalità amministrative idonee allo svolgimento di tali funzioni.

2.4 Raccordo, integrazione e supervisione sulle responsabilità gestionali e professionali

L'articolo 23 della legge regionale 16/2022, in merito all'integrazione gestionale e professionale, prevede che il Sistema sociosanitario per la disabilità – il quale annovera tra i suoi attori principali le Aziende sanitarie regionali e i Comuni – si doti di momenti di confronto e coordinamento stabile (Cabine di Regia), in relazione all'attuazione degli interventi a favore delle persone con disabilità.

Tale attività, che si pone come la declinazione a livello gestionale e professionale di quell'integrazione sociosanitaria che la legge regionale 16/2022 descrive apertamente come uno dei cardini del sistema, compete al Direttore dei Servizi sociosanitari.

3. Struttura complessa disabilità

Da una ricognizione dello *staus quo*, emerge come le Aziende sanitarie regionali, nell'adozione dei propri atti aziendali, abbiano già previsto, seppure con alcune differenze, la costituzione di apposita Struttura organizzativa dedicata alla disabilità. In particolare, ciascuna Direttore Generale delle Aziende sanitarie regionali ha valutato, anche in relazione all'articolo 54, comma 5 della legge regionale 22/2019, che tali articolazioni aziendale debbano assumere la forma di Strutture operative complesse. Nel condividere

l'opportunità di tale scelta, vista anche la rilevanza delle attività che le Aziende sanitarie regionali sono chiamate a garantire nei confronti delle persone con disabilità, si procede ora a declinare le funzioni e le competenze principali che tale Struttura organizzativa complessa (*per brevità, d'ora in poi, anche S.C.*) deve possedere.

In primo luogo, in relazione alla collocazione della S.C. all'interno dell'organizzazione aziendale, merita di essere valorizzato il disposto dell'articolo 18, comma 1 della legge regionale 16/2022 che prevede la necessità di identificare una "*specifica articolazione organizzativa e funzionale di riferimento per la disabilità, facente capo al Direttore dei servizi sociosanitari*".

Permane, viceversa, in capo alle Aziende sanitarie regionali, la decisione relativa all'articolazione interna della S.C. disabilità sul territorio, con strutturazione locale a livello distrettuale o sovra-distrettuale, nonché quella relativa all'organizzazione funzionale da fare assumere alla struttura, fermo restando che la stessa è chiamata, in ogni caso, a garantire le funzioni descritte nel presente documento.

3.1 Competenze della Struttura complessa disabilità

In via generale, la popolazione di riferimento afferente alla S.C. comprende le persone con disabilità che, salvo quanto specificato nel presente sottoparagrafo, abbiano compiuto la maggiore età.

Al riguardo, si precisa che, in tale *target* di beneficiari, vanno annoverati anche quei soggetti interessati dalla fase di transizione adolescenza/età adulta, ai quali deve essere garantita la continuità della presa in carico da parte del Sistema.

Analogamente, deve essere valorizzata la continuità della presa in carico della persona nella fase di transizione adulto/anziano, in quanto sembra opportuno che la S.C. disabilità continui a mantenere la responsabilità della presa in carico delle persone ancora interessate da esiti tipici ed inerenti alla propria condizione di disabilità. Viceversa, qualora il passaggio all'età anziana della persona faccia insorgere in maniera prevalente problematiche assimilabili a quelle della condizione geriatrica, la competenza della presa in carico della persona diventa titolarità propria delle Strutture aziendali a ciò deputate; la S.C. disabilità ha, in ogni caso, il compito di assicurare un opportuno accompagnamento durante la fase di transizione. Si ritiene, inoltre, che debba essere posta attenzione anche ai processi di presa in carico:

- ✓ di persone che, pur avendo già compiuto il 65° anno, si trovino in condizione di disabilità a seguito di eventi di varia natura, qualora si accerti che tale condizione non sia connessa ai normali processi di invecchiamento;
- ✓ di quei soggetti anziani e con disabilità che, allo stato attuale, risultino già in carico alla rete dei servizi ma per i quali potrebbero essere costruite risposte ed interventi più appropriati;

- ✓ di quei soggetti con disabilità, attualmente impropriamente in carico alla rete dei servizi residenziali per persone anziane, per i quali potrebbero essere costruite risposte ed interventi più appropriati.

