



AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n.42 - 37122 Verona - tel.
045/8075511

Fax 045/8075640 Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236

**PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE
TRA DIPARTIMENTI PER LA PRESA IN CARICO DI UTENTI
MULTIPROBLEMATICI**

INDICE

- 1. PREMESSA**
- 2. OBIETTIVI**
- 3. METODOLOGIA**
- 4. TERMINOLOGIA UTILIZZATA**
- 5. APPROCCIO TEORICO.**
- 6. RUOLO E FUNZIONI DELL'AREA DISABILITA'**
- 7. RUOLO E FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE**
- 8. RUOLO E FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**
- 9. MODALITA' DI VALUTAZIONE**
- 10. STRUMENTI DI VALUTAZIONE**
- 11. ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE**
- 12. CONVOCAZIONE DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE**
- 13. TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI INTEGRATI**
- 14. BIBLIOGRAFIA**

1. PREMESSA

La collaborazione inter-area e la costruzione di strategie di intervento condivise costituiscono elementi fondanti di una politica di programmazione dei servizi socio-sanitari finalizzata alla gestione delle situazioni multiproblematiche. L'individuazione di modalità operative chiare ed applicabili nella pratica quotidiana, nella forma di protocolli di intesa e collaborazione, aumenta l'efficienza degli interventi erogati e la trasparenza dei percorsi di accesso ai servizi per i cittadini.

L'Area Disabilità dell'Azienda ULSS (AD), il Dipartimento per la Salute Mentale (DSM), il Dipartimento Riabilitativo (RIAB), i Dipartimenti o Servizi eventualmente coinvolti, ciascuno con la propria specifica competenza e in sinergia tra le parti, sono chiamati a definire le competenze e le modalità di "presa in carico" necessarie per il miglioramento del benessere di quegli utenti che oltre ad essere portatori di disabilità intellettive e/o neuromotorie presentano problematiche di tipo comportamentale e/o psichiatriche.

La rilevanza dal punto di vista clinico e statistico del problema è stata recentemente confermata da alcuni studi disponibili in letteratura che, pur in presenza di chiari limiti metodologici, evidenziano ad esempio un maggior rischio (da 2 a 4 volte) per gli utenti con disabilità intellettiva di presentare un disturbo psichiatrico rispetto alla popolazione generale, con una prevalenza di disturbi psichici che varia dal 10 al 39% (Whitaker & Read, 2006; Costello & Bouras, 2006).

Per "*presa in carico*" si intende la definizione e la programmazione di un processo di aiuto che si traduce prioritariamente in un progetto condiviso e concordato con le persone coinvolte ed interessate, che ha come obiettivo principale quello di valorizzare e promuovere la partecipazione e le potenzialità, anche se residue, dei soggetti coinvolti.

Al fine di raggiungere tale obiettivo, in una situazione multiproblematica quale quella affrontata da questo protocollo, sarà necessario identificare e utilizzare in sede di Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) dei criteri condivisi che consentano di stabilire il servizio che ha competenza prevalente (case-manager) e che rimane titolare della presa in carico con relativi adempimenti (attivazione di presa in carico – modifiche della stessa con relativa gestione economica – cessazione) ed il servizio o i servizi che svolgono un ruolo di consulenza occasionale o continuativa.

Nel caso di situazioni ove è difficile stabilire la prevalenza del servizio competente, si dispone che la presa in carico congiunta sia fissata in sede di U.V.M.D., stabilendo le relative modalità della stessa presa in carico e della gestione economica della spesa.

2. OBIETTIVI

Gli obiettivi del presente protocollo sono rappresentati dall'individuazione di percorsi di accesso degli utenti ai servizi delle aree coinvolte e di modalità condivise per la gestione delle situazioni multiproblematiche.

In particolare gli obiettivi sono quelli di:

- a) favorire l'erogazione di interventi terapeutici socio-educativi e riabilitativi per gli utenti affetti da disabilità di tipo psichico e/o neuromotorio e problematiche di tipo comportamentale e/o psichiatriche;
- b) individuare una metodologia di lavoro condivisa che consenta di definire le specificità di intervento dei servizi dei dipartimenti coinvolti.

3. METODOLOGIA

Il protocollo nasce dalle analisi, valutazioni e dalla condivisione delle esperienze e delle realtà seguite dai servizi afferenti all'AD e al DSM dell'Azienda ULSS 20 di Verona.

Una prima esperienza di collaborazione tra AD e DSM, costituita dal protocollo di intesa del luglio 2006 relativo all'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Riabilitativa di quei pazienti affetti da disturbi psichiatrici e/o del comportamento e portatori di disabilità intellettiva, ha fornito una serie di elementi che hanno contribuito alla stesura di questo protocollo complessivo di rapporto tra area di salute mentale e area di disabilità, così come definito nelle "Linee di indirizzo e disposizioni per la predisposizione del piano della disabilità" "DGR 1859 del 13.06/2006.

La complessità delle situazioni oggetto di studio, la rilevanza delle problematiche di tipo motorio/funzionale nella determinazione della condizione di disabilità e l'individuazione della U.V.M.D come sede di programmazione e definizione degli interventi hanno determinato il coinvolgimento del RIAB e dei Distretti nella stesura del protocollo.

4. TERMINOLOGIA UTILIZZATA

Per "*disabilità*" si intende l'esito delle condizioni di salute delle persone in un ambiente non favorevole, come da definizione della Classificazione Internazionale sul Funzionamento, Disabilità e Salute (ICF) elaborata nel 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In tale ambito vanno inserite le condizioni di disabilità intellettiva, cognitiva e fisica come da Piano Locale delle Disabilità approvato con deliberazione della Conferenza dei Sindaci n. 11 del 15.12.2006.

Per "*problematiche psichiatriche*" si intende la presenza di un singolo sintomo o di un cluster sintomatologico o di un disturbo dotato di autonomia nosografica secondo la Decima Revisione

della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali (ICD-10) elaborata nel 1992 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

5. APPROCCIO TEORICO

L'elemento fondante del processo di integrazione inter-area è rappresentato dall'impiego di una valutazione multidimensionale delle situazioni di disabilità associate a problematiche di tipo comportamentale e/o psichiatriche.

Tale valutazione dovrà tener conto:

- a) della diagnosi o della diagnosi prevalente (certificate dal verbale di invalidità civile ai sensi della legge n. 118/71 rilasciato dalla Commissione Medica preposta);
- b) delle necessità di cura e quindi delle tipologie di intervento richieste, definite in sede di U.V.M.D. attraverso l'integrazione delle professionalità e delle competenze degli specialisti dei dipartimenti coinvolti.

Diversi sono, infatti, i limiti evidenziati dagli studi disponibili in letteratura relativamente all'impiego della sola per quanto indispensabile dimensione diagnostica nella programmazione degli interventi, soprattutto nel caso di concomitanti problematiche psichiatriche. Un primo limite è rappresentato dalla scarsa capacità dei sistemi di classificazione di tipo categoriale, quale l'ICD-10, di descrivere ed inquadrare situazioni di disabilità che possono essere associate a singoli sintomi di tipo psichiatrico o a specifici cluster sintomatologici o a disturbi psichiatrici dotati di autonomia nosografica (Cooper et al, 2003). Se da un lato è un errore considerare tutti i problemi comportamentali associati alla disabilità come sintomi della presenza di una patologia psichiatrica, dall'altro è anche vero che la semplice diagnosi di disturbo del comportamento, in assenza di una valutazione più approfondita, può portare ad una sottostima di una eventuale problematica psichiatrica sottostante.

Un secondo limite è costituito dalla presenza di specifici disturbi psichici, quali le "Sindromi da alterazione dello sviluppo psicologico" di competenza della neuropsichiatria infantile sino al compimento del 18° anno di età, che possono esitare in una condizione di disabilità intellettiva presentando nel loro decorso diversi cluster sintomatologici di tipo psichiatrico.

Un'ultima limitazione di carattere più generale e propria delle condizioni di marcata disabilità intellettiva e cognitiva è rappresentata dalla difficoltà a condurre una valutazione psichiatrica di tipo diagnostico in assenza di un livello adeguato di comprensione e comunicazione e la necessità quindi di affidarsi a quelli che vengono genericamente chiamati "equivalenti comportamentali" (O' Brien, 2003).

Proprio tali considerazioni rimandano al secondo criterio ritenuto indispensabile per una valutazione completa di tali situazioni multiproblematiche, quello relativo all'individuazione

delle necessità di cura e quindi delle tipologie di interventi più idonee. Il processo si basa sul rilevamento dei bisogni emergenti, partendo da una valutazione delle menomazioni presenti, delle limitazioni funzionali e del contesto ambientale. In tal senso l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha approvato nel 2001 la classificazione internazionale sul funzionamento, disabilità e salute (ICF), uno strumento di classificazione realizzato per descrivere e misurare la salute e la disabilità nelle popolazioni. L'ICF mette, infatti, in relazione il contesto in cui vive una persona con lo stato di salute, definendo la disabilità come l'esito delle condizioni di salute delle persone in un ambiente non favorevole. Proprio sulla struttura e sull'organizzazione concettuale dell'ICF è stata costruita la scheda di valutazione multidimensionale disabili S.Va.M.Di che, come da DGRV n. 331 del 13/02/2007, rappresenta lo strumento fondamentale da utilizzare in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) al fine di definire il ruolo dei servizi coinvolti.

6. RUOLO E FUNZIONI DELL'AREA DISABILITA'

L'AD nell'Azienda ULSS 20 di Verona opera all'interno del Dipartimento dei Servizi Sociali afferente alla Direzione dei Servizi Sociali stessi. Svolge attività di programmazione, pianificazione e coordinamento, indirizzo e gestione in stretto raccordo con la Conferenza dei Sindaci, in relazione ai servizi sociali ad elevata integrazione socio-sanitaria con azioni delegate dalle Amministrazioni Comunali.

I servizi afferenti all'Area erogano prestazioni socio-assistenziali mediante progetti individualizzati nei territori dei 36 Comuni associati e dei 4 distretti socio-sanitari.

L'AD favorisce la partecipazione dei cittadini al soddisfacimento dei bisogni di salute e di sicurezza sociale, per garantire livelli uniformi di assistenza sul territorio, con interventi dinamici, personalizzati e flessibili.

Vengono favoriti principi guida quali la sussidiarietà, la continuità assistenziale, l'appropriatezza degli interventi assistenziali, il sostegno alle famiglie e sviluppo delle autonomie personali in contesto di vita comunitario e di lavoro.

L'AD si è strutturata come rete di servizi che vuole integrarsi nella comunità in cui vivono le persone, rapportandosi con le famiglie, con i Comuni associati e con le formazioni sociali presenti sul territorio (associazioni, gruppi, cooperative sociali, istituzioni, onlus, terzo settore, volontariato e istituzioni varie).

L'impegno dell'AD dell'Azienda ULSS 20 trova espressione:

1. nel coinvolgimento delle persone interessate e delle loro famiglie
2. nell'attivazione di forme di lavoro comune tra soggetti impegnati nel campo della disabilità

3. nell'azione integrata dei servizi a partire dalle situazioni socio-sanitarie più impegnative
4. nello sviluppo di una valutazione più approfondita dei bisogni
5. nella definizione di progetti personalizzati che mettano in gioco tutte le risorse disponibili.

Il sistema delle disabilità riguarda, in particolare, persone con:

- disabilità intellettive: ritardo mentale legato a cause genetiche, lesioni cerebrali dovute a malattie, intossicazioni di varia natura o traumi;
- disabilità neuro-motorie: distrofia muscolare e altre forme di malattie neuro-muscolari legate a cause genetiche, morbo di Parkinson, sclerosi multipla e altre forme di disabilità neurologiche progressive, paraplegie e tetraplegie, esiti di trauma cranico o di grave cerebrovascolazione;
- disabilità insorte in età neonatale e perinatale con cerebromotolazioni;

che determinino situazioni di dipendenza assistenziale tali da non consentire una sufficiente capacità personale d'autogestione o che in ogni caso pongano la famiglia in difficoltà a provvedervi.

All'AD afferiscono vari servizi tra cui, per utilità del presente protocollo, ricordiamo:

Informa Handicap

Assistenza Domiciliare Socio-Riabilitativa (referente dr.ssa Zambelli Lina)

Servizio di Aiuto alla persona e Vita Indipendente (referenti dr.ssa Amaldi Marta e Brighenti Teresa)

Soggiorni Climatici (referente dr.ssa Cieno Nella)

Centri Diurni (referente dr.ssa De Longhi Teresa)

Assistenza Scolastica (referenti dr.ssa Righetti Giovanna e dr.ssa Franceschini Maria Giovanna)

Animazione Estiva (referenti dr.ssa Righetti Giovanna e dr.ssa Franceschini Maria Giovanna)

S.I.L.(referente dr. Marchesini Gianni)

R.S.A. Marzana e Cologna Veneta (referenti dr. De Vita Giovanni e dr. Borin Roberto)

Residenzialità Disabili (referente dr. Birtele Angelino)

Centro riabilitativo di Ricerca e Intervento Sociale (C.E.R.R.I.S.) (referente dr.ssa Gasparini Lorella)

Servizio Sociale Professionale Disabili Adulti (referente dr.ssa Tosi Gabriella)

Servizio Psicologico Disabilità (referente dr. Birtele Angelino)

7. RUOLO E FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

L'attività riabilitativa del Dipartimento è indirizzata a fornire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche specifiche nelle disabilità motorie e funzionali e quelle per l'assistenza protesica di

primo livello, secondo il mandato delle “Linee Guida per le attività di Riabilitazione” del 07.05.1998 approvate dalla Conferenza Stato-Regioni (G.U. n.124 del 30.05.1998) e confermate dalla D.G.R. del Veneto n.253 del 01.02.2000 “Atto d’indirizzo e coordinamento per l’organizzazione dei servizi di riabilitazione ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari”.

Il mandato generale del Dipartimento Riabilitativo è quello di assistere soggetti di tutte le età nel raggiungimento del più alto livello possibile di indipendenza dopo una perdita funzionale causata da trauma o da malattia.

Il Dipartimento (responsabile dr. Gaspare Crimi) contiene al suo interno due grandi attività riabilitative:

- L’attività riabilitativa motoria e funzionale (referente età evolutiva dr.ssa Emanuela Benassi)
- L’attività riabilitativa logopedia (referente attività logopedia: dr. Tommaso Indelicato)

La componente motoria e di rieducazione funzionale fornisce le prestazioni diagnostiche e terapeutiche specifiche nelle disabilità motorie e funzionali e quelle per l’assistenza protesica. La componente afferente all’attività di Audiologia e Foniatria interviene a vari livelli sulle problematiche riabilitative dell’ udito, della voce, della parola e del linguaggio.

Per sua natura, riteniamo che l’attività riabilitativa del Dipartimento debba essere offerta ai soggetti in situazioni di maggiore e più grave disabilità. Da ciò deriva in modo quasi automatico la scelta di priorità per la nostra attività riabilitativa:

- rispondere alle esigenze dei pazienti ricoverati nella sede ospedaliera di San Bonifacio;
- rispondere ai bisogni riabilitativi dell’infanzia per i soggetti con gravi cerebromotulesioni;
- seguire i soggetti gravi / gravissimi, ricoverati nelle Case di Riposo della ULSS 20 e nelle due RSA di Cura e Riabilitazione di Tregnago e Cologna Veneta;
- seguire i soggetti con disabilità gravi / gravissime a domicilio;
- collaborare con il Settore Sociale della ULSS 20 nel seguire i soggetti con handicap nelle varie strutture loro dedicate (CEOD, CERRIS, Scuola, SIL, centri diurni e/o residenziali).

Per quel che riguarda l’attività di Audiologia e Foniatria, il primo mandato è:

- rispondere ai bisogni riabilitativi dell'infanzia per i soggetti con gravi disabilità relative alla sfera dell'udito e del linguaggio

8. RUOLO E FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO PER LA SALUTE MENTALE

Il DSM, in base al P.O. 4080/2000, ha una funzione di coordinamento progettuale-programmatico dei singoli Servizi Psichiatrici afferenti che sono in grado di farsi carico in maniera autonoma dell'intera domanda psichiatrica (preventiva, diagnostica, terapeutica, riabilitativa) della popolazione delle rispettive aree geografiche di riferimento. Al DSM afferiscono soggetti, dopo il compimento del 18° anno, affetti da disturbi psichici secondo l'ICD-10. L'aspetto organizzativo del DSM è articolato in una rete integrata di servizi secondo una logica di psichiatria di comunità. Sono previste sia strutture sanitarie quali il servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura, il Day Hospital, il Centro di salute Mentale, i Centri Diurni, le Comunità Terapeutiche Residenziali protette, sia strutture socio-sanitarie quali le Comunità Alloggio e gli Appartamenti Semiprotetti, attivati in numero e tipologia sulla base dei bisogni accertati nella popolazione. L'accesso a tale rete terapeutico-riabilitativa è di stretta pertinenza psichiatrica e viene effettuato direttamente dai Servizi Psichiatrici del DSM.

Gli interventi sanitari forniti dai servizi psichiatrici sono costituiti da: valutazioni diagnostiche di tipo psicologico-psichiatrico; trattamenti ambulatoriali di tipo farmacologico e/o di supporto psicoterapico; ricoveri o Day Hospital presso il servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura; inserimenti di tipo riabilitativo presso il Centro di salute Mentale; inserimenti residenziali presso le Comunità Terapeutiche Protette o presso le Comunità Alloggio e gli Appartamenti Semiprotetti.

Nel caso di situazioni multiproblematiche caratterizzate dalla presenza di disabilità connessa a problematiche di tipo comportamentale e/o psichiatriche e riconducibile alle patologie "delegate" all'AD, come da Piano Locale delle Disabilità del 15.12.2006, i Servizi Psichiatrici svolgono attività di consulenza ai fini diagnostici, di trattamento farmacologico e non, a livello ambulatoriale o in regime di ricovero nelle situazioni cliniche non gestibili in sede extra-ospedaliera. L'intervento sanitario potrà assumere, laddove vi sia l'indicazione, caratteristiche di continuità nel tempo andando ad integrare l'intervento sociale di pertinenza dell'AD.

Nel caso di situazioni multiproblematiche caratterizzate dalla presenza di disabilità connessa prevalentemente a gravi disturbi psichiatrici e non riconducibile alle patologie "delegate" all'AD, come da Piano Locale delle Disabilità del 15.12.2006, i Servizi Psichiatrici svolgono

attività di presa in carico sia sociale sia sanitaria potendo richiedere attività di consulenza all'AD per specifici interventi sociali.

La rivalutazione dei progetti socio-educativi, sulla base di bisogni emergenti o di evoluzioni significative dal punto di vista clinico e/o sociale delle situazioni in oggetto prevede la riconvocazione della UVMD.

Al fine di facilitare la collaborazione tra AD e DSM viene nominata la figura di un referente medico per ciascun Servizio Psichiatrico: Dr. Rossi (I Servizio Psichiatrico), Dr. Gasparini (II Servizio Psichiatrico), Dr. Imperadore (III Servizio Psichiatrico), Dr. Carcereri (IV Servizio Psichiatrico).

9. MODALITA' DI VALUTAZIONE

La valutazione delle situazioni per le quali vi è la presa in carico dei singoli servizi dell'AD, del DSM, del RIAB e degli eventuali dipartimenti coinvolti, per le rispettive competenze, viene svolta secondo le consuete procedure nei diversi setting in cui i servizi si trovano ad operare.

10. STRUMENTI DI VALUTAZIONE

La valutazione del DSM prevede l'utilizzo di strumenti psicometrici specifici per l'accertamento della presenza di una condizione di disabilità (ad esempio intellettiva e cognitiva) e di problematiche di tipo psichiatrico. Sulla base della specifica situazione oggetto di esame verranno attivati tutti i percorsi diagnostici e le consulenze specialistiche in ambito sanitario ritenute utili ai fini della valutazione. La diagnosi o le diagnosi certificate dal verbale di invalidità civile ai sensi della legge n. 118/71 rilasciato dalla Commissione Medica preposta rappresentato l'unico riferimento nosografico da utilizzare. Sulla base delle valutazioni svolte dai singoli servizi coinvolti la specifica situazione clinica potrà essere rivalutata dal punto di vista diagnostico in caso di evoluzioni e/o modificazioni del quadro di base attraverso nuova certificazione ai sensi di legge.

In sede di U.V.M.D., per la presa in carico dell'AD, lo strumento di valutazione multidimensionale utilizzato è rappresentato dalla S.Va.M.Di.

11. ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE

L'attivazione del protocollo di collaborazione può avvenire da parte dei servizi coinvolti previa valutazione della specifica situazione in esame ed individuazione delle necessità di richiedere

una consulenza o un coinvolgimento in un possibile progetto integrato a favore di utenti che oltre ad essere portatori di disabilità presentano anche problematiche di tipo comportamentale/psichico.

Vengono definite di conseguenza due possibili situazioni operative:

A) Segnalazione da parte del Servizio Psichiatrico territoriale all'AD, tramite valutazione scritta del caso, per la richiesta di attivazione di un servizio (indicando la tipologia) o di una presa in carico sociale.

Valutazione da parte dell'AD della presenza dei requisiti previsti (diagnosi certificata/e dal verbale di invalidità civile ai sensi della Legge n. 118/71 e possesso della certificazione ai sensi dell'articolo 3 della Legge n. 104/92) e del tipo di intervento richiesto a cui seguirà risposta scritta al DSM per i provvedimenti di competenza.

B) Segnalazione da parte dell'AD al Servizio Psichiatrico Territoriale competente, tramite valutazione scritta del caso, per la richiesta di consulenza (diagnostica e/o terapeutica), per la richiesta di attivazione di un servizio (indicando la tipologia) o di presa in carico sanitaria e/o sociale.

Valutazione da parte del DSM della presenza dei requisiti previsti (diagnosi e tipologia dell'intervento richiesto) per la presa in carico sanitaria e/o sociale del DSM a cui seguirà risposta scritta all'AD per i provvedimenti di competenza.

A questa prima fase seguiranno, nel caso dell'attivazione di un processo di collaborazione, una serie di incontri tra gli operatori dei servizi per un approfondimento della situazione oggetto di esame e per l'acquisizione di ulteriori informazioni utili alla predisposizione di un progetto (contatti con la persona interessata, familiari o qualsiasi altra figura che possa contribuire ad una definizione più completa della situazione, richiesta legge 104/92, etc). La titolarità del caso rimane al servizio cui si è rivolto l'utente e che ha effettuato la valutazione sino ad una eventuale ridefinizione delle stesse operata in sede di U.V.M.D. In tale ambito, come successivamente descritto, verranno definiti sia gli interventi più idonei per le situazioni oggetto di esame sia i ruoli (case-manager o consulente) del DSM e dell'AD.

Nel caso in cui si verifichi la necessità di attivare un intervento per la presenza di una disabilità conseguente ad una patologia "delegata" alla AD, come da Piano Locale delle Disabilità del 15.12.2006, in attesa dell'espletamento delle visite necessarie per conseguire la documentazione sopra riferita, verrà ugualmente avviato il progetto di collaborazione tra AD e DSM e servizi coinvolti sia nella sua fase di approfondimento sia in quella di valutazione del progetto nell'ambito della UVMD.

12. ATTIVITA' DELLE UNITA' VALUTATIVE MULTIDIMENSIONALI (U.V.M.D)

La U.V.M.D. costituisce per le persone in stato di bisogno socio-sanitario complesso e per i minori che richiedono particolari interventi di protezione e tutela, la modalità di accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari che richiedono un coordinamento inter-istituzionale e una integrazione delle risorse.

In particolare l'allegato alla DGR n. 4588 del 28.12.2007 - "Linee di indirizzo per la definizione delle attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.)" - definisce:

a) le finalità generali

L'U.V.M.D. è costituita presso il Distretto Socio Sanitario, ambito territoriale omogeneo per la gestione del sistema dei servizi e degli interventi socio-sanitari.

L'U.V.M.D. è competente ad effettuare la valutazione multidimensionale e multiprofessionale, la progettazione personalizzata degli interventi, anche nei casi espressamente previsti dai provvedimenti regionali e risposte appropriate che permettono il rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni del territorio.

L'U.V.M.D. nell'ambito delle figure professionali che la compongono approva il progetto individuale, indica il "case manager" per la sua realizzazione e le modalità di attuazione della presa in carico dell'utente.

L'U.V.M.D. attua il monitoraggio e la verifica dei risultati nei progetti approvati.

b) gli obiettivi

L'obiettivo dell'attività dell'U.V.M.D. è la definizione, in ciascuna area di intervento, del progetto individuale della persona in condizioni di bisogno socio-sanitario o, nel caso di minori, in situazione di tutela del progetto quadro. Deve individuare la migliore soluzione possibile, rispondente alle esigenze e alle scelte, nell'ambito delle soluzioni previste dalla programmazione regionale del sistema di offerta.

c) i destinatari, domanda e procedure

I destinatari dell'attività dell'UVMD sono le persone in stato di bisogno socio-sanitario complesso di cui alle finalità generali della DGR regionale n. 4588 del 28.12.2007, afferenti

alle diverse aree di intervento: anziani, disabili, salute mentale, dipendenza e minori che richiedono particolari interventi di protezione e tutela residenti nel distretto di riferimento e aventi titolo, secondo le disposizioni normative vigenti, all'accesso alla rete dei servizi.

Nel caso in cui l'attività dell'UVMD sia richiesta da persone domiciliate, o ospiti, nel distretto di riferimento, vanno preliminarmente esaminati gli aspetti di competenza delle Aziende ULSS coinvolte, dando comunque priorità alla persona e alla valutazione dei suoi bisogni per l'accesso alla rete dei servizi. In linea di principio generale l'UVMD competente alla valutazione è quella del territorio dove la persona è iscritta all'anagrafe sanitaria. Qualora il progetto individuale richieda o ricomprenda il ricorso al servizio prestazioni di altre Aziende ULSS della Regione Veneto, il responsabile dell'UVMD, o l'operatore da esso incaricato, è tenuto a contattare l'Azienda ULSS nel cui territorio insistono i servizi e le strutture da utilizzare per definire gli aspetti operativi ed amministrativi.

d) le funzioni

La funzione prima dell'U.V.M.D. è la valutazione multidimensionale e multiprofessionale, cioè la lettura delle esigenze della persona in modo correlato (sanitarie, sociali, relazionali, ambientali) al fine di identificare gli interventi e le risposte del territorio (quali professionisti, a quali prestazioni, quali servizi, in che misura, con che modalità e per quanto tempo) e quindi quali risorse, in termini di personale, servizi in atto, o da attivare, medio e lungo termine.

In secondo luogo l'U.V.M.D. approva ed autorizza la realizzazione di un progetto individuale o familiare, come raccordo tra le esigenze della persona e gli interventi ad essa necessari, e quindi di sintesi tra soggettività e oggettività. Nei casi previsti dalla normativa regionale l'U.V.M.D. può avere anche funzione certificativa.

L'U.V.M.D., in base a quanto stabilito dalla DGR n. 2248 del 17.07.07, svolge anche funzione di certificazione nell'individuazione dell'alunno in situazione di handicap ai fini dell'integrazione scolastica.

In terzo luogo, ai fini della realizzazione del progetto individuale, l'U.V.M.D. individua il "case manager", cioè l'operatore di riferimento per la persona e la sua famiglia, che ha il compito di verificare le varie fasi del progetto, raccordare il sistema dei servizi e della rete formale ed informale, che dà impulso, stimola e monitora gli interventi e che, in ultima analisi attua e concretizza, la presa in carico per la realizzazione del progetto individuale. L'U.V.M.D. individua il case manager nell'ambito degli operatori sociali, sanitari e socio-sanitari che,

rispetto alla situazione personale e familiare, è funzionale alla realizzazione del progetto approvato.

Infine l'U.V.M.D. svolge una funzione di verifica rispetto ai risultati, intesi come esiti dei progetti individuali di intervento. A tale scopo ogni ULSS individua gli indicatori di verifica, anche in correlazione a quelli definiti nella programmazione locale del Piano di Zona e dei Piani Settoriali che lo compongono.

Relativamente alla composizione, metodologia di lavoro e tempi, richiesta di revisione/riesame da parte degli interessati, interventi che richiedono la valutazione in UVMD si richiama quanto stabilito dai relativi della DGR n. 4588 del 28.12/2007.

13. TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI INTEGRATI

L'integrazione degli interventi nell'ambito dei progetti di cura definiti in sede di UVMD dovrà tener conto delle seguenti variabili:

- A) tipologia dell'intervento richiesto (sanitario e/o sociale) e risorse necessarie per la sua messa in atto;**
- B) la diagnosi o le diagnosi che determinano la disabilità per cui viene richiesto l'intervento;**
- C) appartenenza o meno della diagnosi o delle diagnosi che determinano la disabilità alle patologie "delegate" all'AD;**
- D) presenza o meno di un disturbo psichiatrico grave determinante la disabilità**

Sulla base di tale valutazione i progetti di presa in carico potranno essere indicativamente articolati nelle seguenti modalità:

-
- 1) Disabilità dovuta a patologia "delegata" all'AD associata a sintomi, cluster sintomatologici o disturbi psichiatrici non identificati dal punto D.**

AD case-manager e responsabile del progetto sociale; DSM consulente per intervento sanitario.

- 2) Disabilità dovuta a patologia "delegata" all'AD associata a disturbi psichiatrici identificati dal punto D.**

Attivazione di una presa in carico congiunta in cui devono essere definite: 1) l'identificazione del case-manager e del consulente sulla base dell'analisi della specifica situazione clinica; 2) l'attribuzione dei costi sulla base dei bisogni di cura e della conseguente utilizzazione di risorse. Tale valutazione potrà portare ad una suddivisione al 50% nel caso il DSM debba erogare un **intervento a bassa utilizzazione di risorse** (consulenza specialistica), rispettivamente al 75% (AD) e al 25% (DSM) nel caso il DSM debba erogare un **intervento ad alta utilizzazione di risorse** (presa in carico continuativa sanitaria caratterizzata da monitoraggio regolare della situazione clinica, eventuale necessità di ospedalizzazione/i, rapporti con strutture residenziali e con operatori dei servizi di assistenza domiciliare).

3) Disabilità dovuta prevalentemente a disturbi psichiatrici identificati dal punto D e non riconducibile a patologia "delegata" all'AD.

DSM case-manager e responsabile del progetto socio-sanitario; AD consulente per intervento sociale.

Il monitoraggio del progetto di cura integrato sarà garantito da una equipe funzionale di cui faranno parte gli operatori di entrambe le aree mantenendo i ruoli di case-manager e consulente identificati in sede di U.V.M.D.

L'applicazione del presente protocollo verrà verificata dopo un periodo di sei mesi dalla sua entrata in funzione al fine dell'adozione definitiva o della messa in atto di modifiche considerate necessarie e concordate.

14. BIBLIOGRAFIA

Cooper SA, Melville CA & Einfeld SL. (2003). Psychiatric diagnosis, intellectual disabilities and Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). *J Intellect Disabil Res*; 47, Suppl 1: 3-15

Costello H & Bouras N. (2006). Assessment of mental health problems in people with intellectual disabilities. *Isr J Psychiatry Relat Sci*; 43 (4): 241-251.

O'Brien G. (2003). The classification of problem behaviour in Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). *J Intellect Disabil Res*; 47, Suppl 1: 32-37.

Piano Locale della Disabilità (2006). CONFERENZA dei SINDACI del TERRITORIO dell'AZIENDA ULSS N. 20/ AZIENDA. ULSS N. 20.

Whitaker S & Read S. (2006). The prevalence of psychiatric disorders among people with intellectual disabilities: an analysis of the literature. J Appl Res Intell Disabil; 19: 330-345.

World Health Organization. (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO: Geneve.

World Health Organization. (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO: Geneve.