

Persone con disabilità. Valutazione - presa in carico - progetto di vita

Scheda normativa regione Marche

Legge 18 e norme applicative

Legge 18 - Art. 9 - Unità multidisciplinari

1. Presso ciascuna USL sono costituite le Unità multidisciplinari per la presa in carico dei soggetti portatori di handicap appartenenti all'età evolutiva e all'età adulta.
2. Le Unità multidisciplinari dell'età evolutiva svolgono i propri interventi in favore di soggetti portatori di handicap di età non superiore ai diciotto anni, ovvero, nel caso che i soggetti stessi proseguano gli studi oltre tale età anche di età superiore e fino al compimento dei corsi di studio, con esclusione di quelli universitari.
3. Le Unità multidisciplinari dell'età adulta svolgono i propri interventi in favore dei soggetti di età superiore a quella prevista dal comma 2 e si raccordano funzionalmente con le unità multidisciplinari dell'età evolutiva (UMEE) per la presa in carico dei soggetti.
- 3 bis. Le UMEE in collaborazione con le unità multidisciplinari dell'età adulta elaborano un programma di uscita dalla scuola dell'obbligo finalizzato all'individuazione di un percorso certo di integrazione, tenendo conto delle reali possibilità e potenzialità delle persone in situazione di handicap.
4. Le Unità multidisciplinari per l'età evolutiva e le Unità multidisciplinari per l'età adulta sono collocate a livello di distretto.
5. Per l'espletamento delle funzioni di cui agli articoli 10 e 11 ciascuna AUSL istituisce nel proprio ambito una o più Unità multidisciplinari in relazione al numero di abitanti o alla configurazione del territorio.
- 5 bis. Ciascuna AUSL su proposta delle Unità multidisciplinari programma corsi di aggiornamento permanente per gli operatori usufruendo sia di risorse interne alle unità multidisciplinari che di operatori esterni formati.
6. La Giunta regionale definisce, sentita la Commissione consiliare competente i criteri per la costituzione e per la dotazione di personale delle Unità multidisciplinari e le modalità per la collaborazione delle stesse con le Commissioni di cui all'articolo 4 della legge 104/1992 e con gli organismi previsti dalla legge 13 marzo 1999, n. 68.
- 6 bis. La Giunta regionale predispose un modello per l'accertamento dell'handicap valido per tutto il territorio regionale.

Legge 18 - Art. 10 - Unità multidisciplinare dell'età evolutiva

1. L'Unità multidisciplinare dell'età **evolutiva** è composta da un neuro-psichiatra infantile, uno psicologo, un pedagogista, un assistente sociale, uno o più tecnici della riabilitazione come logopedisti, fisioterapisti, psicomotricisti, musicoterapisti, uno o più consulenti nella patologia segnalata. All'interno dell'Unità multidisciplinare è individuato un coordinatore.
2. L'Unità di cui al comma 1 svolge le seguenti funzioni:
 - a) informazione, educazione sanitaria e attività di prevenzione;
 - b) consulenza e sostegno, anche psicologico, della famiglia;
 - c) collaborazione con enti ed istituzioni;
 - d) interventi per la cura e la riabilitazione precoce della persona in situazione di handicap;
 - e) individuazione dell'handicap e compilazione della diagnosi funzionale;
 - f) collaborazione con gli operatori della scuola e i genitori per l'elaborazione del profilo dinamico funzionale nonché del piano educativo individualizzato;
 - g) verifica del progetto educativo ai fini dell'inserimento sociale, scolastico e nelle strutture che favoriscono l'integrazione della persona in situazione di handicap;
 - h) controlli periodici per una valutazione globale in itinere sull'andamento del soggetto nelle fasi evolutive dal punto di vista clinico, relazionale, delle capacità residue e delle potenzialità di apprendimento.

Legge 18 - Art. 11 - Unità multidisciplinare dell'età adulta

1. L'Unità multidisciplinare dell'età adulta è composta da un neurologo, un fisiatra, uno psicologo, un sociologo, un assistente sociale, uno o più tecnici della riabilitazione come fisioterapisti, logopedisti, psicomotricisti, musicoterapisti, uno o più specialisti e operatori competenti per singole situazioni o progetti. All'interno dell'Unità multidisciplinare è individuato un coordinatore.

