

# **REGOLAMENTO**

## **Funzionamento delle UVM area DISABILI Distrettuali**

# Indice

1.	Premessa	3
2.	Abbreviazioni	5
3.	Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili	6
3.1.	Che cos'è	6
3.2.	Destinatari	7
3.3.	Cosa fa	7
3.4.	Da chi è composta	8
3.4.1	Composizione UVM minori con gravissima disabilità	9
4.	Modalità di funzionamento	10
4.1.	Segnalazione/richiesta di attivazione UVM	10
4.2.	Convocazione UVM	10
4.3.	Autorizzazione interventi	10
4.4.	Coinvolgimento Utenti e Familiari	10
4.5.	Gestione dati	10
4.6.	Trattamento dei dati personali	11
4.7.	Conservazione degli atti	11
5.	Strumenti di valutazione	12
6.	Flow chart Percorso di attivazione e presa in carico nella rete sociosanitaria	13
7.	Quadro normativo e documenti di riferimento	14
7.1	Norme nazionali e regionali	14
7.2	Documenti/Linee guida	15
7.3	Documenti aziendali	15

# 1. Premessa

La Valutazione Multidimensionale è un processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona.

Ha l'obiettivo di definire un progetto individualizzato a partire dall'analisi delle capacità funzionali e dei bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni:

- Biologica, clinica assistenziale (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.);
- funzionale (disabilità ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale, ecc.);
- sociale e di partecipazione (fattori ambientali, condizioni relazionali di convivenza, situazione abitativa, economica, contesto di vita, ecc.),

Si caratterizza inoltre per l'approccio non solo multidimensionale, ma anche multiprofessionale e multidisciplinare ai bisogni assistenziali complessi.

Tale valutazione è da considerarsi il core necessario per l'elaborazione del Progetto Individualizzato<sup>1</sup>, l'erogazione dei servizi compartecipati e maggiori efficacia e appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è una equipe multiprofessionale, a composizione variabile in relazione ai bisogni specifici della persona da valutare, deputata a leggere le esigenze e i bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali complessi delle persone.

È l'organismo che, secondo la normativa regionale vigente in materia di integrazione sociosanitaria, è chiamato a valutare il bisogno complessivo della persona, al suo contesto familiare e alla sua rete relazionale, al fine di definire le risposte adeguate. Garantisce la presa in carico dei bisogni sociosanitari dei cittadini, nel territorio di competenza distrettuale, assicurando continuità di cura e promuovendo l'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali a livello territoriale.

---

<sup>1</sup> Legge 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

## *Art. 14 - Progetti individuali per le persone disabili*

1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le Aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.
2. Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definite le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

Nello stesso tempo l'UVM è strutturata dalla normativa, come "oggetto di lavoro"<sup>2</sup> che riassume in sé gran parte degli strumenti e delle caratteristiche dell'integrazione professionale e richiede trasformazioni e adattamenti dei processi e delle identità.

Seppure diverse siano le aree in cui può intervenire la valutazione multidimensionale (es. dipendenze, disabilità, minori, salute mentale e adulti e anziani), l'UVM ha una componente di professionisti stabile e una componente di professionisti variabile, che vengono di volta in volta coinvolti a seconda dei bisogni che la persona presenta.

Questo è ancor più vero nell'area della disabilità, dove spesso la compresenza di più patologie o di altre problematiche sanitarie e/o sociali richiede una pluralità di attori da coinvolgere nel processo di valutazione. Si rende quindi necessario sottolineare l'importanza di un approccio alla persona globale e multidisciplinare, dandone una concreta attuazione nell'organizzazione dei servizi coinvolti nella valutazione e nella presa in carico.

Nell'ambito di questo regolamento, pertanto si fornisce la cornice istituzionale condivisa a supporto dell'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'area Disabili quale strumento operativo dei percorsi di cura, riabilitazione ed assistenza.

La finalità è quella di definire una modalità operativa omogenea delle UVM Disabili distrettuali nell'ambito del territorio dell'Azienda Usl di Bologna.

