

UNITA' VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

UVM

nei Progetti Budget di Salute

BDS

**PROPOSTA DESCRITTIVA DELLA
METODOLOGIA**

SOMMARIO

1. PREMESSA	3
2. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO	3
2.1. integrazione istituzionale	3
2.2. integrazione gestionale e professionale	4
2.3. integrazione di Comunità	4
3. LE PORTE DI ACCESSO AL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIALI	4
4. I PRINCIPALI ATTORI DEL SISTEMA INTEGRATO	5
4.1. La titolarità degli interventi istituzionali	5
4.1.1. Servizi Sociali Comunali	5
4.1.2. UO del DSM-DP	5
5. I PERCORSI NV, UVM, PTRI, PARI, BDS DELLA GESTIONE CONDIVISA	5
5.1. Terminologia	5
5.2. Componenti dell'UVM	7
5.3. Compiti dell'UVM	7
5.3.1. Valutazione dei bisogni sociali, sociosanitari e sanitari della persona	8
5.3.2. Definizione del PARI e/o del progetto di vita ed eventuale BDS associato	8
5.3.3. Identificazione del responsabile del PARI (responsabile di progetto)	8
5.3.4. Definizione dei tempi di monitoraggio del PARI	8
5.3.5. Proposta e definizione di ripartizione dell'impegno economico	8
6. PERCORSI DI VALUTAZIONE E FINALITÀ UVM	8
7. IL PUNTO ACCESSO UVM DIPARTIMENTALE E I PUNTI ACCESSO DECENTRATI DI AMBITO	9
8. REFERENTE DI PROGETTO BDS	10
9. ELENCO DEGLI INDICATORI	10
10. MODULISTICA DI ACCOMPAGNAMENTO UVM	10

1. PREMESSA

L'ultimo decennio si è caratterizzato per profondi cambiamenti nell'ambito della integrazione, a livello nazionale e regionale (l'istituzione del FRNA, lo sviluppo dell'Ufficio di Piano, l'accreditamento, l'istituzione delle ASP ecc.) e locale, di cui il più rilevante si è concretizzato nel riposizionamento di funzioni e professionalità fra Azienda e Comuni. Il sistema distrettuale, inoltre, è giunto a consolidare il modello della programmazione partecipata ed integrata con l'Azienda per le attività socio-sanitarie, così come previsto dal PSSR.

In questo panorama, esistono le condizioni per sviluppare una metodologia integrata che metta al centro la persona ed i suoi bisogni.

A tal fine occorre rendere esplicito, affidabile e trasparente il sistema che regola le integrazioni gestionali e professionali al fine di implementare questa metodologia (Budget di Salute).

2. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

Obiettivo del documento è di fornire la cornice istituzionale condivisa a supporto della metodologia BDS attraverso la Unità di Valutazione Multidisciplinare (DGR 313/2009) quale strumento operativo dei programmi di cura, riabilitazione ed assistenza.

Il fine ultimo è quello di realizzare un comportamento coerente e integrato sul caso da parte dei servizi sociali e sanitari, e di conseguenza una maggior chiarezza e coerenza nell'attività professionale.¹

Il Piano Sociale e Sanitario individua i diversi livelli nella integrazione socio-sanitaria: integrazione istituzionale, gestionale, professionale, di comunità.

2.1. INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE

Qualunque sia la popolazione considerata, infantile, adulta o anziana, le funzioni di programmazione sono svolte dal sistema che vede nel Comitato di Distretto il punto di riferimento per il governo, le funzioni di indirizzo e l'allocatione generale delle risorse, col supporto tecnico dell'Ufficio di Piano.

Obiettivo comune della Azienda e dei Comuni - nell'ambito delle funzioni di programmazione - è quello di promuovere in modo condiviso il Welfare di Comunità e contenere gli interventi strettamente assistenziali anche in termini di residenzialità superando la delega a interventi istituzionalizzanti attraverso programmazione e compartecipazione condivisa razionalizzando e ottimizzando le risorse messe a disposizione.²

Il DSM-DP è il luogo deputato al monitoraggio della appropriatezza clinica dei progetti riabilitativi personalizzati, oltre che della loro sostenibilità economica sanitaria.