2. L'Unità multidisciplinare dell'età adulta progetta ed effettua interventi in forma ambulatoriale, domiciliare e negli altri ambienti di vita della persona in situazione di handicap.

3. L'Unità multidisciplinare di cui al comma 1 svolge le seguenti funzioni:

- a) collaborazione con l'Unità multidisciplinare per l'età evolutiva per l'effettuazione di studi epidemiologici volti a definire incidenza, prevalenza e gravità dell'handicap sul territorio. I risultati di tali indagini a carattere permanente, sono oggetto, insieme ad altri contributi, di diffusione ed approfondimento attraverso iniziative scientifiche ed incontri volti alla sensibilizzazione della popolazione ed all'aggiornamento degli operatori interessati;
- b) valutazione clinica della persona attraverso l'esame dell'iter diagnostico e terapeutico già percorso, allo scopo di definire le esigenze sanitarie della stessa sia a livello iniziale che di monitoraggio successivo. Tale approfondimento sanitario è finalizzato alla realizzazione di un protocollo di trattamento individualizzato, le cui tappe sono registrate nel diario personale del disabile di cui all'articolo 3, comma 1, lettera d);
- c) valutazione psicologica del paziente anche mediante l'acquisizione del profilo funzionale fornito dall'Unità multidisciplinare dell'età evolutiva allo scopo di stabilire e quantificare i deficit presenti, le potenzialità residue, le abilità acquisite e poter così elaborare un progetto educativo individualizzato, in collaborazione con gli operatori sociali;
- d) valutazione sociale condotta insieme all'Unità multidisciplinare dell'età evolutiva al fine di mediare il contatto con la famiglia e con le altre figure significative per l'utente;
- e) verifica periodica dei trattamenti e degli interventi messi in atto per ogni singolo utente;
- f) consulenza e sostegno alle famiglie, nelle forme individuali o per gruppi specifici;
- g) collaborazione funzionale, anche attraverso protocolli d'intesa, con i servizi per l'impiego competenti, con i comitati tecnici provinciali di cui all'articolo 6 della legge 68/1999 e con gli enti locali per la ricerca delle condizioni, degli ausili e dei sostegni più opportuni per un efficace inserimento lavorativo di persone in situazione di handicap nelle strutture produttive private e pubbliche;
- i) collaborazione con il servizio psichiatrico per i casi di confine;

D.G.R. 1965 del 12.11.2002, LR n. 18/1996 e successive modificazioni ed integrazioni - criteri per la costituzione e la dotazione di personale delle unità multidisciplinari e modalità per la collaborazione delle stesse con le commissioni sanitarie di cui all'art. 4 della L. n. 104/92 e con gli organismi previsti dalla L. n. 68/99 (B.U.R., n. 126 del 29.11.2002).

- Le unità multidisciplinari sono unità operative semplici, con personale dedicato, dotate di autonomia gestionale e tecnico professionale, collocate a livello distrettuale o interdistrettuali quali servizi integrati territoriali di cui al Piano Sanitario Regionale 1998-2000, approvato con L.R. 20.10.98 n. 34.

Tali unità operative hanno compiti di informazione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di valutazione, programmazione e verifica degli interventi educativi, riabilitativi, d'integrazione scolastica, sociale e lavorativa dei soggetti in condizione di difficoltà, di menomazione, disabilità e/o handicap, come indicato dal Piano Sanitario Regionale al paragrafo 4.2.3.4. "Servizi Integrati Territoriali".

- Le unità multidisciplinari svolgono funzioni di "Sportello unico" per la presa in carico degli utenti e per la gestione e il coordinamento degli interventi da attivare. Raccolgono e conservano in un unico fascicolo, che viene gestito nel rispetto della legge sulla privacy, copia della documentazione relativa a ciascun soggetto. Tale fascicolo raccoglie copia dei documenti eventualmente custoditi dai familiari e dei documenti prodotti da vari servizi della AUSL

UNITA' MULTIDISCIPLINARE DELL'ETA' EVOLUTIVA – UMEE

- Le UMEE elaborano, dandone poi attuazione, percorsi d'integrazione e raccordo con il dipartimento materno-infantile, i pediatri di libera scelta ed ospedalieri, con i servizi di neuropsichiatria infantile e con gli altri servizi, anche residenziali, comunque interessati, con le unità multidisciplinari per l'età adulta e con i consultori familiari. Esse operano anche in favore di soggetti con disturbi dello sviluppo psicofisico dell'infanzia e dell'adolescenza.