Emerge come tali momenti di passaggio necessitino di essere attentamente monitorati, per riuscire a garantire la continuità e la fluidità degli interventi e la possibile ridefinizione del progetto di vita della persona, proprio in relazione alla fase di cambiamento che la stessa sta affrontando. Il criterio anagrafico, quindi, non va inteso quale valore assoluto, dovendosi invece privilegiare soluzioni in grado di assicurare il supporto e la presa in carico globale della persona con disabilità, accompagnando la stessa attraverso l'intreccio di competenze che si delinea tra i diversi Servizi aziendali. Risulta fondamentale, al fine di garantire la continuità della presa in carico della persona, che vi sia la formalizzazione di appositi protocolli volti a definire le modalità di raccordo nonché l'attribuzione delle responsabilità e delle competenze relative a queste delicate fasi.

Inoltre, la S.C. ha la responsabilità e la titolarità della regia della presa in carico della persona con disabilità intellettive, fisiche e sensoriali, comprese le disabilità derivanti da esiti post-traumatici, da malattie neuro-degenerative e da cerebrolesioni intervenute in età adulta. In particolare per tali ultime ipotesi, la competenza della S.C. è riferita in via principale alla fase lungo-assistenziale, nella quale emerge significativamente il carattere socio-riabilitativo delle prestazioni. Per tali motivazioni, come si è già avuto modo di ribadire nel presente documento, risulta, quindi, essenziale che l'attività della S.C. venga a raccordarsi e coordinarsi, in maniera specifica e puntuale, con quelle svolte dagli altri soggetti competenti, al fine di assicurare una sinergica attivazione degli interventi che compongono il progetto di vita della persona con disabilità, con particolare riferimento a quelli dedicati all'inserimento e all'inclusione.

3.2 Funzioni della Struttura complessa disabilità

Identificato il target di utenza, va ribadito come la Struttura aziendale in parola sia chiamata a garantire ed assicurare l'erogazione di determinate prestazioni - connesse alla necessità di assicurare la concreta attuazione di quanto previsto sia dall'articolo 27 che dall'articolo 34 del DPCM 12 gennaio 2017 - a favore delle persone con disabilità. Tali prestazioni, in relazione alla loro natura e specificità, possono attenere o ad una competenza diretta della Struttura aziendale in parola - che svolge, quindi, anche la funzione di soggetto erogatore delle stesse - ovvero possono essere demandate ad altri soggetti, residuando, in ogni caso, in capo alla S.C. la primaria funzione di direzione.

In particolare, possono sono individuate le seguenti funzioni qualificanti la Struttura complessa disabilità:

a) attività di supporto alla programmazione annuale, al fine di promuovere risposte globali ed unitarie finalizzate al benessere della persona con disabilità e di garantire idonee risposte organizzative e gestionali;
b) individuazione dei percorsi di integrazione sociosanitaria relativi alla fascia di popolazione *target*, che abbiano come obiettivi, oltre alla salute della persona, anche l'autonomia, l'inclusione, e la partecipazione attiva delle persone con disabilità;
c) definizione ed implementazione dei progetti di vita della persona con disabilità rientrante nella fascia di popolazione *target*, previa valutazione multidimensionale effettuata da apposita *equipe*, provvedendo a garantire il coordinamento e il coinvolgimento di tutte le competenze e le strutture all'uopo necessarie. In relazione agli elementi costitutivi di tale progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, alla sua elaborazione e alla composizione dell'*equipe* integrata – ferma la regolamentazione esistente in materia – si sottolinea come il combinato disposto degli articoli 14 della legge regionale 22/2019 e 23 della legge regionale 16/2022 prevede la possibile e futura adozione di specifiche linee guida recanti tali indicazioni;
d) monitoraggio e verifica dei progetti attivati, anche in relazione a quanto previsto dall'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e raccordo con i soggetti, interni ed esterni all'Azienda, coinvolti nell'attuazione;
e) psicoterapia individuale o di gruppo e attività a sostegno della famiglia;
f) interventi di abilitazione volti a sostenere e sviluppare l'autonomia e l'inclusione della persona in tutti i contesti della vita;
g) interventi sulla rete sociale formale e informale;
h) collaborazione e consulenza con le Istituzioni scolastiche;
i) gestione dei servizi e degli interventi di tipo residenziali, semiresidenziali e terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo, compreso il coordinamento e la verifica degli accordi contrattuali con i soggetti accreditati e le verifiche sulle unità di offerta dei servizi per l'abitare e per l'inclusione;
j) raccordo e coordinamento con le attività svolte dai Servizi sociali dei Comuni, in particolare per ciò che riguarda il tema dell'abitare;
k) presidio delle fasi di transizione, anche attraverso la costruzione di raccordi stabili e formalizzati tra le *equipe* incaricate della presa in carico delle persone con disabilità.