¹ L'integrazione socio-sanitaria che scegliamo di condurre a livello locale assume come riferimento fondamentale:

- l'Art. 1 della Legge Regionale 2 del 2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- il Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, di cui alla delibera dell'Assemblea Legislativa n. 175 del 22.5.2008.
- LEA e DGR Correlato
- DPCM 14 febbraio 2001
- DL 2299/99
- DGR 1554/2015
- GPG 2013/460
- DGR 478/2013
- DGR 313/2009
-

² Per questo il governo del sistema di accesso ed il monitoraggio della spesa deve essere continuo, nella logica della massima efficacia e sostenibilità del sistema, da parte dei Servizi Sociali per la competenza sociale e dei Dipartimenti Aziendali per la parte sanitaria trovando sintesi in un articolato e governato sistema socio sanitario..

2.2. INTEGRAZIONE GESTIONALE E PROFESSIONALE

L'integrazione professionale è possibile solo in presenza di livelli integrativi gestionali. Ciascun livello, preso singolarmente, è necessario ma non sufficiente per lo sviluppo di efficaci risposte ai bisogni complessi della persona.

I valori di fondo dell' integrazione professionale si consolidano attraverso la costituzione di equipe multiprofessionali integrate.

Il risultato atteso è la realizzazione congiunta di attività riabilitative e assistenziali capacitanti le persone afferenti a servizi sanitari, socio-sanitari e sociali per il loro vivere responsabile, adeguato alla comunità e autonomo.

La integrazione professionale è condizione necessaria per affrontare bisogni di natura multi problematica la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, secondo un processo che si compone delle seguenti fasi fondamentali:

- A. la fase della presa in carico (o sanitaria con progettazione individualizzata PTRI o sociale);
- B. la fase di attivazione della UVM specifica e successivamente la fase operativa di coprogettazione e coresponsabilizzazione con definizione del PARI
- C. UVM: la fase delle attribuzione delle competenze ed azioni riabilitative
- D. UVM: la fase della definizione dell'impiego e condivisione delle risorse
- E. la fase della valutazione intermedia in UVM con eventuale ricalibrazione del PARI
- F. la fase di valutazione degli esiti del percorso.

Il sistema integrato mira a garantire pari opportunità e diritti di cittadinanza sociale, a prevenire, rimuovere o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da presenza critica dei determinanti di salute, limitazioni delle abilità personali e sociali determinate da condizioni di non autosufficienza, da difficoltà sociali, lavorative, abitative e relazionali.³

2.3. INTEGRAZIONE DI COMUNITÀ

Questo piano di integrazione⁴ chiama le istituzioni a creare e favorire le condizioni che permettono alla persona e al Capitale Sociale (i cosiddetti corpi intermedi: famiglia, associazioni, partiti, cooperative ...ecc) di agire liberamente senza sostituirsi ad essi nello svolgimento delle loro attività. L'intervento pubblico si realizza quanto più vicino possibile al cittadino secondo una dimensione di prossimità decisionale e attuativa continuando comunque a garantire le funzioni inderogabili e inalienabili come il coordinamento e la garanzia dei diritti sociali. Coerentemente a tale impostazione questo sistema integrato promuove e valorizza il concorso e la partecipazione delle organizzazioni del Terzo Settore alla programmazione, progettazione e gestione dei servizi in ambito sociale e socio-sanitario.

3. LE PORTE DI ACCESSO AL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIALI

La complessità dei quadri di disagio socio-sanitario correlato alla sofferenza in salute mentale, spesso rende necessaria una risposta ad elevata complessità.

³ Gli interventi e i servizi del sistema integrato comprendono:

- prestazioni ed attività socio-assistenziali, finalizzate alla promozione sociale e a sostenere, affiancare ed aiutare le persone e le famiglie attraverso la predisposizione ed erogazione di servizi e di prestazioni economiche;
- prestazioni ed attività socio-sanitarie, caratterizzate da percorsi riabilitativi integrati per rispondere ai bisogni di salute delle persone che necessitano unitariamente di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.

