Percorso formativo

Progetto Re(Te)Attiva

Edizione Roma B – 4° incontro

18 febbraio 2023 ore 10

SCLEROSI MULTIPLA
associazione italiana

un mondo libero dalla SM

Collaborano al progetto

Comunità solidali 2020

DD n. G14743 del 07/12/2020

REGIONE LAZIO

"PROGETTO Re(Te)Attiva: valorizzare la sinergia della rete esistente AISM-ASL-Enti Locali per promuovere la partecipazione competente dei cittadini con Sclerosi Multipla" finanziato dalla Regione Lazio con risorse statali del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

CUP F81B20001820008

Capofila:

SCLEROSI MULTIPLA associazione italiana

un mondo libero dalla SM

Partner di progetto:

SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL FROSINONE

SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL VITERBO

Comune di Viterbo

Programma

Edizione ROMA (PERCORSO B – replica del sabato)

DATA	GIORNO	ORARIO	ARGOMENTO	Partecipazione
28/01/2023	Sabato	10-12	La rete dei servizi della SM: punti di riferimento per orientarsi e principi di funzionamento di una buona rete.	On line
04/02/2023	Sabato	10-12	Centro SM e rete ospedaliera	On line
11/02/2023	Sabato	10-12	L'incontro sarà diviso in due parti: Riabilitazione: istruzioni pratiche Commissioni medico legali: istruzioni pratiche	On line
18/02/2023	Sabato	10-12	PUA, UVM e rete territoriale	On line
25/02/2023	Sabato	10-12	Progetto di vita: lavoro, scuola, mobilità "e tutto il resto". Focus sulla rete del lavoro: inserimento e mantenimento.	On line

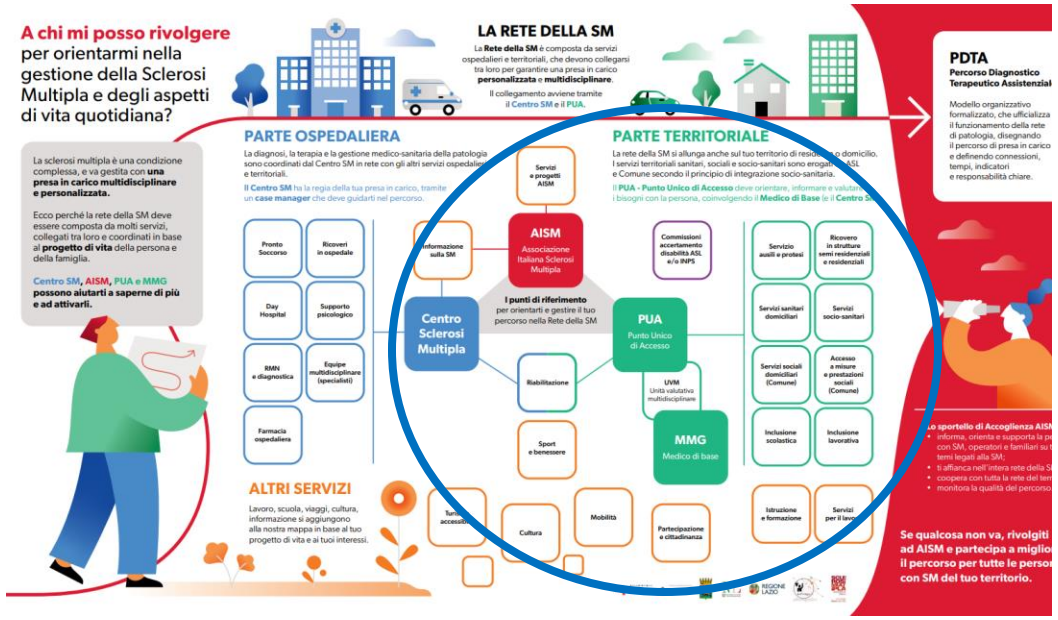
COME FARE DOMANDE e INTERAGIRE

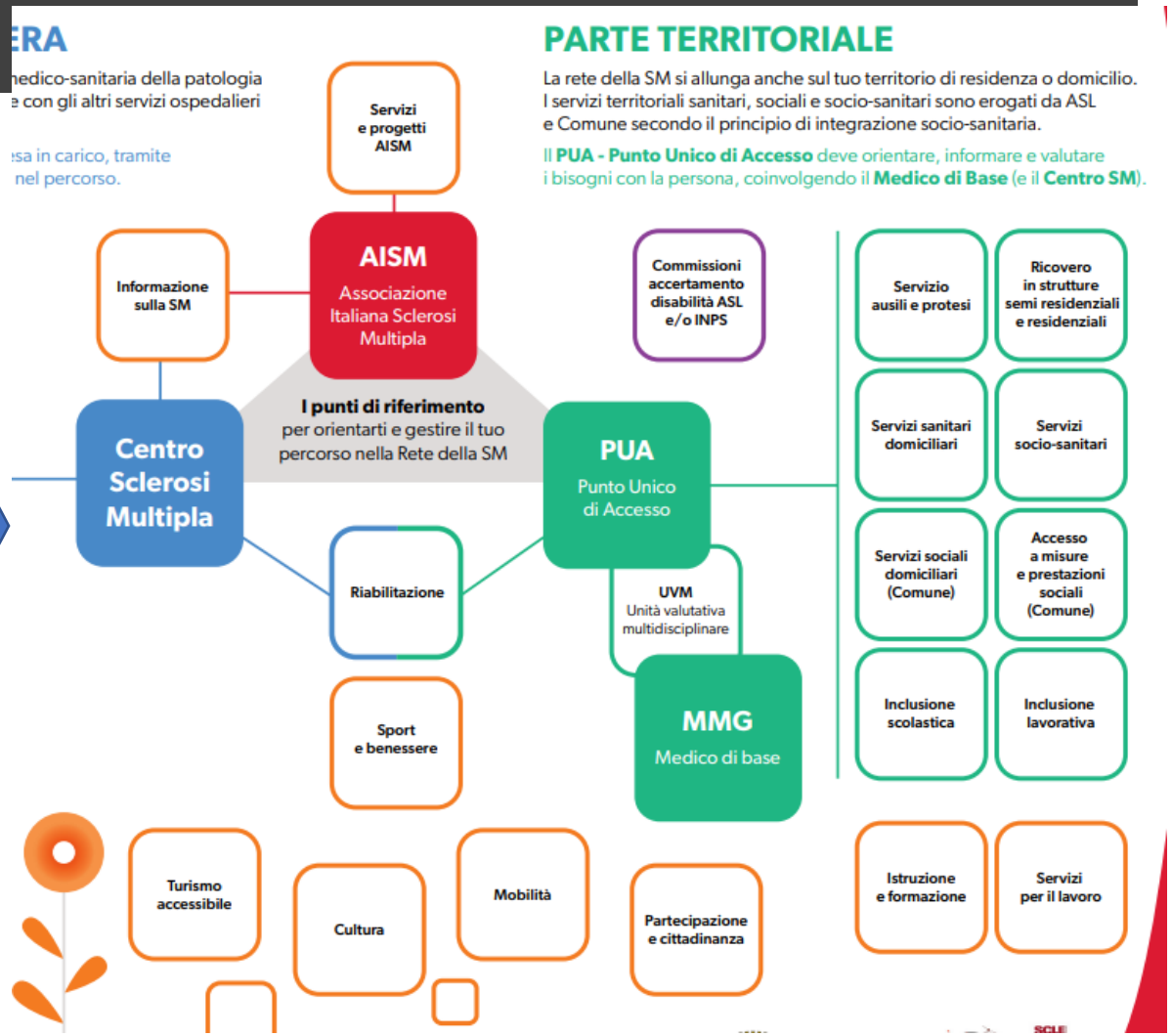
- Durante l'incontro: in Scrivi in D&R o in Chat
- Dopo l'incontro: scrivici tramite questo modulo https://forms.office.com/e/HEYGTs8mn8