Proprio l'ampiezza del concetto di disabilità, all'interno del quale possono ricomprendersi sfaccettature e bisogni tutt'altro che omogenei, rende necessario che la Struttura disabilità adulta sia capace di

intessere e formalizzare i necessari raccordi e gli opportuni protocolli con le altre Strutture aziendali, al fine di poter garantire alla persona presa in carico la multidisciplinarità delle risposte e degli interventi. In particolare, la necessità di raccordarsi con i Distretti appare più che mai opportuna per ciò che riguarda il tema dell'accesso alla rete dei servizi e della presa in carico globale che deve essere garantita alla persona.

Ferme tali attribuzioni, si procede ora a delinearne nel dettaglio alcuni aspetti peculiari delle stesse.

In primo luogo, merita soffermarsi sulle funzioni riconducibili all'articolo 27 del DPCM 12 gennaio 2017 e attinenti, in particolare, al processo di presa in carico, di valutazione multidimensionale e di definizione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, anche in relazione all'identificazione del budget di salute (vedasi anche articolo 24 della legge regionale 16/2022).

In tale ottica, gli articoli 5, 6, 7, 9 e 10 della legge regionale 22/2019 delineano, prima ancora della legge regionale 16/2022, il modello regionale attinente alla presa in carico integrata delle persone con bisogni complessi nonché alla valutazione multidimensionale dei bisogni e fissano, in tale senso, l'incontrovertibile principio che le stesse siano di titolarità pubblica. Per ciò che attiene, in particolare, all'area della disabilità, va ricordato, inoltre, che la Regione - nell'approvare il documento recante le "*Linee guida per la sperimentazione di percorsi innovativi nel sistema regionale dei servizi per le persone con disabilità*" (DGR 24 luglio 2020, n. 1134) – ha disposto che il citato documento, nella parte in cui tratta al sub-allegato A1) della presa in carico integrata, adempie al disposto di cui all'articolo 14 della legge regionale 22/2019, quanto all'adozione di linee guida per l'area di bisogno della disabilità. La valutazione multidimensionale della persona con disabilità, effettuata da apposita *equipe* integrata, viene ulteriormente specificata, come già menzionato in precedenza, dall'articolo 23 della legge regionale 16/2022, ed è volta, di fatto, alla stesura, condivisa con la persona e la famiglia, del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, ove definire obiettivi, interventi, soggetti attuatori, luoghi e tempi di realizzazione, esiti attesi, modalità, tempistiche di realizzazione e budget a sostegno. Tali attività, nella ridefinizione degli assetti di *governance* legati alla legge regionale 16/2022, sono di competenza della Struttura aziendale dedicata alla disabilità, che è chiamata a garantirle nel rispetto delle indicazioni sopra citate e di quelle eventuali e future, che potrebbero emergere anche dai decreti attuativi conseguenti alla legge 22 dicembre 2021, n. 227 (Delega al Governo in materia di disabilità).