Un sistema integrato maturo supera il sistema delle singole prestazioni per una visione complessiva del piano personalizzato, all'interno del quale ogni prestazione, sociale o sanitaria, assume un significato reciproco e propedeutico al miglioramento delle condizioni di vita e al conseguimento della autonomia di quella persona. In questa visione l'integrazione professionale diventa l'unico strumento possibile per dare corso e consistenza ai progetti

⁴ Vi si declina quanto rappresentato dall'Art. 118 nella Costituzione, introdotto nel 2001

E' necessario che i Sistemi Sanitari e Sociali si dotino di un sistema di accesso, valutazione e presa in carico il più possibile semplificato, omogeneo, efficiente e facilmente riconoscibile dall'Utenza.⁵

La personalizzazione delle cure, nelle aree dei determinanti di salute Affetti/Casa/Lavoro garantisce percorsi di riabilitazione favorevoli lo sviluppo o implementazione delle abilità delle persone e favorendo l'inclusione sociale, il superamento dello stigma, in una ottica di coresponsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti coerentemente ad un Welfare di Comunità che superi il modello assistenziale.

4. I PRINCIPALI ATTORI DEL SISTEMA INTEGRATO

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche congiuntamente ai Dipartimenti Territoriali di Cure Primarie e ai Servizi Sociali Comunali organizzati nelle rispettive Gestioni Associate o singole, sono i principali attori, assieme a Utenti e Famiglie e Risorse di comunità, che contribuiscono alla realizzazione di questo sistema.

4.1. LA TITOLARITÀ DEGLI INTERVENTI ISTITUZIONALI

4.1.1. Servizi Sociali Comunali:

- a: prestazioni ed attività socio-assistenziali, finalizzate alla promozione sociale ed a sostenere, affiancare ed aiutare le persone e le famiglie attraverso la predisposizione ed erogazione di servizi e di prestazioni economiche

- b: prestazioni ed attività riabilitative socio-sanitarie, caratterizzate da percorsi riabilitativi integrati per rispondere ai bisogni di salute delle persone che necessitano unitariamente di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali e supportare l'analisi del bisogno socio-sanitario integrando l'offerta di servizi, quando di competenza, con particolare riferimento alla gestione delle risorse del FRNA

4.1.2. UO del DSM-DP:

rivestono la titolarità e la responsabilità dei percorsi riabilitativi sanitari, anche attraverso l'utilizzo di strumenti socio sanitari, dedicati alle persone "fragili" con patologie psichiatriche o dipendenze patologiche; rispondono quindi a bisogni multipli e complessi comprendenti aspetti riabilitativi e di cura sanitari e sociali. Hanno inoltre il compito di integrare l'offerta di servizi e supportare l'analisi del bisogno riabilitativo socio-sanitario con particolare riferimento alla gestione delle risorse del FSN.

5. I PERCORSI NV, UVM, PTRI, PARI, BDS DELLA GESTIONE CONDIVISA

5.1. TERMINOLOGIA

Nucleo di Valutazione NV

E' opportuno distinguere tra UVM e il c.d. Nucleo di Valutazione NV (già UVM Semplice o interna).

⁵ Le porte di accesso sono di norma costituite dallo Sportello Sociale dei Comuni o, in ambito sanitario, dai Servizi Sanitari nella loro funzione di accoglienza e presa in cura, ma anche da MMG, Familiari e utenti stessi.

L'accesso agli interventi sociali e socio-sanitari può anche avvenire attraverso percorsi istituzionali, su richiesta del servizio competente, quando prescritto dall'autorità giudiziaria, o a seguito di segnalazioni cogenti, previa valutazione dell'attendibilità e consenso informato dell'utente/interessato qualora non ricorrano condizioni di incapacità a provvedere a se stesso.

Con **NV** si intendono le ex UVM i cui attori istituzionali sono rappresentati solamente da Servizi o UO o Programmi propri del DSM-DP (CSM, SPDC, SerT, DCA, Autismo...) e pertanto si identifica nell'equipe terapeutica, più o meno allargata, o nei gruppi di valutazione intradipartimentali; nel caso in oggetto si può formare per la elaborazione dei PTRI complessi (percorsi residenziali, semiresidenziali, territoriali) necessari all'avvio di percorsi di Budget di Salute.