Si specifica che il documento non supera e non sostituisce quanto regolamentato dalla normativa DGR 2068/04 e DGR 840/08 relativamente al funzionamento delle UVM Gravissime Disabilità Acquisite (GRAD).

---

<sup>2</sup> Manoukian (1998, cit.) utilizza l'espressione "oggetto di lavoro" con l'accezione specifica di risultato di un'interazione tra gli operatori, e tra gli operatori e i "clienti", necessaria per realizzare il servizio.

## **2. Abbreviazioni**

CSM - Centro di Salute Mentale

DASS – Direzione delle Attività Socio Sanitarie

DATeR - Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo

FNA - Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza

FRNA - Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

GRAD – Gravissima disabilità acquisita

MMG - Medico di Medicina Generale

NPIA - Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza

PCAP - Punto Coordinamento di Assistenza Primaria

PDTA - Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PIDS - Programma Integrato Disabilità e Salute

RC - Responsabile del Caso

SERDP - Servizio per le Dipendenze Patologiche

SID - Servizio Infermieristico Domiciliare

SST - Servizio Sociale Territoriale

UASS - Unità Attività Socio Sanitarie Distrettuale

UVG - Unità di Valutazione Geriatrica

UVM - Unità di Valutazione Multidimensionale

## 3. Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili

### 3.1. Che cos'è

A partire dal contesto normativo nazionale di riferimento in merito alla realizzazione del sistema integrato di interventi sociali e sanitari<sup>3</sup> e dai provvedimenti normativi a livello regionale<sup>4</sup>, si prevede che la valutazione dei bisogni della persona con disabilità e la formulazione di un progetto personalizzato siano affidate alle Unità di Valutazione Multidimensionale, presenti in ogni ambito territoriale distrettuale e composte da operatori sociali e sanitari dei Comuni e delle Aziende USL.

Nell'ambito dell'Azienda Usl di Bologna, l'UVM Disabili è coordinata dall'Unità Attività Socio-Sanitaria Distrettuale (UASS) e vede coinvolti tutti i professionisti necessari ai fini della valutazione congiunta del caso e della definizione condivisa di un percorso progettuale con la persona e la famiglia. Tale percorso può inoltre coinvolgere eventuali associazioni di riferimento o altri soggetti del "sistema curante".

L'UVM costituisce il punto di valutazione e di autorizzazione alla fruizione dei servizi della rete sociosanitaria per le persone con disabilità (utenza con servizi finanziati da fondi legati all'area della non autosufficienza, es. FNA, FRNA, Dopo di noi, Vita Indipendente, Fondo Caregiver).

---

<sup>3</sup>Legge 27 dicembre 2006, n. 296,( art. 1, co. 1264); Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"; Piano Nazionale NA 2019-2021["(...)Agli interventi a valere sul FNA, come già nel caso del «dopo di noi» (art. 2, del DM 23 novembre 2016, qui richiamato quale punto più avanzato di elaborazione programmatica condivisa in materia) «si accede previa valutazione multidimensionale, effettuata da equipe multi professionali in cui siano presenti almeno le componenti clinica e sociale, secondo i principi della valutazione bio-psico-sociale e in coerenza con il sistema di classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute)». La valutazione multidimensionale va oltre lo specifico dell'analisi del bisogno assistenziale"]

23 novembre 2016- Decreto Ministero del lavoro e delle politiche sociali "Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016."[Art. 2: Valutazione Multidimensionale e Progetto Personalizzato(...) Nelle more della revisione delle procedure di accertamento della disabilità e della definizione di strumenti nazionali di valutazione(...) La valutazione multidimensionale analizza le diverse dimensioni del funzionamento della persona con disabilità in prospettiva della sua migliore qualità della vita (...)]

<sup>4</sup>LR 5/94, DGR 2068/04, DGR 1206/07, DGR 1230/08, "Come indicato dalla DGR 509/07 l'adeguamento del sistema di accesso, valutazione e presa in carico ha una valenza strategica per lo sviluppo del FRNA. Ciò vale anche per l'area disabili. (...) in ogni ambito distrettuale deve essere garantita la presenza e l'utilizzo di strumenti tecnici per la valutazione multi dimensionale e la formulazione del Progetto individualizzato di vita e di cure, quali la presenza di un'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) composta da operatori sociali e sanitari dei Comuni e dell'Azienda USL (anche dell'area della riabilitazione e della salute mentale per le situazioni che necessitano di tali competenze)".