- Ciascuna AUSL costituisce nel proprio territorio, ai sensi dell'art. 9, comma, 5 della L.r. n. 18/96, una o più UMEE, secondo l'organizzazione ritenuta più funzionale.

- Le AUSL, nella predisposizione delle piante organiche, prevedono le figure professionali di cui all'articolo 10 della L.r. n. 18/696, come stabilito dal Piano sanitario regionale e più precisamente:
 - a) Specialisti ed operatori strutturati presso le UMEE: assistente sociale, neuropsichiatra infantile, operatori della riabilitazione, psicologo, pedagogo, ove già attribuito all'UMEE;
 - b) Specialisti ed operatori non strutturati: fisiatra, specialisti consulenti per la patologia segnalata, altri tecnici della riabilitazione.
- All'interno delle unità multidisciplinari, tra le figure ivi strutturate a tempo pieno, i direttori generali individuano un responsabile.
- Ai fini della costituzione delle UMEE, i Direttori generali provvedono, entro centoventi giorni dalla approvazione della presente deliberazione, a determinarne la dotazione organica. Il relativo provvedimento aziendale è sottoposto al controllo preventivo della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 28, comma 2, lettera c), della L.r. 17 luglio 1996, n. 26 e successive modificazioni e della deliberazione della Giunta regionale del 9.5.2001, n. 943. La deliberazione, concernente il suindicato controllo preventivo, è adottata su proposta congiunta del Servizio Servizi Sociali e del Servizio Sanità della Regione. La consistenza della dotazione organica, che deve in ogni caso essere basata sull'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e sulla programmazione annuale e pluriennale delle attività, deve essere definita in ambito aziendale dai Direttori generali con riferimento ai nuovi ambiti territoriali dei distretti in corso di definizione da parte dei competenti organi regionali coincidenti con gli ambiti territoriali sociali, previsti dal Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002
- Gli operatori che compongono le UMEE debbono possedere competenze ed esperienze specifiche nel campo dell'età evolutiva, dare garanzia di stabilità dei componenti, di unitarietà e continuità degli interventi professionali.

UNITA' MULTIDISCIPLINARE DELL'ETA' ADULTA – UMEA

- Le UMEA elaborano ed attuano percorsi d'integrazione e raccordo con i dipartimenti e/o servizi di neurologia e riabilitazione, il dipartimento di salute mentale, i medici di medicina generale, il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI), le residenze socio-sanitarie e con altri servizi, anche residenziali, comunque interessati.
- Ciascuna AUSL costituisce nel proprio territorio ai sensi dell'art. 9, comma 5, della L.r. n. 18/96, una o più UMEA, secondo l'organizzazione ritenuta più funzionale.
- Le AUSL, nella predisposizione delle piante organiche, prevedono le figure professionali di cui all'articolo 11 della L.r. n. 18/86, come stabilito dal Piano sanitario regionale e più precisamente:
 - a) Specialisti ed operatori strutturati presso l'UMEA: assistente sociale, educatore professionale/operatore della riabilitazione, fisiatra, neurologo, psicologo sociologo;
 - b) Specialisti ed operatori non strutturati: altri tecnici della riabilitazione, specialisti consulenti per la patologia segnalata.
- All'interno delle unità multidisciplinari, tra le figure ivi strutturate a tempo pieno, i direttori generali individuano un responsabile.