UVM

Per **UVM** si intende la riunione del gruppo di valutazione dedicato alla programmazione di interventi di risposta a bisogni complessi riferibili alla erogazione di prestazioni da parte di più ambiti, intra ed extra aziendali. La UVM ha lo scopo di definire e sottoscrivere da parte dei diversi attori convocati, il BDS riassunto nella scheda PARI sulla base del PTRI presentato dalla equipe terapeutica di riferimento.⁶ Quindi, conseguentemente al necessario o meno coinvolgimento di UO o Agenzie extradipartimentali (EELL, Privato Sociale e Profit, Associazioni, ecc), si individuano NV o UVM

PTRI

Il **Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato** è propedeutico e necessario oltre che per la definizione di un percorso terapeutico riabilitativo per ogni utente in cura specie se inserito in percorsi di residenzialità, anche per la convocazione dell'UVM qualora le risposte ai bisogni complessi necessitano di integrazione con altre agenzie extra aziendali.

PARI

Il **Programma Accordo Riabilitativo Individualizzato** è la scheda compilata in ogni sua parte e sottoscritta in UVM, che declina Obiettivi, Risorse, Impegni e Tempi di Valutazione del percorso BDS. Il PARI contiene in allegato tutte le schede specifiche di valutazione e progetto (Assessment clinico, moduli Tirocini Formativi, IPS, ecc ecc) ed è concordato e sottoscritto con l'utente, i suoi rappresentanti, i famigliari, i Servizi presenti⁷

⁶ Nelle situazioni clinicamente più critiche sia il NV che l'UVM, hanno competenza per la definizione di trattamento anche residenziale o di dimissione da trattamenti residenziali.

⁷ Esempio Tipologia di interventi :

Sezione sviluppo abilità

Interventi per lo sviluppo di abilità per una migliore qualità della vita al domicilio

Sezione abitare

L'obiettivo primario degli interventi educativi a supporto della domiciliarità persegue il continuo miglioramento nell'abitare e nella gestione del quotidiano, individuando possibili nuove sistemazioni individuali e/o di gruppo (nuclei di convivenza), operando per favorire spostamenti strutturali e di contesto.

Gli interventi educativi in questa area hanno l'obiettivo di promuovere la cura della persona, del proprio ambiente e dei propri spazi di vita, nonché lo sviluppo di competenze e abilità nell'abitare. Nella progettazione e nella realizzazione delle attività di questo asse di intervento ed in relazione alle diverse situazioni delle persone coinvolte, deve essere favorita la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali. Gli interventi si svolgono all'interno e/o all'esterno di strutture, a domicilio della persona, e sono finalizzati all'acquisizione di abilità negli atti di vita quotidiana per un miglioramento delle autonomie, del senso di proprietà e di appartenenza. A tal fine si dovranno mettere in campo tutte le strategie necessarie affinché le persone in cura possano vivere in luoghi meno supportati, che incentivino autonomie e percorsi maggiormente individualizzati anche sperimentando gruppi di convivenza con gli altri utenti o forme di gestione mista.

Sezione socialità

Gli interventi in questa area hanno come obiettivo primario la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali unitamente allo sviluppo di abilità e competenze sociali. Gli interventi devono favorire la costruzione di un'immagine e di un'identità sociale positiva e la partecipazione ad attività culturali, educative, socializzanti, ricreative, sportive specificamente organizzate e/o svolte nei contesti e nei luoghi di vita delle persone e/o all'interno di strutture quali i Centri Diurni.

Nella progettazione e nella realizzazione delle attività di questo asse di intervento va ricercato e promosso il coinvolgimento e la collaborazione dei familiari, dei cittadini, delle associazioni di volontariato, di organizzazioni e gruppi informali presenti sul territorio.

Tutte le azioni devono essere volte alla costruzione/riattivazione di rapporti e relazioni sociali, con particolare attenzione ai climi ed ai contesti proposti in termini di affettività e di socialità/aggregazione.