Ti consigliamo di prenderti del tempo dopo ogni incontro e di fare le tue domande con calma.

Progetto Re(Te)Attiva - AISM - FAI LA TUA DOMANDA

PUA e presa in carico territoriale





Premessa

- 1**. Il PDTA SM Regionale** ne fa riferimento, come parte del percorso
- 2. **La Regione Lazio ha delibere specifiche** per regolare il PUA, UVM, PAI
- 3. **La normativa nazionale** prevede la presenza di PUA, valutazione multidimensionale e progetto individualizzato per la presa in carico delle persone con disabilità

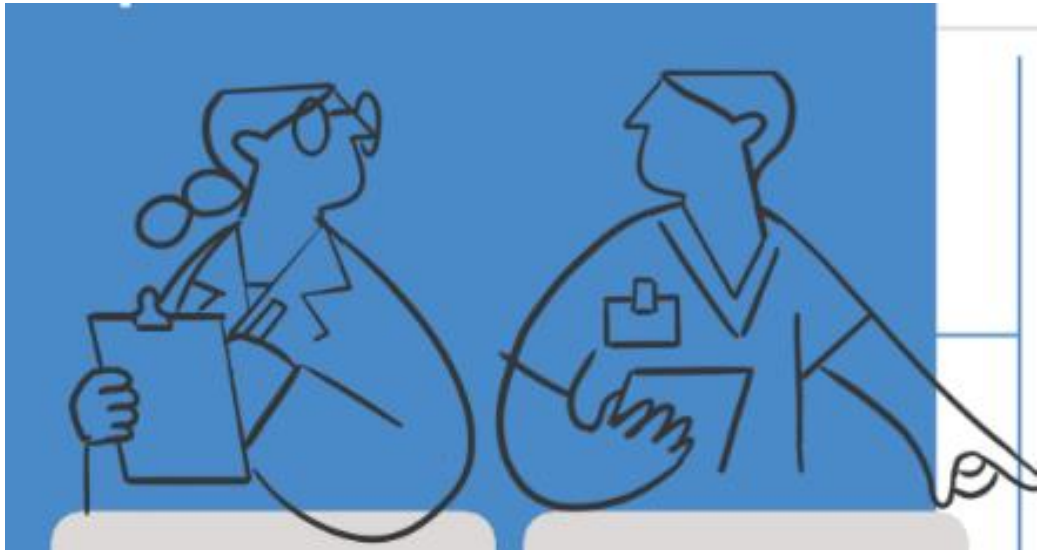
CONCETTO 1

- Collegamento ospedale territorio
- Presa in carico territoriale della SM

(PDTA SM Regione Lazio)

PARTE TERRITORIALE

IL CENTRO SM PUÒ INOLTRE INDIRIZZARTI SU:



Neurologo

Per svolgere al meglio il proprio lavoro il neurologo deve avere a disposizione altre risorse e collegarsi ad altri servizi ospedalieri e territoriali.

Il neurologo deve poter attivare procedure interne per prenotare direttamente l'accesso del paziente, consultarsi con i colleghi e ricevere la refertazione necessaria al governo globale della presa in carico della persona.

Infermiere

L'infermiere è una figura fondamentale per il Centro SM. Orienta e informa, si occupa della presa in carico in Day Hospital e supporta il neurologo nella relazione con il paziente e con l'équipe.

Infermiere case manager
fa da riferimento al singolo paziente, ma anche all'intero percorso SM, curando l'attivazione delle procedure di prenotazione e collegamento previste. Propone miglioramenti.

Riabilitazione

Insieme al tuo neurologo puoi attivare una valutazione fisiatrica per monitorare il tuo bisogno riabilitativo e/o attività motoria e sportiva che puoi fare (molto importante anche in fase precoce).

Certificazioni

Predispone certificazioni neurologiche ai fini del riconoscimento di invalidità civile, legge 104, legge 68, patente speciale. Oppure per idoneità alla mansione.

PUA

Il tuo Centro SM può indirizzarti verso il **Punto Unico di Accesso** per la valutazione dei bisogni assistenziali, domiciliari, riabilitativi, richiesta ausili, accesso ad altre misure e prestazioni sociali e socio-sanitarie.

In caso di necessità, anche la tua infusione di cortisone potrebbe essere svolta sul territorio con la supervisione del **MMG** e del **neurologo**.

AISM

Il tuo Centro SM può indirizzarti verso AISM per essere supportato nella conoscenza della rete dei servizi e per avere informazioni su lavoro, agevolazioni, e altri temi.

9. PRESA IN CARICO TRA OSPEDALE E TERRITORIO

Una corretta presa in carico globale della persona con SM si basa sull'esigenza di una marcata integrazione ed interazione tra ospedale e territorio con la definizione di procedure specifiche che prevedano il passaggio da un *setting* all'altro (territorio - ospedale - territorio); la definizione di queste procedure può offrire una presa in carico che sia garanzia di continuità della cura, dell'assistenza e della centralità della persona.

PDTA Regione Lazio

9.1 RETE TERRITORIALE SCLEROSI MULTIPLA

Soggetti eleggibili

Pazienti in fase lieve, intermedia o avanzata di malattia portatori di bisogni sanitari (riabilitativi, assistenziali) e sociosanitari.

Obiettivo del PDTA territoriale

Presa in carico del paziente indirizzato dal Centro SM, con modalità che garantiscano la continuità assistenziale, al fine di rispondere efficacemente ai bisogni riabilitativi e assistenziali e di gestire le problematiche sociosanitarie.