Ai fini della costituzione delle UMEA, al cui composizione è stabilita all'art. 11, comma 1, della L.r. n. 18/96, i direttori generali provvedono, entro centoventi giorni dall'adozione della presente deliberazione, a determinarne la dotazione organica. Il relativo provvedimento aziendale è sottoposto al controllo preventivo della Giunta regionale ai sensi dell'articolo 28, comma 2, lettera c), della L.r. 17 luglio 1996, n. 26 e successive modificazioni e della deliberazione della Giunta regionale del 9.5.2001, n. 943. La deliberazione, concernente il suindicato controllo preventivo, è adottata su proposta congiunta del Servizio Servizi Sociali e del Servizio Sanità della Regione. La consistenza della dotazione organica, che deve in ogni caso essere basata sull'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e sulla programmazione annuale e pluriennale delle attività, deve essere definita in ambito aziendale dai Direttori generali con riferimento ai nuovi ambiti territoriali dei distretti in corso di definizione da parte dei competenti organi regionali coincidenti con gli ambiti territoriali sociali, previsti dal Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002.

Gli operatori che compongono le UMEA debbono possedere competenze ed esperienze specifiche nel campo dell'età adulta, dare garanzia di stabilità dei componenti, di unitarietà e continuità degli interventi professionali.

Piano sociale 2008-2010

III. 2 Gli atti regionali e lo stato di attuazione

(..) Un aspetto rilevante della l.r. 18/1996 è stata la costituzione delle Unità multidisciplinari per l'età evolutiva (UMEE) e l'età adulta (UMEA) con compiti di diagnosi, valutazione dei bisogni, progettazione e verifica degli interventi educativi, riabilitativi, di integrazione scolastica, sociale e lavorativa. La legge assegna alle UM, unità operative del settore sanitario, un ruolo fondamentale per dare concretezza e significato ai processi di integrazione in raccordo e interazione con tutti i soggetti del territorio. Da un rapporto dell'ASUR, relativo ad una indagine realizzata nel 2005, sulle modalità organizzative e di funzionamento delle Umee e Umea nelle diverse zone territoriali risulta che l'utenza "seguita" nell'anno 2004, pur in assenza di criteri univoci per definire la "presa in carico", è pari a n. 10.971 soggetti, suddivisi come segue: UMEE: n. 6.127 con un'incidenza di 1.816 nuovi utenti nell'anno 2004; UMEA: n. 4.844 con un'incidenza di 479 nuovi utenti nell'anno 2004.

Comparando i dati complessivi (10.971) dei soggetti "seguiti" dalle UM con il numero dei beneficiari degli interventi di cui alla l.r. 18/1996 nell'anno 2004 (6.971), appare evidente uno scarto difficilmente giustificabile se non per carenze nel processo di valutazione, presa in carico e progettualità (pur tenendo in debita considerazione che le UMEE svolgono anche la funzione territoriale di neuropsichiatria infantile e, pertanto, il numero delle persone seguite non coincide con i minori con disabilità).

III. 3 Le criticità

Le principali criticità riguardano da una parte l'esercizio della funzione di valutazione e presa in carico, dall'altra la strutturazione e il dimensionamento dei servizi sui territori.

- *funzione di valutazione e presa in carico*

Il citato rapporto dell'ASUR sulle modalità organizzative e di funzionamento delle UMEE e UMEA evidenzia, accanto a punti di forza e singole buone pratiche, criticità e disomogeneità sul versante organizzativo, metodologico e formativo:

- organico sottodimensionato rispetto alla popolazione potenziale;
- carenza e precarietà e/o del personale, soprattutto delle figure professionali quali neuropsichiatra infantile e psicologo;
- inadeguatezza della collocazione strutturale e logistica;
- insufficiente investimento sulla formazione e sulle metodologie di lavoro multiinterprofessionale;
- scarsa integrazione istituzionale con gli altri soggetti e servizi territoriali.

Linee di intervento

Accesso, valutazione e presa in carico

Il processo di promozione ed inclusione sociale dei cittadini e delle famiglie parte dalla capacità del sistema di accogliere, rilevare e valutare il bisogno e dalla valutazione dei fattori di contesto familiare e ambientale che incidono nelle risposte o nel superamento delle difficoltà rilevate.

L'attività valutativa, svolta attraverso la connessione delle informazioni disponibili e l'analisi dei processi che influenzano il funzionamento personale, familiare e sociale, è un'attività prettamente multiprofessionale e multidisciplinare propria della Unità Multidisciplinare.