Sezione lavoro

Sul piano dei valori, il lavoro ha in sé una forte valenza relazionale e sociale, ma anche e soprattutto di autonomia, di diritto di reddito e di cittadinanza. È un tassello importante nel quadro esistenziale della persona e nell'ambito del progetto terapeutico riabilitativo complessivo dell'utente.

5.2. COMPONENTI DELL'UVM

Come indicato dalla Regione Emilia Romagna, l'UVM si articola in una componente fissa e una variabile.

Componente fissa (presenze costanti, indipendenti dal caso specifico presentato in valutazione):

- Responsabile della UO CSM e/o DP (o suo delegato) comunque con delega del Direttore della UO di appartenenza, relativamente alla gestione di risorse
- Rappresentanti degli Enti Locali con attribuzione di decisione e firma, tra cui il responsabile o un suo delegato.

Componente variabile (ogni volta diversa, in rapporto al progetto presentato):

- Operatori di riferimento clinico del CSM/DP (compreso Referente di equipe terapeutica)
- Operatori dell'Ente Locale (eventualmente e in relazione al progetto)
- Referente di progetto BDS (qualora trattasi di UVM di verifica)
- Referente Punto Accesso UVM Dipartimentale con compiti di verbalizzazione, verifica e condivisione documentazione
- MMG del paziente
- Paziente e familiari
- Altri servizi AUSL che seguono il caso (eventualmente e in relazione al progetto)
- Amministratore di sostegno o rappresentante legale (qualora presente)
- Altri portatori di interesse o risorse di comunità (eventualmente e in relazione al progetto)
- Terzo Settore (eventualmente e in relazione al progetto)
- Associazioni (eventualmente e in relazione al progetto)
- Altri.....

5.3. COMPITI DELL'UVM

Si è sempre pensato che "per la persona in cura la possibilità di raggiungere una posizione lavorativa significativa è spesso il segno più tangibile di inclusione sociale, con effetti importanti sull'autostima, sul benessere relazionale, sulla autonomia personale e, secondo alcuni studi, anche sulla stabilizzazione sintomatologica." (Gruppo di Lavoro Regionale - Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011, Regione Emilia Romagna, 2010, elaborato finale "Sviluppo organizzativo e professionale nell'area salute mentale. Gli inserimenti lavorativi").

Perché questo sia possibile, è necessario che, nel merito del progetto personalizzato, insieme ai generali aspetti assistenziali e riabilitativi, si tengano in forte considerazione anche i bisogni di autonomia della persona, inclusi gli aspetti di inserimento lavorativo. Il progetto deve stimolare e sostenere la persona a scegliere e a riacquisire le abilità e le competenze lavorative per potersi affermare come individuo, a formarsi e a lavorare, ad essere economicamente autonomo e socialmente funzionante per ritornare ad abitare e a vivere nella comunità.

Più specificatamente, per molti utenti che hanno condizioni marcate di sintomatologia, di disabilità primaria o di disfunzionalità relazionale – sociale, risultano necessari interventi sociali riabilitativi attivi e percorsi di riabilitazione prolungata. Tali interventi sono un'opportunità importante per utenti che non chiedono e non sono in grado di reggere un lavoro e per i quali la dimensione terapeutico – riabilitativa è centrale nel progetto personalizzato.

Allo stesso tempo il progetto personalizzato è fondamentale anche per quegli utenti che pur rivolgendosi ai servizi territoriali e che pur avendo sul piano psichico una sofferenza grave, mantengono un buon livello di funzionamento intellettuale e operativo e che manifestano il bisogno di accedere a un impiego al termine dei programmi di formazione e transizione.

Il percorso riabilitativo – formativo - lavorativo quindi, può essere uno strumento utile sia per l'utente con grave disabilità sia per l'utente che si presenta in un buono stato personale, che è motivato e formato al lavoro.