Nodi della rete territoriale

PUA/Distretto, UVMD, CAD, Ambulatorio infermieristico, MMG, Equipe riabilitativa territoriale, Ente Locale

Il PDTA deve assicurare la presa in carico del paziente e garantire:

1. la diagnosi tempestiva di malattia;
2. il monitoraggio clinico-strumentale;
3. il trattamento secondo un progetto personalizzato comprendente:
   - trattamento degli eventi acuti;
   - trattamenti rivolti a modificare l'evoluzione della malattia (terapia con farmaci immunomodulanti, biologici, immunosoppressori);
   - terapie sintomatiche;
   - cure palliative
   - riabilitazione
   - accertamento disabilità
   - presa in carico dei bisogni socio-assistenziali

Il livello di disabilità nei pazienti affetti da Sclerosi Multipla, viene quantificato mediante l'utilizzo di scale cliniche. Tra queste la più utilizzata è la Expanded Disability Status Scale (EDSS), che va da un minimo di 0 (assenza di disabilità) a un massimo di 9,5 (paziente obbligato a letto, totalmente dipendente). L'obiettivo del PDTA è quello di guidare la pratica clinico assistenziale ottimale nelle diverse classi di disabilità.

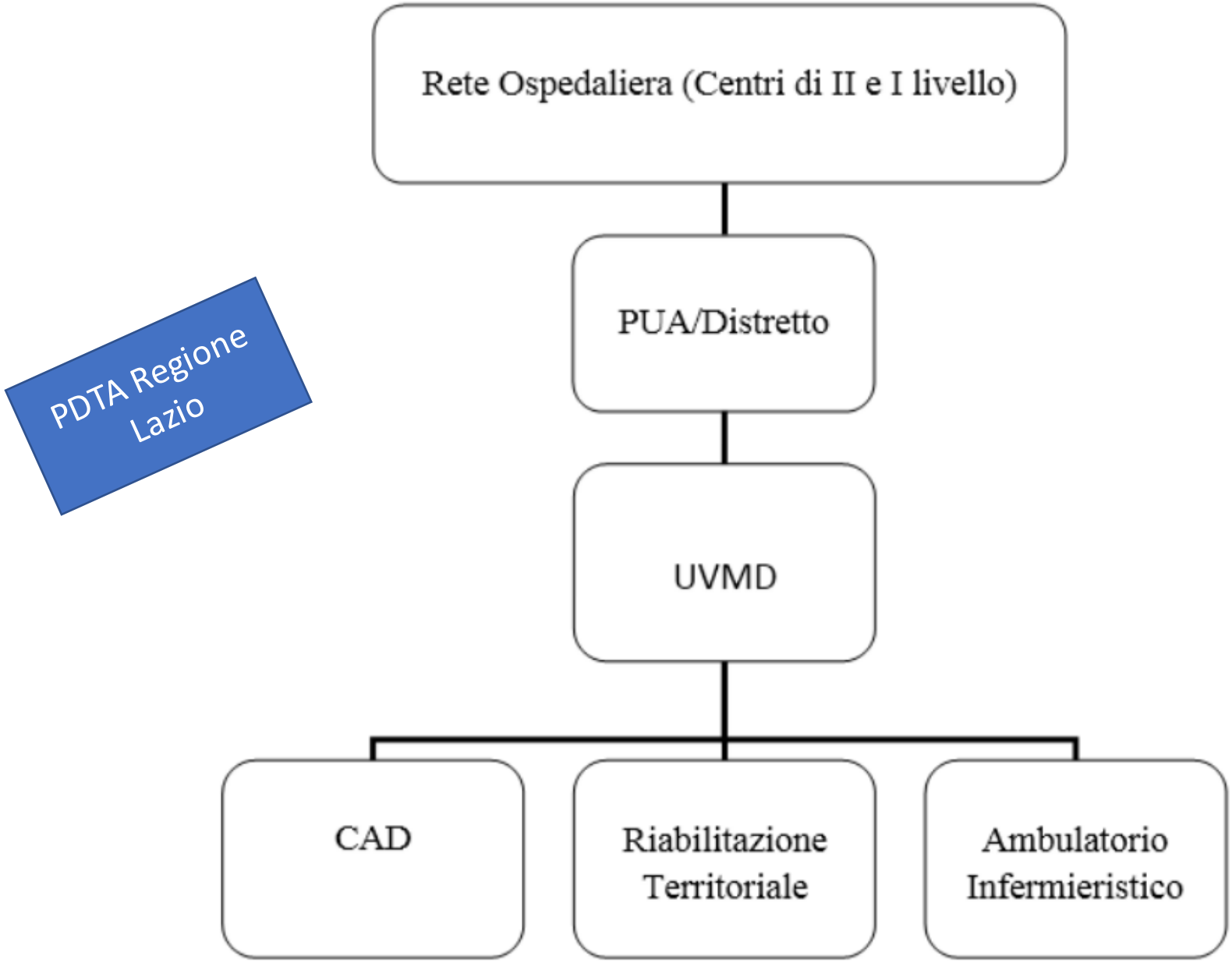
- Collegamento ospedale-territorio, tra Centro SM e PUA.

PDTA Regione Lazio

Modalità di integrazione tra Centri di riferimento ospedalieri e territorio

Per i pazienti eleggibili alla presa in carico territoriale, il caso deve essere tempestivamente segnalato alla ASL di competenza (residenza o domicilio del paziente). La segnalazione deve essere inviata al Punto unico di accesso distrettuale (PUA), che provvederà ad attivare l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD). La segnalazione deve contenere i seguenti elementi minimi: dati anagrafici del paziente, diagnosi riabilitativa, eventuali informazioni di natura sociale rilevanti per l'assistenza, grado di autonomia (attività della vita quotidiana, disturbi cognitivi e disturbi comportamentali), informazioni clinico-assistenziali, protesi e ausili, recapito telefonico di una persona di riferimento del paziente, recapito telefonico del referente del caso presso il Centro di riferimento ospedaliero.

Il percorso assistenziale territoriale è illustrato sinteticamente dal seguente diagramma di flusso:



VISTO l'art. 2 commi da 67 a 105, della Legge 23 dicembre 2009 n. 191 ed in particolare il comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati predisposti dal Commissario ad Acta;

VISTO il decreto legge c.d. "Spending Review" del 6 luglio 2012, n. 95 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 8 luglio 2011, n. 315 "Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee d'Indirizzo", con cui sono stati approvati, di concerto fra l'Assessorato alla Salute e l'Assessorato alle Politiche Sociali e Famiglia, procedure e strumenti per l'attività del PUA;

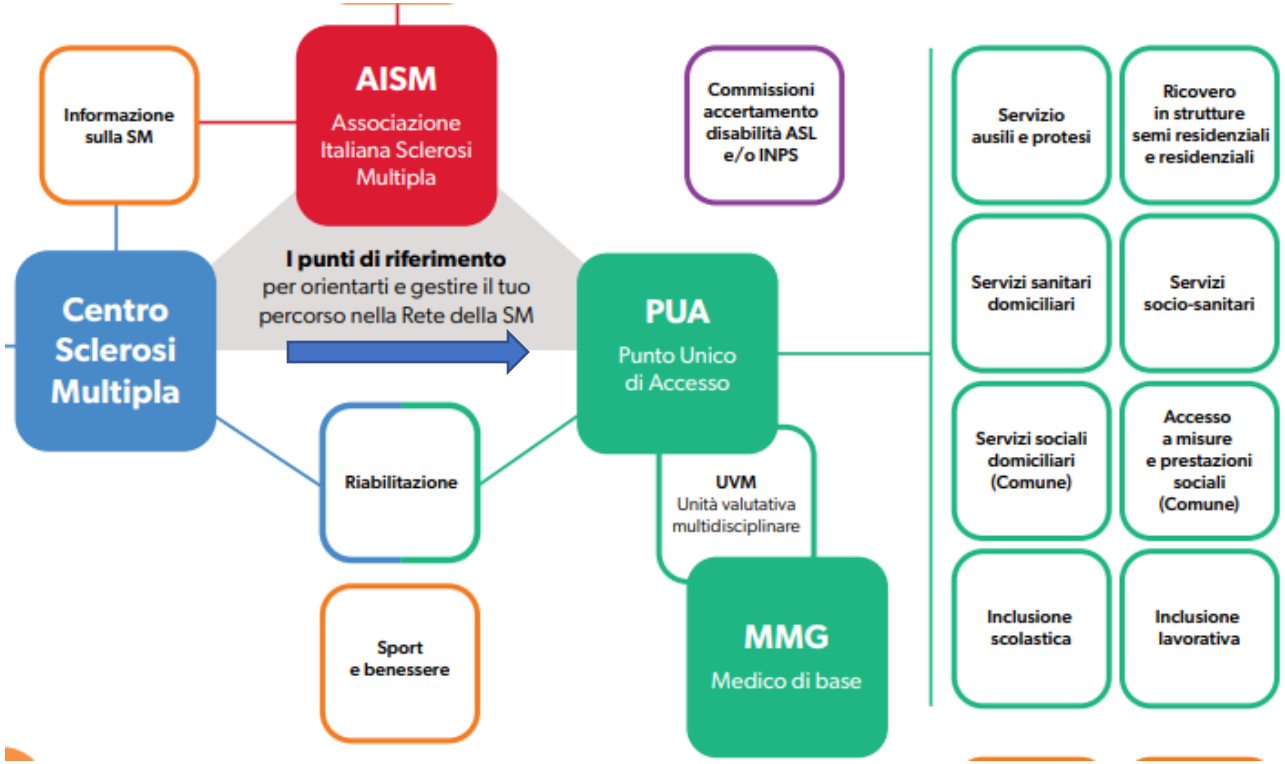
VISTA la deliberazione di Giunta regionale 28 giugno 2012, n. 313 "Riqualificazione dell'Assistenza Territoriale e valorizzazione del ruolo del Distretto. Approvazione del documento "Interventi prioritari per lo sviluppo delle funzioni del Distretto";

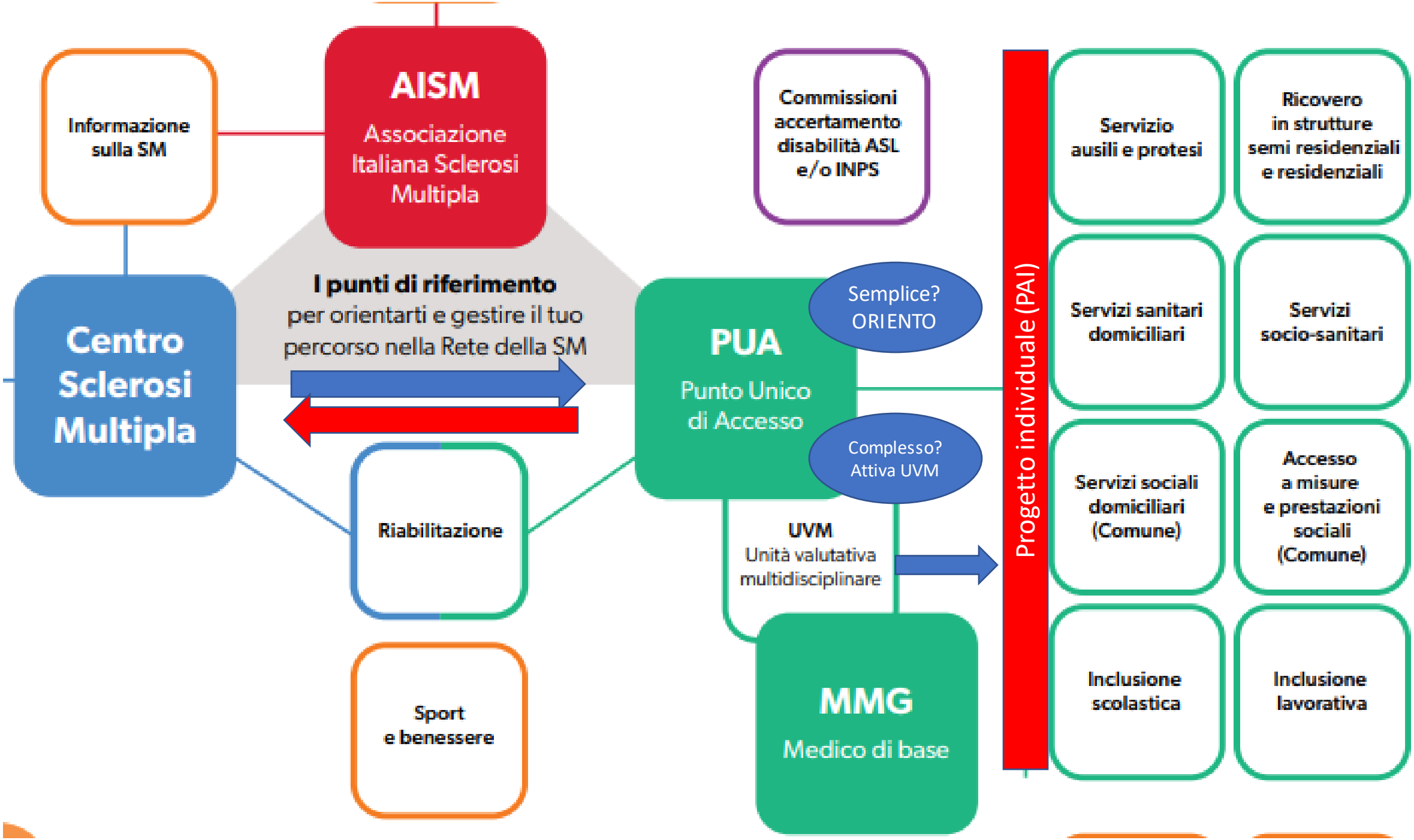
VISTO il decreto legge c.d. "Balduzzi" 13 settembre 2012, n. 158 recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;

VISTO il decreto del Commissario *ad acta* n. U00431 del 24 dicembre 2012 "La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio";

CONCETTO 2

- Indirizzi nazionali L.328/2000 e succ.
- Integrazione socio-sanitaria
- Ambiti Territoriali Sociali
- PUA – UVM – PAI
- Progetto Individualizzato




Informazione sulla SM
AISM
Associazione Italiana Sclerosi Multipla
Commissioni accertamento disabilità ASL e/o INPS
Centro Sclerosi Multipla
I punti di riferimento
per orientarti e gestire il tuo percorso nella Rete della SM
PUA
Punto Unico di Accesso
Semplice? ORIENTO
Complesso? Attiva UVM
Riabilitazione
UVM
Unità valutativa multidisciplinare
Sport e benessere
MMG
Medico di base
Progetto individuale (PAI)
Servizio ausili e protesi
Ricovero in strutture semi residenziali e residenziali
Servizi sanitari domiciliari
Servizi socio-sanitari
Servizi sociali domiciliari (Comune)
Accesso a misure e prestazioni sociali (Comune)
Inclusione scolastica
Inclusione lavorativa

- **PUA** → PUNTO UNICO DI ACCESSO
- **UVM** → UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
- **PAI** → PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO
- **SERVIZI TERRITORIALI, MISURE E PRESTAZIONI** → risposte attivate da ASL o Comune in base al «*portafoglio*» di competenza.
- **MMG** → Medico di Medicina Generale fa parte della UVM e collabora con PUA

Dove si trova il **PUA**?

Porta Unica di Accesso ai servizi territoriali socio-sanitari, garantisce l'integrazione tra servizi sociali e sanitari territoriali

Si trova in ogni Ambito Territoriale Sociale (ATS), in cui Comuni e ASL di competenza gestiscono l'integrazione socio-sanitaria del territorio di riferimento.

Nel Lazio gli ATS sono i Distretti Socio-Sanitari delle ASL, che hanno anche il governo della integrazione socio-sanitaria con i Comuni presenti sul proprio territorio di competenza.

Per cui ogni Distretto Socio-Sanitario deve avere il PUA, che prende in carico i cittadini del territorio di competenza.

Dove trovo informazioni sul mio **PUA**?

Sito ASL

ASL ROMA 1 Punto Unico di Accesso (PUA) (aslroma1.it)

ASL ROMA 2 ASL Roma 2 - Punto Unico di Accesso – PUA

ASL ROMA 3 PUA Punto unico di accesso - Asl Roma 3

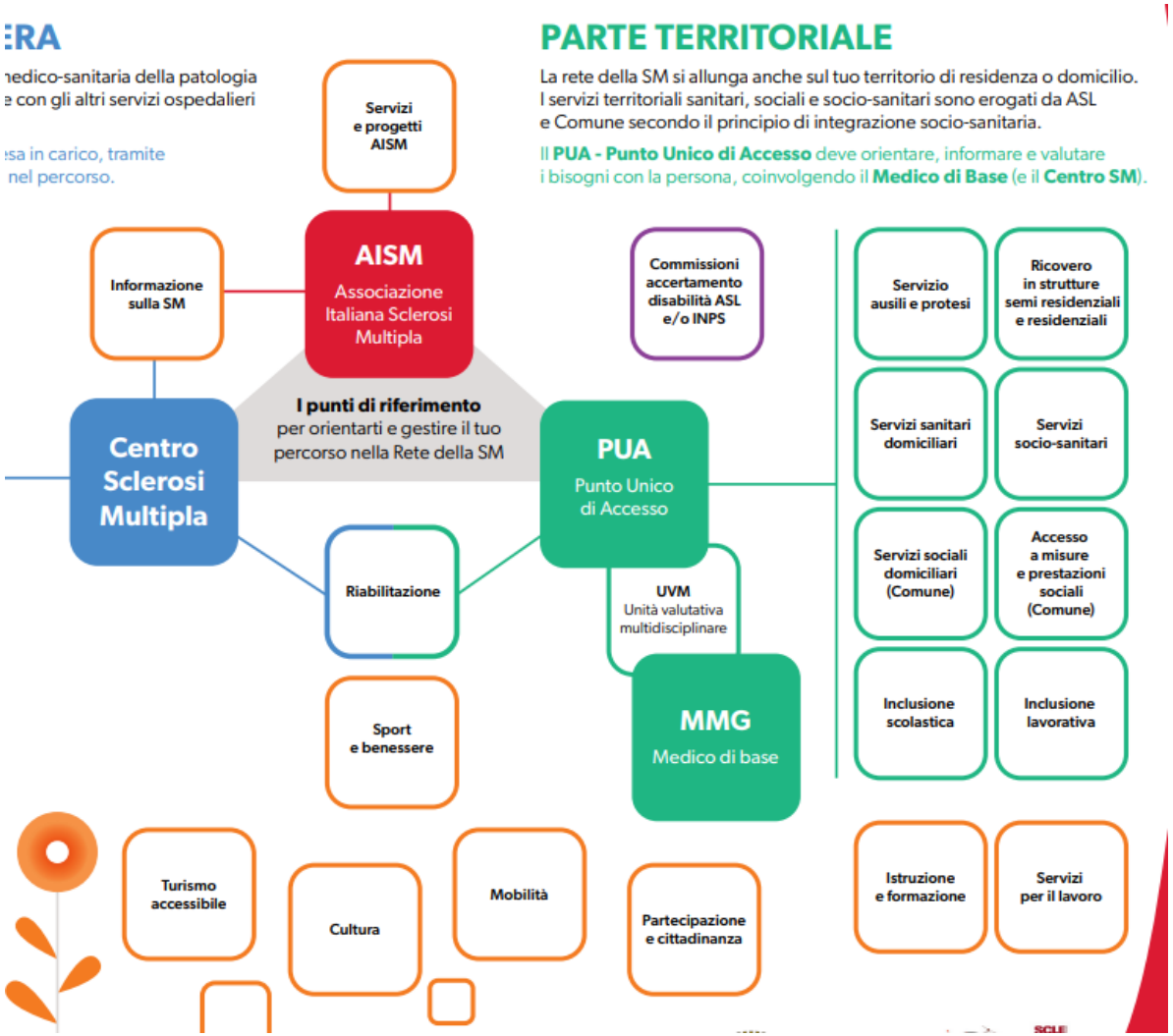
ASL ROMA 4 PUA Punto unico di accesso - ASL ROMA 4

ASL ROMA 5 U.O.C. Distretto di Colleferro - ASL ROMA 5 (Cercare per Distretto)

ASL ROMA 6 Punto Unico di Accesso - PUA - ASL Roma 6 (Cercare per Distretto)

Attenzione!!

La funzione di PUA, non è lo sportello fisico.
La funzione del PUA è una nella intera zona di Ambito Territoriale
Gli sportelli fisici possono essere più di uno, per agevolare l'accesso dei cittadini. Magari sia in Comune/Municipio che alla ASL. Ma è sempre lui!!



Funzioni del PUA

- Analisi del caso
- Mappatura del territorio
- Orientamento e informazione
- Monitoraggio del fabbisogno

Se il caso è semplice:

- Attiva i servizi e orienta

Se il caso è complesso:

- Attiva la UVM

Personale misto tra Comune e ASL

Collegamento con tutti i servizi del territorio e anche con il Terzo Settore

DGR 315/201 Regione Lazio

DGR 315/2011 PUA

- per l'anno 2011, i distretti socio sanitari presentano, entro il 15 ottobre 2011, il Piano di zona ed i relativi progetti operativi;
- i Comuni di ciascun distretto, nell'ambito delle attività programmate individuano, d'accordo con la ASL, adeguate modalità organizzative ed operative che garantiscano l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sociosanitari, adottando il modello a rete dei servizi;

DGR 315/2011 PUA – Linee di indirizzo

Tali linee di indirizzo presentano elementi principali su cui fondare lo sviluppo del PUA a livello distrettuale/territoriale, consentendo ampi margini di declinazione secondo la peculiarità e le necessità locali.

In base infatti, alla rilevazione delle numerose e diverse esperienze in atto nei differenti distretti e territori regionali, si è ravvisata la necessità di fornire le caratteristiche irrinunciabili per rendere omogenei i percorsi che devono garantire l'equità di risposta alle persone che afferiscono alle diverse aree territoriali della Regione

2.3. *Funzioni e Competenze del PUA*

Le funzioni e le competenze del PUA sono articolate nei tre seguenti livelli:

a) accesso, in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento *(Funzioni Front Office):*

1. accoglienza e ascolto, raccolta degli elementi caratterizzanti il bisogno della persona (adozione di una scheda di segnalazione standardizzata e apertura del fascicolo personalizzato)
2. informazioni relative ai servizi, ai diritti e alle modalità di accesso
3. primo orientamento

b) Pre valutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi *(Funzioni Back Office):*

1. pre valutazione dei casi segnalati
2. risoluzione diretta dei casi semplici
3. eventuale attivazione della funzione di valutazione multidimensionale 4. funzione di connessione dei nodi della rete territoriale
5. eventuale attivazione della mediazione culturale

c) Monitoraggio e valutazione *(Funzioni Back Office)*:

- monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati e delle procedure operative per l'accesso alle prestazioni e ai percorsi assistenziali.
- aggiornamento della mappa dei servizi e delle risorse del territorio

Durante la discussione dei casi sono emersi una serie di criticità che il territorio ha rappresentato:

- la carenza di Assistenti Sociali, il cui ruolo è fondamentale (molti Comuni hanno servizi esterni, per cui tali AS devono fare riferimento al Comune o gestiscono programmi specifici);
- le difficoltà legate alla dimensione geografica del territorio di appartenenza (territori a valenza policomunale, etc.)
- la carenza di personale dedicato al PUA, con conseguente impiego in esso di personale che presenta una diversa matrice culturale il che fa si che il ruolo del PUA si alteri, privilegiando quelle attività che il personale utilizzato esegue di consueto;
- l'importanza del sostegno dell'azione di governo regionale;
- la necessità di una maggiore connessione fra PUA e rete dei MMG/PLS, considerati una risorsa rilevante, che dovrebbe essere inclusa con percorsi specifici.

Personale del PUA

- Assistente sociale
- Infermiere
- Figure amministrative

(Personale misto tra ASL e Comune)

Le professionalità che devono essere coinvolte nello svolgimento delle funzioni PUA, sono individuate a seguito di un'attenta riorganizzazione delle professionalità già operanti sia in ambito sociale che sanitario ed, in particolare:

- assistenti sociali
- amministrativi
- infermieri
- medici di distretto

Può altresì essere prevista, in considerazione dell'utenza prevalente, la presenza di ulteriori figure professionali, anche condivise con altri servizi e rese disponibili all'occorrenza.

Il personale impegnato nelle funzioni PUA deve possedere:

- capacità relazionali, in particolare di ascolto e accoglienza
- competenza nella raccolta e registrazione delle informazioni utili per una prima definizione del bisogno e per una funzione di "screening della fragilità"
- conoscenza dei diritti esigibili
- conoscenza della mappa dei servizi territoriali e delle modalità di attivazione
- competenze amministrative, sociali e sanitarie di base e specialistiche
- competenze relative alla pre-valutazione
- capacità di lavoro in gruppo multiprofessionale
- competenze relative alla gestione e analisi di informazioni e agli strumenti informativi e informatici
- eventuale formazione specifica alla transculturalità

2.4. Localizzazione e Logistica delle funzioni PUA

Le funzioni PUA si collocano nel distretto sanitario e sociale presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari ~~e/o~~ sociali e di funzioni direzionali.

È necessario garantire che sia le funzioni di Front che di Back Office e si svolgano in locali adeguati con spazi per il lavoro dell'équipe, stanza/e per colloqui riservati e spazi per l'archiviazione della documentazione. Inoltre, deve essere prevista la dotazione di linea telefonica e fax dedicati, di collegamento internet e e-mail specifica, di sistema informativo dedicato, postazioni di lavoro munite di PC in numero adeguato relativamente al personale operante. Può essere articolato anche in punti periferici.

Infatti il PUA, in funzione dell'organizzazione degli specifici territori, può avvalersi anche degli "sportelli distrettuali" o degli "sportelli di cittadinanza" (Segretariati Sociali), presenti nei Comuni e nelle associazioni intercomunali.

Quindi, tutti i punti di accoglienza già attivi per l'utenza fragile (Segretariati sociali, Servizi CAD di ASL, Consultori familiari ecc..), se dotati di personale appositamente formato alle funzioni di PUA, possono svolgere funzioni di Front Office.

Chi può attivare il PUA

- Persone direttamente interessate alla richiesta o loro familiari
- Medico di medicina generale
- Interlocutori istituzionali locali e del Terzo Settore
- Operatori dei servizi sociali
- Operatori dei servizi sanitari

Devono essere rese disponibili al pubblico tutte le informazioni relative alle diverse modalità di accesso.

La presentazione della domanda può avvenire o con accesso diretto o tramite altri mezzi di comunicazione (telefono, fax, mail). La comunicazione va sempre indirizzata al Front Office del PUA.

Il Front Office, raccoglie la domanda e, nel caso in cui sia necessario un intervento successivo, trasmette in tempo reale e preferenzialmente per via telematica, le informazioni attraverso una scheda standardizzata al Back Office del PUA. Nel caso in cui il Front Office risolva il problema o risponda direttamente alla richiesta, registra comunque le informazioni sulla scheda standardizzata e le trasmette al Back Office per tenere traccia dell'intervento.

2.6. Modalità di attivazione delle risposte da parte del PUA

Nel caso di richieste semplici e direttamente risolvibili, il Front Office si farà carico dell'orientamento e /o dell'attivazione di specifici servizi.