L'*equipe* che partecipa alla valutazione multidimensionale della persona deve essere rappresentativa sia della componente sociale che di quella sanitaria e sociosanitaria; tale assunto è volto ad assicurare che ci sia, anche a livello operativo, un raccordo tale da garantire una reale integrazione, volta alla definizione, con la persona e la famiglia, di tutte le matrici attinenti al progetto di vita individuale,

personalizzato e partecipato. La realizzazione pratica di tale progetto di vita, nato da un percorso di progettazione condivisa, richiede anche che i componenti, chiamati a partecipare all'*equipe* integrata, siano dotati del potere di impiego delle risorse relative alle proprie competenze.

In secondo luogo, se fino ad ora si è proceduto a dettagliare come la Struttura aziendale dedicata alla disabilità debba, di fatto, garantire gli interventi ed i servizi previsti e tutelati dagli articoli 27 e 34 del DPCM 12 gennaio 2017, è già emerso in precedenza come tali prestazioni possano essere erogate sia direttamente dalla Struttura aziendale dedicata alla disabilità, sia da altre Strutture interne all'Azienda che da soggetti esterni al contesto aziendale. In tale ultima ipotesi, va ulteriormente dettagliato il compito che la S.C. assume in relazione alla gestione dei rapporti con i predetti soggetti, qualora gli stessi si trovino ad essere erogatori di prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza sociosanitaria. Se, infatti, nel paragrafo 2.2 ci si è occupati di delineare la funzione di indirizzo che il DSS svolge, a questo punto è necessario soffermarsi sul livello gestionale, in quanto la concretizzazione dei rapporti con tali soggetti è una competenza direttamente imputabile a tale Struttura. In tale senso, la Struttura disabilità non è, quindi, solo chiamata ad occuparsi di un'attività di gestione dei rapporti, nel rispetto degli indirizzi dettati dal DSS sulla tipologia dei modelli di regolazione da adottare, ma svolge anche una funzione di controllo, consistente nella verifica dell'appropriatezza delle predette prestazioni, nonché nel monitoraggio sulla corretta applicazione degli accordi contrattuali e delle convenzioni stipulate. L'attività di gestione che compete alla S.C., come già precisato, può concretizzarsi in differenti meccanismi di regolazione dei rapporti - basati su presupposti normativi e giuridici differenti (es: convenzionamento, procedure di affidamento, codice del Terzo Settore) - e necessita, quindi, di essere supportata da idonee professionalità, dotate di adeguate e specifiche competenze.

In terzo luogo, meritano di essere precisati alcuni aspetti organizzativi relativi al passaggio di competenze, in capo alle Aziende sanitarie regionali, degli interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo (art. 27, comma 1, lettera n) del DPCM 12 gennaio 2017); residua, in capo ai Comuni, la competenza relativa a interventi finalizzati all'inserimento lavorativo, non riconducibili ai LEA, per i quali è prevista, eventualmente, la possibilità di delega (vedasi art. 19, comma 1, legge regionale 16/2022). Affianco ad Aziende sanitarie e Comuni, centrale è il ruolo dei Servizi di Collocamento mirato; se nel sottoparagrafo 2.2 si è sottolineata l'importanza della regolazione dei rapporti con tali soggetti volta ad identificare gli indirizzi strategici comuni (funzione di competenza del DSS), merita sottolinearsi come tali indirizzi debbano essere tradotti in protocolli di stampo operativo, al fine di garantire procedure sinergiche, che permettano, da un lato, la continuità nella presa in carico della persona, dall'altro l'adattabilità del Sistema ai nuovi bisogni emergenti. Già tale premessa, rende

evidente come, in generale, gli interventi ed i servizi volti a garantire l'inclusione lavorativa della persona con disabilità, siano al centro di una rete organizzativa complessa, che vede la Aziende sanitarie quali uno dei soggetti attori.