Per individuare con precisione gli obiettivi, per orientarsi nella varietà di scelte e di possibilità, per reperire le risposte/attività appropriate ed efficaci, per progettare gli inserimenti lavorativi, definito per ogni utente il proprio livello di disabilità e fragilità personale e sociale, bisogna associarlo e connetterlo con le aree e con le attività d'inserimento lavorativo e con i relativi contesti. I percorsi e le attività in ambito lavorativo, possono essere di tipo eminentemente riabilitativo o formativo o lavorativo, e come spesso accade e si spera con fasi evolutive, passanti da uno stadio ad uno successivo. Sul piano metodologico ed organizzativo, è risultata necessaria, una chiara definizione delle singole tipologie di attività e percorsi, con gli abbinamenti ai livelli di disabilità e fragilità personale e sociale e alle funzioni gestionali e operative.

L'UVM è strumento per attivazione o meno del BDS per utenti che presentano disturbo psichico con sofferenza grave che compromette il funzionamento in almeno una delle seguenti aree: lavoro, autonomia abitativa, vita relazionale e sociale. A tal uopo considera:

- 5.3.1. Valutazione dei bisogni sociali, sociosanitari e sanitari della persona (valutazione clinica, diagnosi funzionale, analisi dei bisogni riabilitativi, sociali e sanitari) anche attraverso valutazioni standardizzate
 - 5.3.1.a. Scale basilari: HONoS per assi sanitari e sociali , WHOQOL per Qualità della Vita dal punto di vista dell'utente
 - 5.3.1.b. Altre scale (in relazione al caso): Scala delle Abilità, BPRS ecc.
- 5.3.2. Definizione del PARI e/o del progetto di vita ed eventuale BDS associato
- 5.3.3. Identificazione del responsabile del PARI (responsabile di progetto)
- 5.3.4. Definizione dei tempi di monitoraggio del PARI
- 5.3.5. Proposta e definizione di ripartizione dell'impegno economico per competenza fra gli Enti con eventuale partecipazione dell'utente secondo la legislazione vigente

6. PERCORSI DI VALUTAZIONE E FINALITÀ UVM

1. L' UVM si prefigge la valutazione multidisciplinare per la presa in carico di soggetti adulti e/o minori attraverso un progetto d'intervento integrato fra i servizi sanitari (Dipartimenti territoriali e Ospedalieri), gli Enti Locali e gli altri soggetti sopra descritti
2. Tale valutazione inizia con la presentazione del caso e la proposta progettuale contenuta nella Scheda Progetto del PTRI, elaborata nella equipe della UO CSM referente del caso⁸.
3. La valutazione multidimensionale ha come obiettivo una condivisione progettuale sostenibile, che diventa coprogettazione e corresponsabilizzazione nella definizione del PARI
4. Il PARI definisce tutti gli attori coinvolti (Equipe di Progetto ad hoc, composta su misura per ogni progetto) generalmente comprendendo: operatori equipe CSM, utenti, familiari, MMG, operatori cooperative sociali, operatori servizi sociali EELL, associazioni e volontari ecc. ,
5. E' necessaria l'Individuazione del Responsabile di Progetto (con funzioni di case management)
6. Viene definita la Individuazione delle responsabilità specifiche di competenza tecnica, riabilitativa, sociale, amministrativa ed altro, con tutte le parti interessate;
7. La formulazione finale del documento PARI condiviso deve evidenziare:
 - Gli obiettivi,
 - Le azioni tese a superare criticità nelle aree del vivere, lavoro, abitare e affetti
 - I tempi di del durata progetto e la scadenza delle verifiche periodiche,
 - Gli esiti da realizzarsi
 - Il BDS: viene definito l'impegno di risorse professionali, non professionali ed economiche con declinazione delle aree d'intervento in cui realizzarlo (Area Affetti-Famiglia, Area Abitare, Asse Lavoro-Formazione, Asse Socialità)⁹

⁸ fasi preliminari svolte dall'equipe uo del dsm-dp o nv:

- Individuazione delle persone con necessità di PTRI
- Assessment (compilazione Honos, WHOQOLecc)
- Valutazione di:
 - bisogni (individuali e familiari), funzionamento, risorse (individuali, familiari e sociali);
 - risorse del sistema di cura rispetto ai bisogni individuali e familiari emersi;
 - risorse del sistema di comunità rispetto ai bisogni individuali e familiari emersi;
- prima elaborazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato PTRI e compilazione, di massima, in tutte le sue parti
- Richiesta attivazione UVM (così come definita nella Procedura UVM coerentemente alle indicazioni regionali e a livello locale) inviata al Punto Accesso UVM Dipartimentale e corredata dal PTRI per partecipata e condivisa con utente e familiari, l'Ente Locale, il MMG, Privato Sociale e quanti altri portatori di interesse e risorse utili e necessari al raggiungimento degli obiettivi riabilitativi e di sviluppo delle abilità di coping dell'utente con il quotidiano e le sue incombenze sostenendone i diritti dell'utente quale protagonista/risorsa e non costo/oggetto dell'intervento (ruolo attivo e partecipe di utente e familiari).

⁹ Nell'UVM per BDS-PARI se i bisogni del cittadino evidenzino un livello di complessità riferibile a più ambiti, saranno considerate le risorse presenti sul territorio e gli impegni anche economici cui vanno eventualmente aggiunte le risorse

La scheda PARI sottoscritta dai partecipanti che ne condividono contenuti e responsabilità descrive impegni sul raggiungimento obiettivi, azioni conseguenti, partecipazione, tempi di verifica, accordo con l'utente, partecipazione alla spesa, coinvolgimento di terzi.

In sede UVM viene definito, concordato e riportato a verbale, il Responsabile degli aspetti sanitari e il Responsabile degli aspetti sociali, mantenendo i livelli di responsabilità come definiti dal proprio ruolo professionale.

In sede UVM, infine, viene redatto o aggiornato il modello SISM della Regione Emilia Romagna per il monitoraggio dei progetti BDS.

7. IL PUNTO ACCESSO UVM DIPARTIMENTALE E I PUNTI ACCESSO DECENTRATI DI AMBITO

Il Punto Accesso UVM Dipartimentale è il luogo della facilitazione dell'accesso alla rete di integrazione socio sanitaria che si estrinseca con la UVM. Insieme agli altri Punti Accesso di ambito è il punto di riferimento per l'attivazione di UVM da parte della Equipe o del NV del DSM-DP e degli EELL .

Chi opera nei Punti Accesso UVM deve poter organizzare, documentare e verbalizzare la UVM.

Le funzioni prioritarie da svolgere in tale ambito sono l'accoglienza della domanda, l'organizzazione operativa e la convocazione della UVM, la raccolta della documentazione necessaria, la individuazione della sede UVM, stesura, divulgazione e archiviazione del verbale UVM e PARI, la convocazione degli incontri di valutazione multidimensionale di verifica del progetto PARI e la sua archiviazione. A tal proposito si riconferma la scelta di una gestione a cura di una figura professionale amministrativa, fornita degli opportuni supporti sanitari (Direttori UO CSM o DP di ambito, o loro delegati), con formazione specifica sulla rete dei servizi territoriali e con esperienza consolidata nel campo dell'integrazione.

I Punti Accesso UVM Dipartimentali, si collocano con personale amministrativo presso la Direzione del DSM-DP e presso gli altri ambiti territoriali (Ravenna e Rimini), organizzano le Unità di Valutazione Multidisciplinare definendo e concordando date e sedi della UVM con tutti gli attori richiesti dal NV:

- 1) Punto Accesso UVM Dipartimentale (ambito di FC e supporto agli altri Punti Accesso) di ambito
- 2) Punto Accesso ambito di RA
- 3) Punto Accesso ambito di RM

Il responsabile del Punto Accesso UVM pertanto cura tutti gli aspetti organizzativi della attività valutativa complessa¹⁰:

- o attiva l'UVM con la convocazione di tutte le competenze professionali idonee,
- o partecipa all'UVM redigendo il verbale della valutazione e della definizione del piano assistenziale individuale (PAI). Nel verbale dell'UVM definisce il Servizio prevalente ed il responsabile del caso, precisando gli interventi assegnati ai vari servizi coinvolti.
- o Gestisce l'archivio BDS

La Direzione del DSMDP effettua annualmente un monitoraggio della attività delle UVM in ogni ambito, rilevando la omogenea applicazione di procedure e metodologia, e attivando azioni utili a superare eventuali differenze applicative.

individuali economiche e umane, familiari (es. alloggio), della rete sociale informale, del privato sociale (terzo settore), dei Servizi Sociali (sostegno economico per utenze o altro, alloggi Acer, ecc.).

Compito specifico del NV è la segnalazione al Punto Accesso UVM Dipartimentale delle UUOO/Servizi/Agenzie/Risorse territoriali che si ritiene opportuno essere presenti nella UVM.

In ambito di UVM, dopo analisi e discussione della scheda PTRI da parte dei diversi responsabili e agenzie convenute e coinvolte, viene dato avvio alla co pregettazione, definendo aree di intervento, obiettivi, azioni, la co responsabilizzazione e co gestione e il livello di intensità compilando il PARI, in caso di avvio di progettualità BDS.

¹⁰ In sintesi ogni Punto Accesso UVM svolge il ruolo di cerniera fra i servizi della rete forniti dall'Azienda (ad es. Riabilitazione ADI, Gestore TIFO, IPS, ecc.), gli ambiti socio-sanitari forniti dall'Azienda e dai Comuni e in genere gli attori coinvolti nel BDS.

8. REFERENTE DI PROGETTO BDS

Nell'UVM viene definito il Referente di Progetto BDS, con funzioni di Case Manager fra tutte le figure professionali presenti anche se appartenenti a diversi Enti coinvolti. La responsabilità clinica relativa alla gestione del PARI rimane propria del DSM-DP e delle sue UO, così come responsabilità sociali, o gestionali del terzo settore ecc, restano in capo ai soggetti specifici, nel rispetto delle norme vigenti.

Il Referente di Progetto ha responsabilità di coordinamento e regia del PARI, è punto di raccordo per l'attuazione del PARI, per lo sviluppo degli interventi e dei progetti socio-sanitari e socio-assistenziali, come concordati. Sono suoi compiti:

- o Governo della rete
- o Monitoraggio dell'evoluzione del progetto
- o Management delle successive UVM di Verifica
- o Eventuale richiesta, nei modi sopra descritti, di nuova UVM per ridefinizione del BDS
- o Documenta la chiusura del Progetto e la fine del BDS

Quando il progetto riabilitativo socio-sanitario è giunto a compimento e, quantunque persistano bisogni sanitari (prescrizioni farmacologiche, controlli laboratoristici, colloqui e visite), ma si ritenga, dopo discussione UVM di verifica che l'esito in ambito socio sanitario integrato sia raggiunto e stabilizzato, la équipe curante delega l'affidamento della persona utente, per le specifiche competenze sociali e per gli aspetti assistenziali, ai Servizi Sociali degli EELL (che individueranno un proprio responsabile del caso), garantendo comunque, da parte del DSM_DP, l'assistenza clinica (medica, infermieristica ecc) della équipe territoriale.

9. ELENCO DEGLI INDICATORI

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e indicatore)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DATI	GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI
Indicatore di incremento UVM con PARI	N. UVM per anno in corso/ N. UVM per anno precedente	Indicatore di esito	Superiore a anno precedente	UO DSM/DP	Sistema Informatico	Annuale	Individuazione criticità e inappropriatezze e con ricerca di soluzioni organizzative.
Efficacia del processo BDS-PARI	N. BDS-PARI attivati anno in corso/ N. BDS-PARI attivati anno precedente	Indicatore di esito	≥ 10%	UO DSM/DP Azienda Regione	Sistema Informatico	Annuale	Indicatore di incremento

10. MODULISTICA DI ACCOMPAGNAMENTO UVM

- 1.1. PTRI ed eventuale altra documentazione Clinica
- 1.2. Documentazione Situazione Sociale, abitativa e lavorativa, compresa documentazione ISEE
- 1.3. Lettera Convocazione
- 1.4. Se necessario Profilo di Fragilità (Legge Regionale 14/2015)
- 1.5.