DGR 10/2021 " (...) La normativa regionale (LR 5/94, DGR 2068/04, DGR 1206/07, DGR 1230/08) prevede che la valutazione dei bisogni della persona e successivamente la formulazione del progetto personalizzato, definito dalla DGR 1206/07 "Progetto Individuale di Vita e di Cure" (PIVEC), è affidata alle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVG/UVM anziani, UVM disabili, UVM Gravissime Disabilità), che sono presenti in ogni ambito territoriale distrettuale e sono composte da operatori sociali e sanitari dei Comuni e dell'Azienda USL, in relazione ai bisogni dell'utente.(...)"

### 3.2. Destinatari

Destinatari dell'attività dell'UVM Disabili sono persone con disabilità, in particolare se non autosufficienti e minori con gravissima disabilità (cfr art.3 del DPCM 26 settembre 2016)<sup>5</sup>.

La disabilità è uno stato di diminuito funzionamento dovuto a una condizione di salute che, in interazione con i fattori presenti nell'ambiente, è vissuta come menomazione, limitazione dell'attività o restrizione alla partecipazione.

In particolare, l'attività dell'UVM Disabili si rivolge a persone con significative limitazioni funzionali derivanti da <sup>6</sup>:

- ✓ Disabilità Intellettiva
- ✓ Disabilità neuromotorie
- ✓ Disabilità neurosensoriali
- ✓ Autismo

con riconoscimento di Invalidità Civile pari o superiore al 46%.

### 3.3. Cosa fa

Così come declinato in normativa<sup>7</sup>, i compiti prioritari dell'UVM Disabili sono i seguenti:

- **Valutazione dei bisogni/obiettivi**, tenendo conto della situazione complessiva, delle criticità, dei punti di forza della persona e delle risorse presenti nel suo contesto di vita
- **Valutazione degli interventi/servizi** da attivare in base ad appropriatezza
- **Verifica sostenibilità economica** degli interventi da parte di tutti i soggetti/enti coinvolti (Sociale, Sociosanitario e Sanitario)<sup>8</sup>
- **Definizione del Progetto Individualizzato** che contenga valutazione dei bisogni, obiettivi, metodologie e interventi, tempi e scadenze
- **Individuazione Responsabile del Caso**<sup>9</sup> definito in base al bisogno prevalente e al progetto elaborato
- **Individuazione modalità di coinvolgimento e condivisione del progetto con l'utente/familiari**
- **Monitoraggio del Progetto Individualizzato** attraverso verifica periodica
- **Raccolte e gestione dati**, alimentazione flussi informativi

---

<sup>5</sup>Art.3 del DPCM 26 settembre 2016 dove si stabilisce che "per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, n.159 del2013" e per le quali si sia verificata almeno una delle condizioni declinate nelle lettere f) g)h)i)del suddetto decreto.(per la valutazione dei criteri di eleggibilità si fa riferimento allegato 2 del DPCM 26 settembre 2016)

<sup>6</sup>Per un dettaglio sintetico, si rimanda ad Allegato 4.

<sup>7</sup> DGR n.130/2021:"(...) *Compiti prioritari dell'UVM sono: la valutazione dei bisogni socio-sanitari e sanitari; la decisione sulla presa in carico della situazione; la formulazione di un Progetto individuale, che comprende gli interventi e servizi ritenuti necessari sulla base dei bisogni della persona assistita e della sua famiglia; l'individuazione di un case manager/responsabile del caso definito sulla base del bisogno prevalente e del progetto formulato; l'invio ai soggetti erogatori delle prestazioni previste nel progetto per i servizi affidati a terzi; il monitoraggio del Progetto individuale e la sua costante verifica di adeguatezza alle esigenze sanitarie, abilitative ed assistenziali.(...)*". Cfr. anche DGR n. 1313/2023, paragrafo 1.2.