L'Unità Multidisciplinare, costituita da professionalità dell'area sociale e sanitaria, opera come servizio integrato territoriale con funzioni di valutazione e presa in carico assistenziale.

La qualificazione delle funzioni di valutazione, presa in carico socio-sanitaria e continuità assistenziale richiede che l'UM:

- sia collocata a livello di ambito/distretto sotto la responsabilità congiunta del Coordinatore di ATS e del Direttore di distretto, garanti del processo di integrazione istituzionale e professionale;

- sia dotata di personale dedicato comprendente tutte le figure professionali necessarie a realizzare l'integrazione e la multi-interdisciplinarietà della presa in carico;
- sia adeguatamente dimensionata in rapporto alla popolazione ed al territorio secondo parametri uniformi sul territorio regionale;
- sia formata all'uso degli strumenti di valutazione, sulle metodologie di presa in carico ed al lavoro di gruppo;
- garantisca tempi certi per la valutazione e per tutti i passaggi conseguenti alla presa in carico;
- risponda collegialmente della progettazione e verifica degli interventi programmati.

In ogni caso, la valutazione multidisciplinare del bisogno è condizione indispensabile per realizzare la presa in carico, la progettazione degli interventi e l'accesso alla rete dei servizi.

Articolazione delle funzioni di accesso, valutazione e presa in carico:

- Accesso

- l'accettazione territoriale costituisce il primo livello di "ascolto, informazione, orientamento" della persona/famiglia e viene realizzato attraverso l'attivazione integrata socio-sanitaria di un percorso unitario di accompagnamento alla definizione del bisogno ed all'organizzazione della risposta;
- lo sportello di accesso deve essere in grado di fornire immediatamente le risposte più idonee a soddisfare bisogni semplici rinviando al servizio competente istanze che prefigurano un livello di valutazione più complesso.

- Valutazione

- gli elementi essenziali che qualificano la valutazione dei bisogni complessi per una lettura unitaria e globale (multidisciplinare e multidimensionale) della persona sono rappresentati da:
 1. formazione degli operatori al lavoro di gruppo ed all'integrazione funzionale (superamento degli approcci monoprofessionali e delle dicotomie sociale/sanitario);
 2. condivisione metodologica e adozione di strumenti validati e omogenei sul territorio regionale;
 3. procedure abbreviate per eventuali approfondimenti e rivalutazioni;
- la valutazione interprofessionale del bisogno è premessa inderogabile alla presa in carico.

- Presa in carico

- La presa in carico è l'assunzione di responsabilità collegiale e integrata per cui l'UM si fa carico di elaborare il progetto personalizzato, definire il percorso assistenziale, individuare le risorse necessarie, monitorare la realizzazione degli interventi, valutare i risultati. Si tratta di un intervento globale; riguarda cioè la persona e tutti i sistemi di riferimento (familiare, scolastico, sociale);
- La presa in carico è continuativa nei passaggi dei diversi cicli di vita e regimi assistenziali e, comunque condivisa, anche nel caso la persona sia inserita nel circuito assistenziale del privato autorizzato; non è delegabile ad un solo operatore; è un impegno vincolante per il sistema dei servizi nei confronti della persona, della famiglia e della comunità.

- Progettazione

- la progettazione personalizzata si basa su modalità condivise e confrontabili, tenendo conto della metodologia di lavoro ben identificata dall'art. 2 del d.p.c.m. 14 febbraio 2001, e tale per cui alla valutazione del bisogno (corredata da fattori osservabili e misurabili) deve far seguito la definizione degli interventi e dei risultati attesi, anch'essi misurabili in sede tecnica e, per quanto possibile, anche in sede di valutazione partecipata di efficacia con la persona utente e la sua famiglia;
- la progettazione personalizzata deve garantire alla persona ed alla famiglia la possibilità di costruire un "progetto di vita" congruente con le diverse fasi di crescita;
- il progetto deve essere articolato ed esplicitare chiaramente tutti gli elementi costitutivi:
 1. Natura ed entità del bisogno;
 2. Obiettivi;
 3. Risultati attesi;
 4. Metodologia operativa;
 5. Tipologia, articolazione ed intensità degli interventi;
 6. Risorse necessarie (professionali e di altro tipo);
 7. Referente del progetto e/o case-manager;
 8. Criteri e modalità di verifica.

- Continuità dell'assistenza

- la continuità dell'assistenza è strettamente connessa con l'esercizio della funzione di valutazione, presa in carico e realizzazione del percorso assistenziale per cui non può esserci cesura tra le varie fasi del processo né sospensione delle responsabilità;
- la continuità dell'assistenza si esercita con la definizione, in sede di progettazione, degli indicatori di verifica (di percorso, di risultato, di soddisfazione della persona/famiglia) e con il monitoraggio costante dell'adeguatezza e dell'appropriatezza degli interventi programmati, nonché con la rimodulazione del progetto ai nuovi bisogni assistenziali;
- la continuità dell'assistenza è sorvegliata dalla funzione del case-manager;
- la continuità dell'assistenza è sostenuta dal patto tra persona/famiglia e sistema dei servizi per la realizzazione del progetto di vita.

Il percorso assistenziale

Il percorso assistenziale è caratterizzato dall'insieme di interventi mirati ed adeguati a soddisfare i diversi livelli di bisogno mediante prestazioni diversificate sulla base delle specifiche potenzialità della persona e della famiglia in una logica di unitarietà e continuità dell'assistenza.

Il percorso assistenziale si fonda sulla disponibilità ed esigibilità di risposte integrate proprie del sistema dei servizi (sociali, socio-sanitari, formativi, del lavoro, della mobilità, ecc) in raccordo e complementarietà con le risorse del contesto comunitario (opportunità, valori ed esperienze delle reti formali e informali).

Gli interventi essenziali che costituiscono il percorso assistenziale, organizzato ed selettivamente orientato a sostenere la persona/famiglia nel proprio ambiente di vita e di relazioni, sono:

- sostegno alla persona e alla famiglia: sociale, psicologico, economico;
- promozione della salute e sviluppo delle autonomie personali: interventi di supporto domiciliare; interventi educativi; prestazioni di riabilitazione; ausili e mezzi per la mobilità; interventi e strumenti per la comunicazione;
- integrazione scolastica: supporto specialistico, supporto educativo, sostegno didattico, sostegno per le autonomie di base;
- formazione professionale e inserimento lavorativo: percorsi formativi mirati; mediazione; sostegno e accompagnamento al lavoro; accessibilità e adattamento posti di lavoro; mantenimento al lavoro;
- integrazione ed inclusione sociale: interventi socio-educativi territoriali; interventi educativi/riabilitativi diurni; interventi per la mobilità; interventi per l'autonomia e la comunicazione; sostegno alla vita indipendente; accessibilità alle iniziative culturali, sportive e di tempo libero; interventi per soluzioni abitative individuali, familiari o comunitarie adattate e attrezzate; integrazione del reddito personale e familiare; interventi di sollievo;
- residenzialità: residenzialità a medio e lungo termine con funzioni socio-educative, riabilitative e protette; residenzialità temporanea e di sollievo.

Piano sanitario 2007- 2009

Area logica della valutazione integrata sociale e sanitaria

Va ricondotta al Direttore di Distretto e al Coordinatore di Ambito la responsabilità:

- a) dell'“unica” Unità Valutativa Integrata (UVI) nelle sue molteplici articolazioni;
- b) di tutte le funzioni di valutazione collegate alle prestazioni complesse erogate sul territorio;
- c) di tutte le attività valutative seppur diversamente articolate per aree d'intervento (fasce d'età, patologie, discipline mediche).

Atti specifici della Giunta, predisposti con la partecipazione ed il coinvolgimento dei soggetti interessati, sentita la Commissione Consiliare competente, daranno indicazioni per una strutturazione unitaria della valutazione sociale e sanitaria da parte dell'UVI sulla base dei seguenti criteri:

- attribuzione all'UVI dei compiti di:
 - esame della situazione clinica e sociale di un singolo caso;
 - valutazione delle necessità assistenziali sociali e sanitarie;
 - individuazione del referente formale della presa in carico (case manager);

- predisposizione del progetto individuale di intervento;
- monitoraggio dell'evoluzione dell'intervento e individuazione di eventuali variazioni del progetto di cura.
- nomina del responsabile dell'UVI con atto di intesa tra il Direttore di Distretto ed il Coordinatore d'Ambito;
- costituzione nell'Unità Valutativa di un nucleo fisso (formato da operatori sanitari, provenienti dal Distretto e dai Dipartimenti Clinici, e da operatori sociali, provenienti dall'Ambito territoriale e dai Comuni);
- integrazione dell'UVI con componenti attivati in funzione delle specifiche competenze.
- assicurare che l'UVI si attivi:
 - nel caso di bisogni assistenziali complessi che richiedano l'intervento delle strutture di riferimento distrettuale, l'erogazione di cure domiciliari o di servizi residenziali. (Il bisogno assistenziale complesso, non è riferito tanto alla gravità della patologia, ma alla multidisciplinarietà dell'intervento);
 - quando si evidenzia il caso di un utente che necessiti di una presa in carico congiunta o coordinata da parte di diversi servizi interni ed esterni alla Zona Territoriale;
 - nel caso di bisogni socio-sanitari complessi che necessitino l'intervento degli enti locali o di strutture del terzo settore;
 - quando non è chiaro il servizio competente di una presa in carico;
 - quando è necessario attivare risorse straordinarie rispetto a quanto pianificato nel budget (ad esempio la somministrazione di nuovi farmaci e presidi protesici non in tariffario).

Area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata sociale e sanitaria

Atti specifici della Giunta, predisposti sentita la Commissione Consiliare competente, e con la partecipazione ed il coinvolgimento dei soggetti interessati, compreso l'INRCA per nuovi protocolli clinici di riferimento, daranno indicazioni sulla progressiva definizione di standard di intervento e di prodotto sotto il profilo della adeguatezza delle strutture di offerta per le prestazioni socio-sanitarie gestite, in maniera integrata, dai servizi sociali e dai servizi sanitari sulla base dei seguenti criteri:

- rafforzare la prospettiva della gestione multidisciplinare e multidimensionale del paziente;
- migliorare l'esperienza complessiva del paziente, in termini di qualità percepita;
- ridurre le maggiori inefficienze di processo, in termini di tempo e duplicazione o non necessità delle fasi/attività componenti ciascun processo;
- aumentare la produttività, in termini di numero di casi trattati con successo;
- potenziare e razionalizzare l'integrazione lungo la sequenza di processo;
- migliorare la qualità di processo che deve diventare metodica comune regolarmente attuata;
- favorire il coordinamento degli interventi lungo il processo di cura, rispetto al quale devono essere valutati anche gli aspetti della qualità e del costo complessivo (case management);
- verificare continuamente il sistema di comunicazione reciproca (sistema informativo);
- garantire l'utilizzo dei seguenti strumenti:
 - accordi tra Distretti, Dipartimenti, Ambiti territoriali, Enti locali;
 - linee guida concordate su patologie traccianti;
 - percorsi di dimissione protetta e integrazione ospedale territorio;
 - individuazione del case manager: è opportuno che i prossimi accordi sindacali sanciscano il possibile coinvolgimento in questo ruolo del Medico di Medicina Generale;
 - individuazione degli strumenti di comunicazione che mantengono collegata la rete e gli attori del sistema.

La famiglia di un soggetto la cui disabilità sia già stata accertata da un centro specialistico del Servizio Sanitario Nazionale, autonomamente o su indicazioni del pediatra si rivolge alle UMEE per l'attivazione del percorso specifico ai fini dell'inserimento scolastico e della definizione della diagnosi funzionale.

Le UMEE provvedono alla presa in carico del soggetto e di tutta la famiglia. Valutato il quadro globale, in base alla documentazione sanitaria esibita, quando presente, e a seguito della valutazione clinico-funzionale di carattere multidisciplinare redigono la certificazione formale contenente la diagnosi (ICD 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) secondo il modello approvato dalla Giunta regionale e predispongono la diagnosi funzionale seguendo i criteri del modello bio-psico-sociale alla base dell'ICF dell'organizzazione Mondiale della Sanità.

Le UMEE, responsabili della realizzazione del progetto individualizzato, all'approssimarsi dell'età scolare, accompagnano la famiglia nei suoi contatti con la scuola.

La certificazione formale contenente la diagnosi clinica, necessaria ai fini dell'integrazione scolastica dell'alunno con disabilità deve essere effettuata seguendo i criteri ICD 10 (come da modello allegato), attenendosi alle tipologie descritte nell'allegato in modo tale da garantire uniformità di risposte rispetto alle patologie elencate. Nel modello allegato le UMEE sono tenute a segnalare sia la necessità del sostegno didattico che quella dell'eventuale assistenza per l'autonomia e/o la comunicazione.

Linee Guida integrazione lavorativa (dgr 1256/2008)

Unità Multidisciplinare per l'età adulta

È un servizio sanitario per l'aiuto alle persone con disabilità e alle loro famiglie mediante la realizzazione di progetti educativi, riabilitativi, d'integrazione sociale e lavorativa. I progetti sono finalizzati a promuovere l'autonomia e la permanenza in famiglia o, qualora ciò non fosse possibile, a favorire l'inserimento in una struttura residenziale vicina ai bisogni della persona.

L'UMEA affianca la persona con disabilità e la sua famiglia nella costruzione e realizzazione del "progetto di vita". Progetto che inizia con la conoscenza attenta delle risorse della persona e del territorio, indica i traguardi possibili e le strade percorribili, individua i mezzi e propone soluzioni.

In tale compito di accompagnamento l'UMEA si avvale delle leggi che, a partire dal riconoscimento dell'invalidità e della condizione di handicap, tutelano le persone con disabilità, promuovono il rispetto dei loro diritti, erogano contributi e benefici indispensabili per la realizzazione della persona e del suo "progetto di vita". L'UMEA promuove, in ottemperanza alla L.R.18 art.11 lett. g "collaborazione funzionale, anche attraverso protocolli d'intesa, con i servizi per l'impiego competenti, con i comitati tecnici provinciali di cui all'articolo 6 della legge 68/1999 e con gli enti locali per la ricerca delle condizioni, degli ausili e dei sostegni più opportuni per un efficace inserimento lavorativo di persone in situazione di handicap nelle strutture produttive private e pubbliche;"

Protocollo d'intesa per la definizione di percorsi integrati finalizzati al recupero sociale e all'integrazione lavorativa di persone con disabilità fisica, psico-fisica (intellettivo), sensoriale, psichica (psichiatrica)

3. Spetta al Servizio UMEA/Dipartimento di Salute Mentale dell'A.S.U.R. – Azienda Sanitaria Unica Regionale – Zona Territoriale n. :

- 1) la valutazione globale della persona con disabilità (potenzialità, risorse personali, familiari, territoriali) e la redazione del “progetto di vita” ove prevedere il progetto individualizzato per la partecipazione al mondo del lavoro e l’inserimento lavorativo;
 - 2) Formulare e proporre alla equipe di lavoro integrata, congiuntamente con i servizi sociali territoriali competenti (Comune – Ambito territoriale) il progetto individualizzato per la partecipazione al mondo del lavoro e l’inserimento lavorativo delle persone con disabilità;
 - 3) Collaborare, per quanto di competenza, in sinergia con i restanti componenti dell’equipe multidisciplinare di cui all’art 7 del presente protocollo;
 - 4) offrire consulenza sanitaria al datore di lavoro, negli inserimenti problematici, sia nella fase di avvio che nelle successive fasi per sostenere il mantenimento al lavoro;
 - 5) svolgere le funzioni di tutoraggio (ove previsto dal progetto) e verifica dei progetti individualizzati di integrazione lavorativa in collaborazione con il CIOF e i servizi sociali del comune/ambito territoriale;
 - 6) in collaborazione con il CIOF e i servizi sociali territoriali, monitorare le fasi successive all’assunzione al fine di sostenere, per quanto di competenza sanitaria, il mantenimento mirato della persona disabile nel posto di lavoro.
-