Inoltre, sussiste un ulteriore elemento di complessità, se si considera che la competenza del sistema sanitario in ordine agli interventi "lavorativi", non si limiti al campo della disabilità, ma è estesa anche all'assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali e con dipendenze patologiche[8] (art. 26, comma 1, lettera j) e art. 28, comma 1, lettera m) del DPCM 12 gennaio 2017). Ciò implica che, nell'ambito della stessa realtà aziendale, per ciò che attiene le aree ad alta integrazione sociosanitaria, possono esistere differenti soggetti chiamati a garantire tali interventi. La complessità organizzativa che caratterizza il sistema in essere potrebbe, in tal senso, trovare una parziale semplificazione se, tra tali diversi soggetti aziendali, venissero stipulati protocolli operativi omogenei ed uniformi, specie per ciò che attiene la *governance* dei rapporti da tenere nei confronti dei soggetti esterni all'Azienda quali, ad esempio, i Servizi del Collocamento mirato ovvero i possibili soggetti ospitanti.

3.3 Competenze di natura tecnico professionale e dotazione di personale

In relazione alla dotazione di personale afferente alla Struttura aziendale disabilità, questa deve tenere conto delle competenze necessarie a garantire le funzioni fino ad ora elencate.

Va tuttavia precisato che la pianificazione del fabbisogno del personale ricade, ad oggi, a norma dell'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80[9], nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), quale documento unico di programmazione e *governance* che ha lo scopo di assorbire molti dei piani che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre annualmente; l'aspetto della pianificazione del fabbisogno, quindi, è un attività che attiene alla competenza di ogni singola Azienda sanitaria regionale.

In questa sede, di conseguenza, si procede a fornire delle indicazioni generali, che devono poi essere declinate da ogni Azienda sanitaria regionale, anche nel rispetto dei vincoli di bilancio che la normativa nazionale e quella regionale impongono.

La dotazione di personale da assegnare alla Struttura aziendale disabilità dovrà essere parametrata in base alla popolazione residente nel territorio di competenza della singola Azienda sanitaria regionale; appare pertanto ragionevole ipotizzare un rapporto di 2.5 operatori ogni 10.000 abitanti (18-65 anni). Tale dotazione di personale - che è da considerare a tendere, talché l'applicazione del predetto

[8] Vedasi, in tal senso, anche l'articolo 6 della legge regionale 23 dicembre 1980, n. 72 e legge regionale 23 agosto 1982, n. 57.
[9] Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113.

ipotizzato dimensionamento verrà effettuata per fasi progressive - è riferita al personale necessario a garantire le funzioni elencate nei paragrafi precedenti, escludendo, di conseguenza, gli operatori necessari ad erogare gli interventi e i servizi propri della rete dell'offerta (servizi residenziali e semiresidenziali).

La dotazione di personale deve, inoltre, tenere in considerazione il fatto che tale struttura è chiamata a garantire diverse funzioni quali: diagnosi, valutazione anche multidimensionale, supporto psicologico e psicoterapia, progettazione personalizzata, interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo, attività volte a facilitare l'accesso ai servizi sanitari, attività di gestione e controllo dei rapporti con i soggetti coinvolti nella rete dell'offerta residenziale e semiresidenziale. A tal scopo, pare opportuno che le professionalità di cui la Struttura aziendale è dotata abbiano esperienza nelle tematiche afferenti alla disabilità e competenze specifiche relative alla necessità di garantire le già più volte specificate funzioni.

Tale Struttura, inoltre, è chiamata a garantire la funzione di supporto per quanto attiene le comorbilità psichiatriche. Si sottolinea che, ferma tale attribuzione, la scelta di prevedere che la figura del medico psichiatra venga strutturalmente incardinata nell'organico della S.C., ovvero che sia preferibile formalizzare, a tal scopo, rapporti di collaborazione con le altre Strutture aziendali a ciò deputate, viene demandata ad una valutazione di opportunità delle singole Direzioni delle Aziende sanitarie regionali.

Si ritiene, in ogni caso, opportuno elencare le principali competenze di natura tecnico professionale in rapporto alle funzioni attribuite alla Struttura complessa disabilità; vengono demandate a scelte proprie delle Direzioni aziendali le valutazioni circa la quantificazione delle predette competenze all'interno della S.C.