In caso di problematiche più articolate e complesse, il caso va segnalato al Back Office che provvede a:

- analizzare la domanda e effettuare una pre valutazione, anche integrata
- attivare direttamente i servizi necessari
- attivare, se necessario, la valutazione multidimensionale (Unità di valutazione multidimensionale)
- ricevere il ritorno informativo sui servizi attivati.

Tutte le informazioni e le procedure attivate sul singolo caso vanno registrate.

3.1. Rete dei servizi e Punto Unico d'Accesso

Il PUA è da considerarsi un punto nodale della Rete dei servizi del territorio; è necessario quindi che si costituiscano una serie di collegamenti e relazioni con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali (servizi territoriali di Aziende USL, di Comuni, Municipi, Province, realtà ospedaliere, MMG, PLS, etc) finalizzati alla definizione di risposte e percorsi assistenziali integrati ed appropriati; inoltre sono da porre in atto relazioni sinergiche anche con i diversi interlocutori locali (Prefetture, Scuole, Unità di Strada, Forze dell'Ordine, Servizio Civile, Terzo Settore, Gruppi di interesse, Parrocchie, Patronati, etc.).

E' quindi necessario superare logiche di tipo settoriale e prestazionale, e preferire la costruzione di percorsi integrati tra i diversi servizi non solo nell'ambito delle Aziende USL e degli Enti locali, ma anche con riferimento a quanto il territorio esprime nella sua interezza.

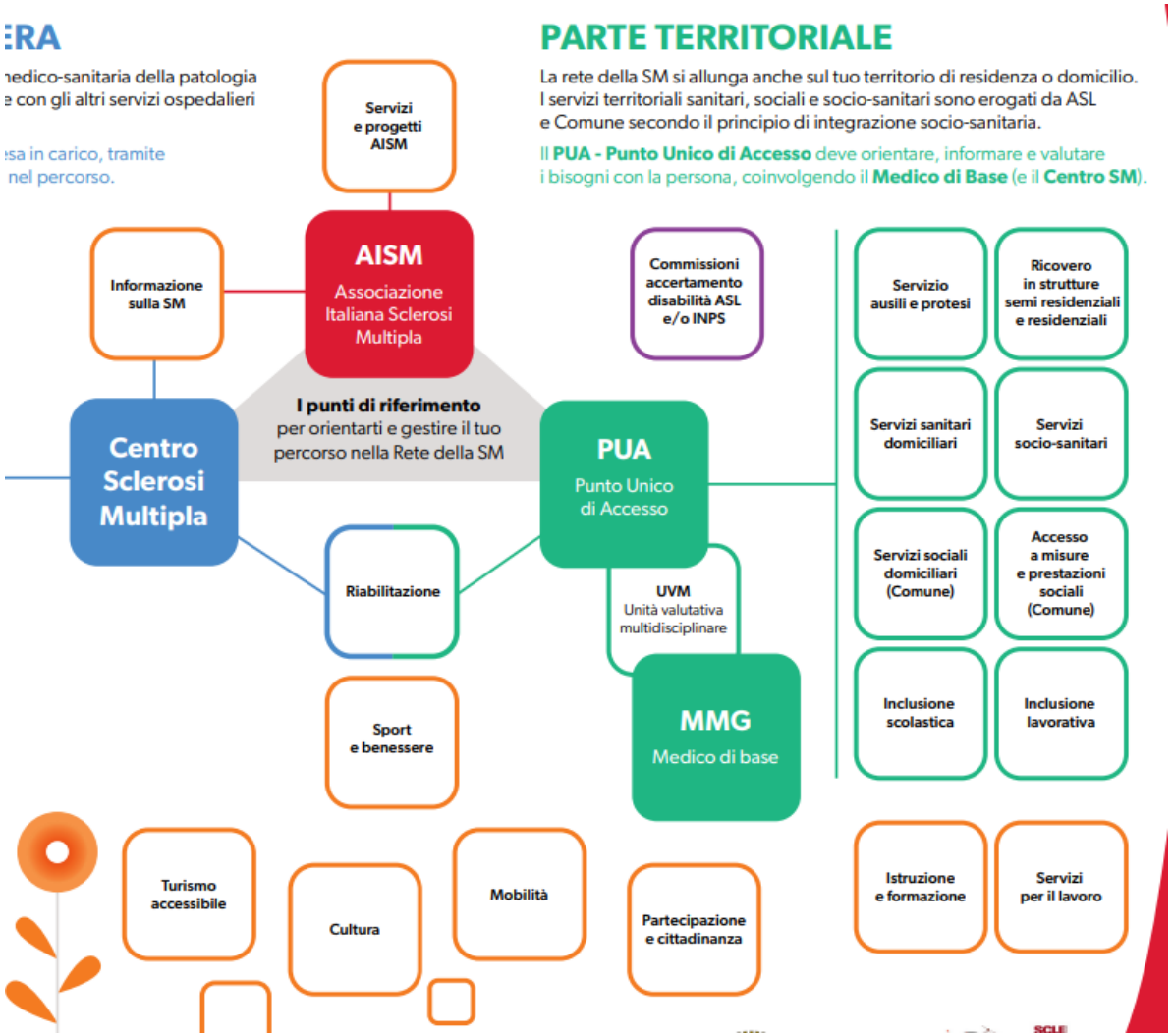
Nella fase di accoglimento della domanda e di prevalutazione, quindi, il PUA può fornire elementi utili anche alla costruzione di Piani di Assistenza Individuale che tengano conto anche delle relazioni e delle risorse disponibili a livello locale.

3.2. Punto unico di Accesso e percorsi di orientamento, accompagnamento e presa in carico

Gli elementi utili a facilitare l'attuazione di percorsi di orientamento, accompagnamento e presa in carico derivano anche dall'analisi di alcune criticità comuni nei vari territori, come, ad esempio, la scarsa visibilità dei luoghi di presa in carico e la loro settorialità, la duplicazione o l'assenza degli interventi, le difficoltà legate alla dimensione e conformazione del territorio.

Tali elementi di facilitazione si individuano in:

- la costituzione di partnership strategiche con gli altri attori del sistema territoriale, attraverso la stipula di Protocolli di Intesa e Accordi di collaborazione per orientare la domanda verso il Punto Unico di Accesso;
- la realizzazione della Mappa dell'offerta dei servizi socio-sanitari del territorio, formalizzata, aggiornata, fruibile e relativa a tutta la Rete dei servizi,
- la raccolta e studio delle procedure e della modulistica per l'accesso ai servizi e alle prestazioni della Rete;
- il raccordo tra la funzione di prevalutazione integrata e l'Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuale;
- la valorizzazione del Terzo Settore e delle risorse informali presenti sul territorio, con lo scopo di favorire processi di auto-aiuto e la reciprocità.



UVM

Attivata dal PUA

Per casi complessi

Multidisciplinare

Gruppo di base distrettuale

Medico di medicina generale

Operatori sociali

Altri eventuali necessari al caso

Valutazione globale del bisogno

Condivisione obiettivi con la persona e i familiari

Elaborazione di un Piano Individualizzato per attivazione dei servizi (PAI)

UVM

L’UVMD inoltre per le persone non autosufficienti, anche anziane ha le funzioni di:

- elaborare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI);
- individuare il case manager, referente per l’attuazione di quanto previsto dal PAI;
- procedere ad eventuali ulteriori verifiche del PAI (oltre a quelle già previste dalla normativa vigente) su segnalazione del case manager;

per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale ha le funzioni di:

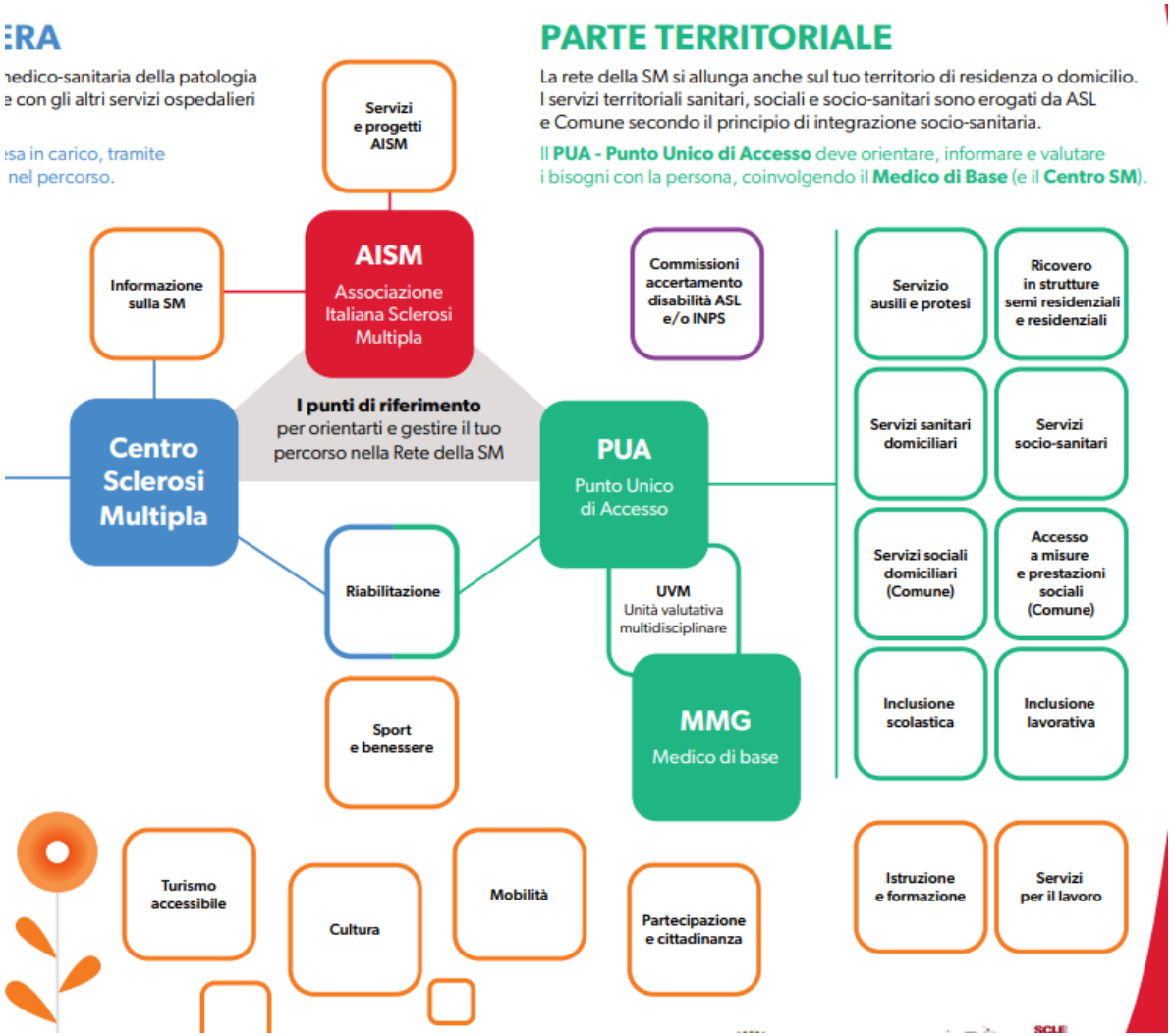
- valutare la necessità di prosecuzione/rivalutazione periodica dei progetti riabilitativi erogati in ogni regime assistenziale, ad eccezione della prosecuzione dei trattamenti riabilitativi ambulatoriali rivolti a soggetti in età evolutiva, che dovrà essere effettuata dal TSMREE.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- la rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;

- la valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla UVMD formalmente riunita. L'UVMD effettua la valutazione del bisogno, esplorandone le varie dimensioni, e definisce l'ambito assistenziale adeguato al bisogno evidenziato.

- L'UVMD rilascia al paziente l'autorizzazione a fruire del trattamento mediante la compilazione del modulo "Autorizzazione al trattamento" (Allegato 3).



Servizi

- Sociali

Assistenza domiciliare

Consulenza sociale

- Sanitari

Ausili

Riabilitazione

ADI

…

- Misure e prestazioni

Non Autosufficienza

Vita Indipendente

Misure contrasto alla povertà

Dopo di noi

Caregiver

…

- Lavoro

Tirocini di inclusione

Collegamento con CPI

- Scuola

Inclusione scolastica

Terzo Settore…

Programma

Edizione ROMA (PERCORSO B – replica del sabato)

DATA	GIORNO	ORARIO	ARGOMENTO	Partecipazione
28/01/2023	Sabato	10-12	La rete dei servizi della SM: punti di riferimento per orientarsi e principi di funzionamento di una buona rete.	On line
04/02/2023	Sabato	10-12	Centro SM e rete ospedaliera	On line
11/02/2023	Sabato	10-12	L'incontro sarà diviso in due parti: Riabilitazione: istruzioni pratiche Commissioni medico legali: istruzioni pratiche	On line
18/02/2023	Sabato	10-12	PUA, UVM e rete territoriale	On line
25/02/2023	Sabato	10-12	Progetto di vita: lavoro, scuola, mobilità "e tutto il resto". Focus sulla rete del lavoro: inserimento e mantenimento.	On line

COME FARE DOMANDE e INTERAGIRE

- Durante l'incontro: in Scrivi in D&R o in Chat
- Dopo l'incontro: scrivici tramite questo modulo https://forms.office.com/e/HEYGTs8mn8

Ti consigliamo di prenderti del tempo dopo ogni incontro e di fare le tue domande con calma.

Progetto Re(Te)Attiva - AISM - FAI LA TUA DOMANDA