<sup>8</sup>I Servizi socio-sanitari dei Comuni e delle Aziende USL dovranno assicurare che, come previsto dal Piano Nazionale, in ogni progetto personalizzato sia contenuto il budget di progetto inteso "quale l'insieme di tutte le risorse umane, economiche, strumentali da poter utilizzare in maniera flessibile, dinamica ed integrata".

<sup>9</sup>Cfr. DGR n. 1313/2023, paragrafo 1.2.

### 3.4. Da chi è composta

#### Componenti stabili nell'UVM Disabili sono:

- Responsabile/coordinatore UVM disabili (UASS - Funzione Tutela Fragilità)<sup>10</sup> o suo delegato
- Responsabile/Coordinatore del SST competente o suo delegato
- Responsabile del Caso
- Medico di organizzazione o suo delegato in caso di necessità di valutazioni clinico diagnostiche e/o in presenza di aspetti sanitari patologici e cronici di rilievo

#### Per valutazioni di inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali accreditate è opportuno coinvolgere:

- Medico con esperienza nel campo della disabilità
- Infermiere del DATeR (Management Integrazione Socio-Sanitaria e Rete Cure Palliative). Nello specifico, il professionista viene coinvolto ogni qualvolta che il bisogno sanitario si modifica e può essere coinvolto anche in situazioni altre dagli inserimenti in strutture, ove si evidenzia la necessità di una valutazione di sua competenza. Inoltre, può essere coinvolto in qualità di figura sanitaria anche per le altre tipologie di UVM.
- Fisioterapista del DATeR (UO Riabilitazione Territoriale)

#### Altri professionisti eventualmente da coinvolgere nella valutazione/progettazione individualizzata sono:

- Professionisti dell'équipe multiprofessionale che già segue la persona con disabilità
- Psichiatra (ad esempio in caso di: doppia diagnosi, disturbi del comportamento, piano terapeutico specifico, presenza di dipendenze patologiche)
- Psicologo (ad esempio in caso di: segnali/insorgenza di comportamenti problema o psicopatologie<sup>11</sup>; situazioni di utenti in condizioni di marcato bisogno di sostegno nelle transizioni<sup>12</sup>)
- Fisiatra/fisioterapista (ad esempio in caso di: disabilità fisiche, neuromotorie, necessità di ausili, percorsi riabilitativi, accessibilità e adeguamento domestico)
- Infermiere del Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
- Infermiere di Famiglia
- Operatore del Punto Coordinamento di Assistenza Primaria (PCAP)
- Neuropsichiatra, psicologo e operatori NPIA (ad esempio in caso di: casi complessi 16 anni<sup>13</sup> nel passaggio alla maggiore età, percorsi scuola-territorio, progetti post scuola)
- MMG (nel caso in cui il medico di organizzazione ne valuti l'opportunità)

### Coinvolgimento dei servizi di secondo livello

<sup>10</sup> Ai fini della definizione del Progetto personalizzato/progetto di vita e di cure della persona con disabilità, è opportuno che tra i componenti fissi della UVM disabili distrettuale sia presente, per competenze specifiche in ambito educativo riabilitativo, un Educatore Professionale della UASS.

<sup>11</sup> Inerenti agli aspetti della sessualità, conflittualità generazionale/"divenire adulti" - equilibrio ed evoluzione piuttosto che involuzione, progetto di vita,...

<sup>12</sup> **Bisogni di contesto:** da scuola a formazione/lavoro/contesti protetti; di età e servizi di sostegno: passaggio tra servizi per età (ai 18 anni e ai 65 anni).

**Bisogni di sostegno** - condizioni anche transitorie di aggravamento delle condizioni cliniche - anche in termini di valutazione di bisogno di sostegno specialistico, ad esempio di area psichiatrica e neurologica). condizioni anche transitorie di aggravamento delle condizioni cliniche - anche in termini di valutazione di bisogno di sostegno specialistico, ad esempio di area psichiatrica e neurologica).

<sup>13</sup> Cfr. allegato. 4. Per quanto riguarda i passaggi dall'area NPIA all'area adulti si fa riferimento alle Linee di indirizzo per la continuità di cura e PO60 aziendale.

I clinici che hanno in carico la situazione possono attivare e richiedere, qualora ne ravvisano la necessità, di coinvolgere nell'UVM i professionisti di servizi specialistici/di secondo livello, (UO Disturbi dello Spettro Autistico, PIDS, Programma Bambino Cronico Complesso, ...).

**Per utenti disabili anziani possono essere coinvolti anche:**

- Geriatra
- Infermiere della UVM anziani/UVG
- Referenti dei SST Area Anziani

**È inoltre possibili coinvolgere:**

- Eventuali Gestori (strutture e servizi territoriali)
- Operatori della scuola e/o Formazione Professionale
- Operatori di altri servizi/enti
- Operatori del Centro Adattamento Ambientale e Domestico e Centro Regionale Ausili

**3.4.1 Composizione UVM minori con gravissima disabilità**

In caso di minori con gravissima disabilità di cui alle *lettere f) g) h) i)* dell'art.3 del DPCM 26 settembre 2016, per la valutazione sociosanitaria di un progetto individualizzato si fa riferimento a quanto regolamentato dalla programmazione regionale per il triennio 2019-2021 del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (DGR n.130 del 1 febbraio 2021).

Nella UVM minori con gravissima disabilità, i componenti fissi della UVM disabili (art.3.4) si integrano con:

- Professionisti clinici della NPIA, che hanno in carico il minore
- Pediatra di Libera scelta

In caso di minori che afferiscono al Programma dipartimentale Bambino cronico complesso e all'Unità Operativa Disturbo dello Spettro autistico, devono essere coinvolti i relativi professionisti.

## 4. Modalità di funzionamento

### 4.1. Segnalazione/richiesta di attivazione UVM

La segnalazione/richiesta di attivazione perviene al Coordinatore UVM Disabili da parte di un operatore di:

- Servizi Sociali Territoriali
- Servizi Sanitari territoriali (CSM, NPIA, SERDP, Riabilitazione, SID)
- Enti gestori (coordinatori di strutture accreditate e non)
- Rete Ospedaliera pubblica e privata
- Professionisti dei PDTA aziendali
- Altri servizi

attraverso l'invio di Scheda di presentazione del caso contenente le informazioni utili ad un primo inquadramento della situazione e l'ipotesi progettuale tra cui, in particolare, una relazione socioeducativa, un quadro anamnestico della persona e la documentazione di attestazione dell'invalidità.

Inoltre, il RC o altri professionisti coinvolti nel progetto, possono richiedere in qualsiasi momento una sua rivalutazione e un aggiornamento.

### 4.2. Convocazione UVM

Il Responsabile /coordinatore:

- convoca l'UVM via mail invitando i diversi professionisti necessari per la valutazione e la progettazione dell'intervento sui singoli casi
- incarica un partecipante della verbalizzazione e della registrazione dei presenti

### 4.3. Autorizzazione interventi

Nell'ambito del più ampio progetto individualizzato, una volta individuati gli interventi ed i servizi da attivare, previa verifica della loro **sostenibilità economica** da parte di tutti i soggetti/enti coinvolti (sociale, sociosanitario<sup>14</sup> e sanitario), l'UVM formalizza l'autorizzazione a procedere.

### 4.4. Coinvolgimento Utenti e Familiari

L'UVM ha il compito di individuare le modalità più opportune di coinvolgimento e partecipazione dell'Utente e/o Familiari (o Amministratore di Sostegno o altre persone di riferimento).

La condivisione e la sottoscrizione del progetto con l'utente e la famiglia, di norma rimane in capo al Responsabile del Caso, salvo che non si ritenga necessario che sia svolta da un'altra figura o direttamente in sede di UVM.

### 4.5. Gestione dati

Il sistema informativo in uso ai servizi della rete socia sanitaria è GARSIA.

---

<sup>14</sup>Ad esempio, fondi sociosanitari (FRNA, FNA, Dopo di Noi, Vita indipendente, ...)

I componenti l'UVM disabili, ognuno per la sua parte di competenza, sono tenuti all'implementazione di tale sistema:

a) Gestione cartella:

- Il "profilo RC" è responsabile della compilazione delle sezioni "dati generali"; "disabilità e certificazioni"; "situazione abitativa"; "situazione economica"; "relazione sociale";
- L'accesso al "profilo UVM" prevede la compilazione degli strumenti valutativi standard contenuti nella sezione "valutazione multiprofessionale" (è possibile e opportuno allegare eventuali altri strumenti valutativi utilizzati); l'inserimento ed autorizzazione informatica degli interventi del Progetto individualizzato (per alcuni interventi è necessaria l'autorizzazione da parte del "profilo DASS")

b) Implementazione dei flussi informativi regionali e del cruscotto aziendale

#### **4.6. *Trattamento dei dati personali***

I dati personali oggetto di trattamento nelle attività della UVM sono trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza, adeguatezza, pertinenza e necessità di cui all'art. 5, comma 1, del Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR). Il modulo di segnalazione alla UVM, corredato della informativa privacy, redatta ai sensi dell'art. 13 del GDPR, deve essere consegnato all'utente.

Le misure tecniche e organizzative aziendali prevedono che la documentazione socio sanitaria, necessaria all'espressione del parere, viene resa disponibile agli operatori esclusivamente a fronte di una preventiva autorizzazione e solo dopo aver attivato un processo di autenticazione.

Tutti i soggetti coinvolti nelle attività della UVM trattano i dati personali, compresi i dati personali di natura particolare, in quanto soggetti autorizzati al trattamento, ai sensi dell'art. 29 del GDPR, o quali responsabili di trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR, pertanto assoggettati al pieno rispetto dei principi posti a tutela del diritto alla protezione dei dati personali e del diritto alla riservatezza.

#### **4.7. *Conservazione degli atti***

Gli atti derivanti dall'attività dell'UVM (Verbali, Progetti, ...) devono essere soggetti ad adeguata conservazione per le tempistiche indicate dal massimario di scarto aziendale, al fine di consentire, a quanti ne abbiano titolo, il diritto di accesso, così come disciplinato dalla normativa e dalle linee guida aziendali sulla materia.

La conservazione degli atti in oggetto rimane soggetta alle misure di sicurezza tecniche ed organizzative, fisiche e digitali, previste dai regolamenti e deliberazioni adottate dall'Azienda Usl di Bologna.

## 5. Strumenti di valutazione

Sono molteplici gli strumenti che vengono utilizzati con l'obiettivo di "pesare", attraverso un'analisi bio-psico-sociale, il bisogno di supporto assistenziale ed educativo.

Per effettuare la valutazione del bisogno e la definizione del progetto individualizzato della persona con disabilità, si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati (ossia già sottoposti a revisioni critiche in ambito nazionale e/o internazionale).

Gli strumenti clinico-funzionali utilizzabili in una valutazione multidimensionale possono essere molteplici, come ad esempio:

- Support Intensity Scale
- Strumenti per la valutazione del funzionamento (es: Vineland Adaptive Behavior Scales)
- Bilancio Ecologico
- Scheda di valutazione dello stress del caregiver (Zarit Burden Interview)
- Binah
- Barthel Index
- Strumento tecnico per la valutazione dei bisogni educativi ed assistenziali delle persone con disabilità (allegato 1 – Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali 2 Marzo 2010, n.2023 "Approvazione strumento tecnico per la valutazione del bisogno assistenziale degli utenti dei servizi per disabili") (Scheda RER)
- .....<sup>15</sup>

Per la valutazione di eleggibilità per l'accesso dei minori con gravissima disabilità di cui all' 3.4.1 del suddetto Regolamento, verranno utilizzati gli strumenti/scale di cui all'allegato 1 e allegato 2 del DPCM 26 Settembre 2016.

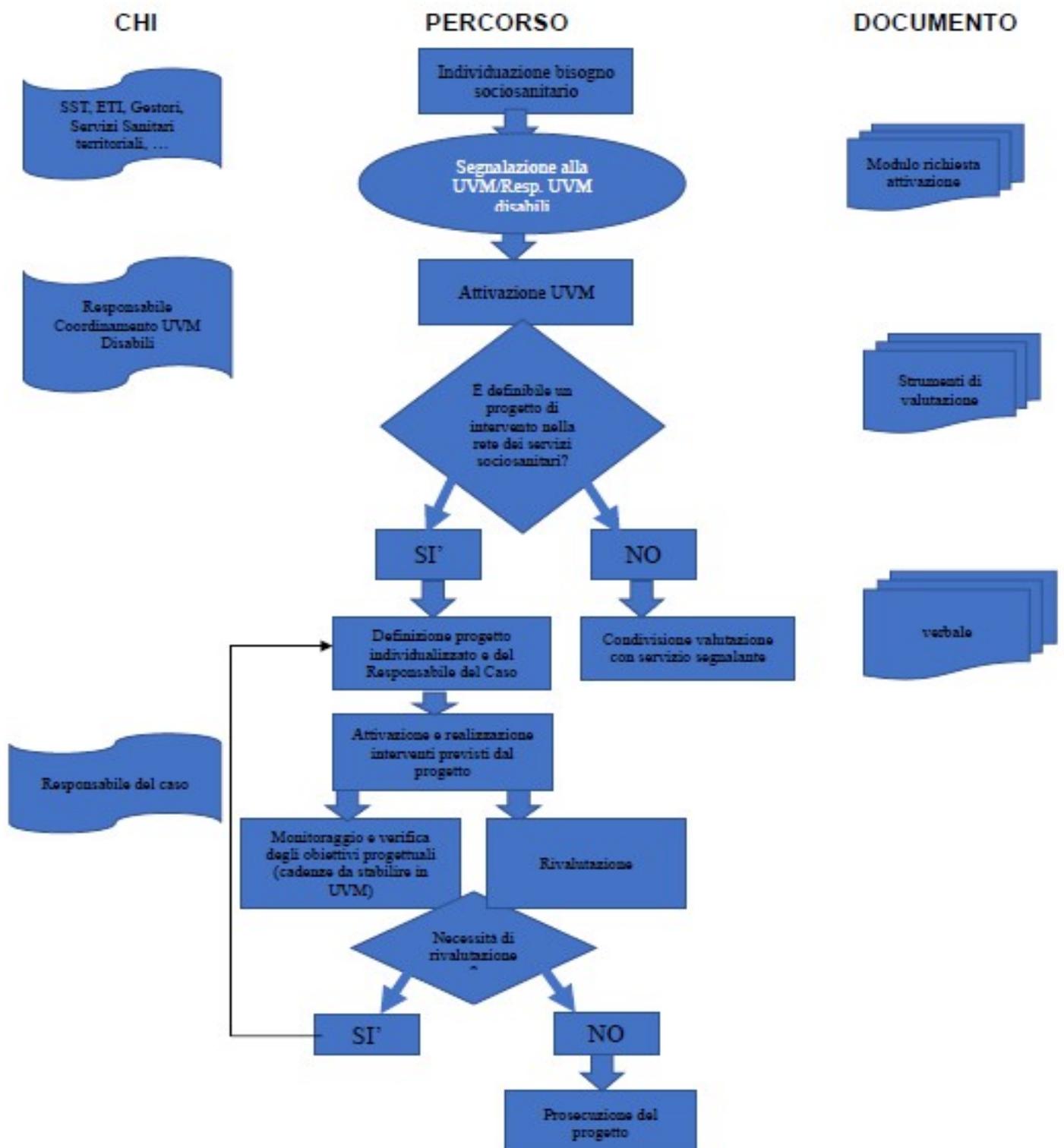
Qualora la situazione lo richieda al fine di effettuare una valutazione più completa ed esaustiva, compito dell'UVM è anche quello di individuare lo strumento più utile al fine del completamento della valutazione della persona, e degli eventuali professionisti da coinvolgere.

Per quanto concerne le situazioni di passaggio dall'età evolutiva a quella adulta, si rimanda a quanto definito nella PO60 "Continuità di cura (sanitaria, assistenziale ed educativa) dei giovani con disabilità e/o con problemi psicopatologici e comportamentali nel passaggio dall'età evolutiva a quella adulta", allegata al presente regolamento.

---

<sup>15</sup>Per un approfondimento sintetico sugli strumenti citati, si rimanda all'allegato 4, "Definizioni".

## 6. Flow chart Percorso di attivazione e presa in carico nella rete socio sanitaria



## 7. Quadro normativo e documenti di riferimento

### 7.1 Norme nazionali e regionali

- D.P.C.M. 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”), art. 4, comma 3
- Deliberazione Giunta Regionale 1122/2002 “Direttiva per la formazione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave (assegno di cura e di sostegno)”
- Legge Regionale 12 marzo 2003, n. 2 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato”
- Deliberazione Giunta Regionale 2068/2004 “Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni”.
- DGR n. 1206/2007 “Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della Deliberazione G.R. 509/07”
- Delibera Assemblea legislativa 22 maggio 2008, n.175 “Piano sociale e sanitario 2008- 2010”
- DGR 11 giugno 2008, n.840 “Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR 2068/04”
- DGR 1230/2008 “Fondo regionale non autosufficienza. Programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità”
- Determina Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna 2023/2010 “Approvazione strumento tecnico per la valutazione del bisogno assistenziale degli utenti dei servizi per disabili”
- D.G.R. 28 novembre 2011, n. 1762 “Programma attuativo della Regione Emilia-Romagna per l'assistenza domiciliare ai malati di sclerosi laterale amiotrofica (SLA) nell'ambito del Fondo nazionale per le non autosufficienze per l'anno 2011”
- Decreto Ministeriale 23 novembre 2016 “Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016”
- D.P.C.M. 21 novembre 2019 - Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019 – 2021
- DGR n. 130 del 01/02/2021 “Approvazione della programmazione regionale per il triennio 2019-2021 del Fondo nazionale per le Non Autosufficienza”
- DGR n. 1313/2023, “Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare l. n. 112/2016. Programmazione risorse decreto 21/12/2022”

## **7.2 Documenti/Linee guida**

- Documento della CTSS Metropolitana sull'attuazione della DGR 1102/14 "*Linee di indirizzo metropolitane per garantire ai giovani con disabilità continuità di cura, nel passaggio dall'età evolutiva a quella adulta*" approvate dalla CTSS di Bologna il 15/05/2015
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2013), *Linee guida sociosanitarie rivolte a persone anziane e disabili in condizioni di fragilità- Progetto AIDA*

## **7.3 Documenti aziendali**

- Atto di indirizzo "Modalità di redazione del progetto individualizzato di vita e di cure della persona disabile" (1 febbraio 2016)
- Deliberazione 91/2019 "Approvazione del nuovo massimario di conservazione e scarto integrato con il nuovo piano di classificazione documentale (Titolario)"
- Deliberazione 435/2021 "Approvazione delle Linee Guida Aziendali per l'esercizio del diritto di Accesso documentale, Civico Semplice e Civico Generalizzato"
- Procedura aziendale P60AUSLBO "Continuità di cura (sanitaria, assistenziale ed educativa) dei giovani con disabilità e/o con problemi psicopatologici e comportamentali nel passaggio dall'età evolutiva a quella adulta"

## Elenco Allegati

<b>Allegato N.</b>	<b>Titolo dell'Allegato</b>
<b>1</b>	Atto di Indirizzo "Il Responsabile del caso nell'area della disabilità in ambito socio-sanitario" (Az. Usl Bologna 23/5/2013)
<b>2</b>	Atto di indirizzo "Modalità di redazione del progetto individualizzato di vita e di cure della persona disabile" (Az. Usl Bologna 1/2/2016).
<b>3</b>	Procedura aziendale P60AUSLBO "Continuità di cura (sanitaria, assistenziale ed educativa) dei giovani con disabilità e/o con problemi psicopatologici e comportamentali nel passaggio dall'età evolutiva a quella adulta"
<b>4</b>	Definizioni