Competenze diagnostiche, valutative e cliniche:

- ✓ diagnostica valutativa: riferita alle attività di diagnosi e *assessment* delle condizioni clinico funzionali e delle comorbidità (con particolare riferimento a quelle psichiatriche) nelle disabilità legate a disturbi del neurosviluppo, alle malattie neuro-degenerative e post-traumatiche;
- ✓ terapeutico riabilitativa: con particolare riguardo alla prevenzione e al trattamento delle vulnerabilità nelle condizioni di salute fisica e mentale delle persone con disabilità;
- ✓ psicologica: per la promozione del benessere personale, l'abilitazione cognitivo e comportamentale, il supporto al funzionamento adattivo e sociale e il sostegno alla famiglia e alle principali figure di riferimento ed ecologie di vita coinvolte a favore della persona con disabilità;

Competenze di progettazione personalizzata:

- ✓ progettazione del supporto psicoeducativo e all'abilitazione funzionale per la realizzazione di programmi ed interventi abilitanti, *evidence based*, per lo sviluppo cognitivo e comportamentale, la promozione del funzionamento adattivo e sociale;
- ✓ definizione dei progetti personalizzati e dei sistemi di sostegno orientati al miglioramento della qualità di vita realizzati in contesti naturali di vita, contesti riabilitativi, di servizi dedicati all'inclusione sociale, all'abitare, alla vita operosa e al lavoro;
- ✓ progettazione del supporto sociale per la promozione e tutela dei diritti e l'autodeterminazione della persona con disabilità nella società, nella comunità locale, nei contesti di servizio dedicati;

Competenze terapeutiche, riabilitative e abilitative dirette:

- ✓ analisi funzionali del comportamento e pianificazione di interventi di gestione dei comportamenti problema;
- ✓ pianificazione e realizzazione di interventi di comunicazione aumentativa e alternativa, utilizzo di tecnologie abilitative e ausili;
- ✓ pianificazione e realizzazione di interventi di *vocational rehabilitation;*

Competenze su attività di raccordo istituzionale e organizzativo, sviluppo ed innovazione:

- ✓ raccordo con la rete dei Servizi sociali dei Comuni, con i Servizi sanitari ospedalieri e territoriali, con gli istituti scolastici e gli enti formativi per la programmazione dei processi di analisi dei bisogni e programmazione e realizzazione degli interventi di sostegno;
- ✓ progettazione e rafforzamento di sinergie a livello comunitario, costruzione di collaborazioni e connessioni fra soggetti formali e informali e valorizzazione delle risorse locali, al fine di favorire l'apprendimento collettivo, la partecipazione territoriale e lo sviluppo di una rete di relazioni in grado di favorire l'inclusione della persona con disabilità nella comunità di riferimento;
- ✓ sviluppo di una rete di supporto e di innovazione di modelli per la progettazione e la realizzazione di progetti ed interventi a favore delle persone con disabilità attraverso la valorizzazione e la regolazione di forme di partenariato con gli enti del Terzo settore;
- ✓ studio, ricerca e sperimentazione di nuove pratiche fondate sull'evidenza a favore delle persone con disabilità;

Competenze gestionali:

- ✓ *governance* del sistema dei servizi con particolare riferimento alla rilevazione dei bisogni, alla gestione dei rapporti con i soggetti gestori e la promozione di forme di gestione condivisa con gli enti del Terzo Settore;

- ✓ gestione dei processi organizzativi per i servizi a diretta gestione pubblica con particolare riferimento alle politiche del personale, alla gestione delle risorse finanziarie affidate e delle prassi amministrative;
- ✓ monitoraggio e valutazione dei processi di presa in carico, la valutazione degli esiti e la promozione dello sviluppo del sistema di offerta di servizi;
- ✓ programmazione e controllo di gestione.

La direzione delle attività sopra riportate viene affidata ad un direttore con comprovata esperienza in materia di disabilità, al quale sono affidate le attività di programmazione, coordinamento e gestione delle funzioni sopra elencate.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE