

COMUNE DI ORTONA

Medaglia d'Oro al Valore Civile
PROVINCIA DI CHIETI

La presente pubblicazione non ha carattere di ufficialità

Verbale di deliberazione della Giunta Comunale

SEDUTA DEL 13 MAGGIO 2010 N. 61

**OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PLNA ANNO 2010 – 2011 E
PROTOCOLLO D'INTESA**

L'anno **duemiladieci** il giorno **tredecim** del mese di **maggio** alle ore **13,00** nella sede municipale in via Cavour, regolarmente convocata, si è riunita la Giunta Comunale sotto la Presidenza del Signor Ing. Nicola FRATINO – Sindaco.

Sono presenti gli Assessori:

- | | | |
|---|---------------|-------------|
| 1 | Sig. MARIO | PAOLUCCI |
| 2 | Sig. GIUSEPPE | GRANATA |
| 4 | Sig. ROCCO | RANALLI |
| 5 | Sig. LEO | CASTIGLIONE |

Partecipa con funzioni consultive, referenti, di assistenza e verbalizzazione (art. 97, comma 4, lettera a) del D.Lgs. 18.08.2000, n. 267) il Segretario Generale Dott. Angelo RADOCCIA.

Il Presidente, constatato che gli intervenuti sono in numero legale, dichiara aperta la seduta ed invita i presenti a deliberare sull'oggetto sopraindicato

LA GIUNTA COMUNALE

PREMESSO

- che con deliberazione di Consiglio regionale n. 57/1 del 28.12.2006 è stato approvato il Piano Sociale Regionale triennale 2007-2009, pubblicato sul BURA n. 5 Speciale del 19 gennaio 2007;
- che nel medesimo Piano Sociale Regionale sono individuate le Azioni di Piano tra cui è ricompresa, nell'area dell'Integrazione sociosanitaria, quella relativa allo Sviluppo dei Piani Locali per la non-autosufficienza;
- che dall'analisi dell'Azione Sviluppo dei Piani Locali per la non-autosufficienza si rileva che il Piano Locale per la non autosufficienza (PLNA) deve essere predisposto attraverso il raccordo istituzionale, gestionale e professionale tra Ambito Territoriale Sociale e Distretto Sanitario di Base, nel rispetto degli indirizzi che saranno emanati dalla Giunta Regionale con apposito atto di indirizzo applicativo;

CONSIDERATO

- che, con 149 del 08.03.2010, è stato approvato l'Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza, con validità fino al 31.12.2011;
- che con determina dirigenziale n.DL18/43 del 17.03.2010 è assegnata a questo Ambito la somma di 212.443,00 per la prima annualità e la somma di € 212.443,00 per la seconda annualità

ATTESO

- che l'Ambito Territoriale n. 28 Ortonese, al fine di elaborare un piano il più possibile rispondente ai bisogni della comunità, ha effettuato tavoli di concertazioni con le Organizzazioni sindacali, Associazione di disabili nei quali ognuno ha concorso, per le proprie competenze, a formulare proposte finalizzate alla costruzione del PLNA;

RICHIAMATI

I verbali:

- della conferenza dei sindaci: del 05.05.2010 Avente ad oggetto “ Approvazione progetto del piano locale per la non autosufficienza dell'ambito territoriale n. 28 ortonese e protocollo d'intesa con la ASL di Chieti autorizzando il coordinatore della conferenza alla sottoscrizione;
- del 27.04.2010 avente ad oggetto confronto con le associazione dei disabili e con le organizzazione sindacali;

ATTESO che l'EAS e il DSB nell'elaborazione del PLNA hanno programmato la maggiore possibilità di integrazione degli interventi sociali e sanitari;

CONSIDERATO

- Che si rende necessario approvare il progetto PLNA per le annualità 2010-2011;
- Che il PLNA prevede una quota annuale di compartecipazione dei comuni aderenti all'ambito territoriale Ortonese n. 28 secondo la tabella sottoindicato per l'anno 2011

Comune di ORTONA (54,97%)	€ 29.194,98
Comune di ARI (3,21%)	€ 1.704,85
Comune di ARIELLI (2,92%)	€ 1.550,83
Comune di CANOSA SANNITA (3,61%)	€ 1.917,30
Comune di CRECCHIO (7,24%)	€ 3.845,21
Comune di FILETTO (2,59%)	€ 1.375,57
Comune di GIULIANO TEATINO (3,21%)	€ 1.704,85
Comune di ORSOGNA (9,8%)	€ 5.204,85
Comune di POGGIOFIORITO (2,32%)	€ 1.232,17
Comune di TOLLO (10,13%)	€ 5.380,12

DATO ATTO che si rende necessario sottoscrivere l'Protocollo d'intesa l'Azienda Sanitaria Locale di Chieti ,

VISTI

- Il Progetto PLNA dell'EAS n. 28 Ortonese dei Servizi socio-assistenziali e socio-sanitari per le annualità 2010-2011, che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- Il Protocollo d'intesa sottoscritto dal direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Chieti e il coordinatore della conferenza dei sindaci dell'ambito territoriale ortonese, 28, e allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

VISTI i pareri favorevoli resi dal Dirigente il 4° Settore Servizi Demografici ecc. e dal Dirigente il 2° Settore Servizi finanziari, espressi ai sensi dell'art. 49 del T.U.E.L. approvato con D.Lgs. 18.08.2000, n° 267, come risulta dall'allegata scheda che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

A voti unanimi

DELIBERA

1) - di approvare il progetto PLNA dei Servizi socio-assistenziali e socio-sanitari per le annualità 2010-2011 dell'Ambito Territoriale n. 28 "ORTONESE" di cui all'allegato A;

2)- Approvare Il protocollo d'Intesa per la gestione associata delle funzioni e dei servizi socio-sanitaria di cui allegato B

3)- Prenotare l'importo di € 29.194,98 nel bilancio 2011 cap.14120 quale compartecipazione del Comune di Ortona.

La Giunta comunale, con separata votazione unanime espressa per alzata di mano, dichiara la presente deliberazione immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, 4° comma, del T.U.E.L. approvato con D.Lgs. 18.08.2000, n° 267.

PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza - Deliberazione di G.R. n. 149 del 08/03/2010

PLNA 2010-2011

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 28 "ORTONESE"

Comune di ORTONA - Ente di Ambito Sociale

AZIENDA USL DI LANCIANO-VASTO-CHIETI

Distretto Sanitario di Base di Ortona

1. Comuni costituenti l'Ambito sociale n. 28 "Ortonese"

I Comuni costituenti l'Ambito sociale n. 28 "Ortonese" sono coincidenti con quelli ricompresi nel territorio del Distretto Sanitario di Base di Ortona:

- Comune di Ortona;
- Comune di Ari;
- Comune di Arielli;
- Comune di Canosa Sannita;
- Comune di Crecchio;
- Comune di Filetto;
- Comune di Giuliano Teatino;
- Comune di Orsogna;
- Comune di Poggiofiorito;
- Comune di Tollo.

2. Piano Locale della non autosufficienza e Piano di Zona

Il Piano Locale per la non autosufficienza è lo strumento locale di programmazione e vuole essere parte integrante del Piano di Zona, allo scopo di una migliore organizzazione e finalizzazione delle risorse umane, strumentali e finanziarie in riferimento alla domanda assistenziale espressa dal territorio di riferimento. Di conseguenza, il Piano Locale può essere la modalità di integrazione dell'intero sistema dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari di carattere domiciliare. Infatti al fine di sostenere la qualità di vita delle persone in condizioni di non autosufficienza, in particolare delle persone disabili gravi e delle persone anziane con più di sessantacinque anni in stato di non autosufficienza, l'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" intende promuovere un complesso di interventi al fine di facilitare l'integrazione della persona non autosufficiente, di valorizzare la domiciliarità ed alleviare l'impegno quotidiano dei nuclei familiari. Tali interventi dovranno possedere la caratteristica di un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria per una presa in carico dell'intera persona e non dello specifico bisogno, obiettivo prioritario sia del Piano di zona dei servizi sociali che dello stesso Piano Locale per la non autosufficienza (PLNA).

3. Profilo sociale locale della non autosufficienza

L'allungamento della vita media ed il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente marcato in Abruzzo, comportano il contestuale aumento dell'incidenza e prevalenza di poli-patologie cronico-degenerative e la progressiva perdita dell'autosufficienza.

L'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" si inserisce a pieno titolo in tale processo poiché presenta un aumento consistente della sua popolazione anziana dovuto sia ad un allungamento della vita media delle persone che al fenomeno del drastico calo delle nascite.

All'interno dell'Ambito "Ortonese", comunque, la distribuzione demografica non è omogenea, la presenza di abitanti di età superiore ai 65 anni è maggiore specie nei

Comuni territorialmente più interni (fenomeno particolarmente emergente nei Comuni di Ari e Filetto in cui il peso della popolazione residente con età maggiore ai 65 anni è intorno al 30,7%) rispetto ai Comuni limitrofi alla fascia costiera adriatica (in particolare il Comune di Ortona in cui il peso della popolazione residente con età maggiore ai 65 anni è del 21,5%).

L'indice di vecchiaia relativo all'intero Ambito Sociale evidenzia che per 100 ragazzi (età < 14 anni) si contano 186 anziani (età > 65 anni) con differente distribuzione nei diversi Comuni. I Comuni con l'indice di vecchiaia più alto sono i Comuni di Filetto (con 273 anziani), Ari (con 268 anziani ogni 100 ragazzi), Crecchio (con 246 anziani) e Canosa Sannita (con 242 anziani) . Il Comune con l'indice di vecchiaia più basso è quello di Ortona con 166 anziani ogni 100 ragazzi.

Tabella: Popolazione residente, Indice di Vecchiaia e di Dipendenza per Comune

COMUNI DELL'AMBITO "ORTONESE"	POPOLAZIONE AL 31/12/2009					INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI DIPENDENZA
	Pop. residente totale	Pop. residente >65 anni residente	Peso % su pop.	Pop. residente <14 anni residente	Peso % su pop.		
Ari	1237	388	31,4	126	10,2	268,3	71,1
Arielli	1178	291	24,7	138	11,7	210,9	57,3
Canosa Sannita	1492	407	27,3	168	11,3	242,3	62,7
Crecchio	3065	799	26,1	324	10,6	246,6	57,8
Filetto	1033	309	29,9	113	10,9	273,5	69,1
Giuliano Teatino	1350	346	25,6	161	11,9	214,9	60,1
Orsogna	4151	1016	24,5	563	13,6	180,5	61,4
Ortona	23876	5141	21,5	3089	12,9	166,4	52,6
Poggiofiorito	985	232	23,6	119	12,1	195,0	55,4
Tollo	4243	993	23,4	513	12,1	193,6	55,0
TOTALE	42610	9922	23,3	5314	12,5	186,7	53,6

INDICE DI VECCHIAIA: rapporto % tra la popolazione di oltre 65 anni e quella inferiore e uguale a 14 anni.

INDICE DI DIPENDENZA: rapporto % avente a numeratore la somma tra la popolazione di età <= a 14 anni e >= a 65 anni e a denominatore la popolazione di età da 15 a 64 anni.

L'indice di dipendenza relativo all'intero Ambito Sociale mostra che per 100 abitanti in età attiva (tra i 14 e i 65 anni) ce ne sono ben 53 in età di dipendenza (< 14 anni o > 65 anni). Tale indice mostra una minore dispersione fra i diversi Comuni dovuto all'effetto del bilanciamento fra i due fenomeni inversi, cioè della differente distribuzione della popolazione giovane e di quella anziana, con andamento contrario, nei diversi Comuni. A livello indicativo, i Comuni che mostrano un indice di dipendenza maggiore sono Ari e Filetto con rispettivamente 71 e 69 abitanti in età

di dipendenza ogni 100 abitanti, mentre il Comune con l'indice minore è Ortona con 52 abitanti in età di dipendenza ogni 100 abitanti.

L'indice di vecchiaia, per effetto del processo demografico in atto, è destinato a continuare a crescere in misura evidente nei prossimi anni. Infatti, come successivamente illustrato nella comparazione dei dati della popolazione residente fra gli anni 1991, 2001 e 2009, la crescita progressiva di tale indice è già in atto.

Tabella: Variazione Popolazione, Indice di Vecchiaia e di Dipendenza per Comune.

Anni 1991-2001-2009

COMUNI DELL'AMBITO ORTONESE	POPOLAZIONE RESIDENTE			INDICE DI VECCHIAIA			INDICE DI DIPENDENZA		
	Pop. 1991	Pop. 2001	Pop. 2009	Indice di Vecchiaia 1991	Indice di Vecchiaia 2001	Indice di Vecchiaia 2009	Indice Dipend. 1991	Indice Dipend. 2001	Indice Dipend. 2009
Ari	1413	1346	1237	226	308,2	268,3	60	77,9	71,1
Arielli	1265	1231	1178	168	194,0	210,9	50	58,0	57,3
Canosa									
Sannita	1586	1532	1492	169	236,9	242,3	53	61,0	62,7
Crecchio	3184	3146	3065	145	210,8	246,6	48	60,6	57,8
Filetto	1224	1167	1033	227	266,9	273,5	58	78,5	69,1
Giuliano									
Teatino	1367	1326	1350	176	231,3	214,9	57	69,5	60,1
Orsogna	4111	4006	4151	162	174,0	180,5	55	59,6	61,4
Ortona	22601	23527	23876	120	147,9	166,4	49	58,3	52,6
Poggiofiorito	1028	947	985	140	193,9	195,0	57	65,5	55,4
Tollo	4130	4189	4243	132	181,5	193,6	46	59,6	55,0
TOTALE	41909	42417	42610	137	171,8	186,7	51	60,6	53,6

La variazione della popolazione registrata in questi ultimi 18 anni non è omogenea. Nei Comuni territorialmente limitrofi alla fascia costiera adriatica, quali Ortona e Tollo, la popolazione complessiva è sostanzialmente aumentata rispettivamente del 5,3% e del 2,7%, invece in tutti gli altri Comuni territorialmente più interni l'andamento demografico presenta un decremento determinato dal calo piuttosto accentuato del tasso di natalità. Tale fenomeno è particolarmente vistoso specie nel Comune di Filetto che presenta un decremento della popolazione residente negli ultimi 18 anni del 18,5% ed Ari con un decremento del 14,2%.

Per quanto riguarda la variazione dell'indice di vecchiaia fra gli anni 1991, 2001 e 2009, l'andamento è crescente in tutti i Comuni del territorio in oggetto, anche se presenta una dispersione intorno alla media piuttosto ampia. Tale dato costituisce una conferma diretta della presenza del fenomeno dell'invecchiamento costante della popolazione, anche se l'andamento di tale processo demografico è piuttosto disomogeneo nei diversi Comuni dell'Ambito.

La vecchiaia viene dai più vissuta e immaginata come un luogo dove si concentrano solo aspetti negativi e dove i rapporti di dipendenza perdono i tratti di accettabilità per assumere quelli dell'inutilità e dell'accidentalità. Nell'infanzia e nell'adolescenza il tratto della dipendenza viene associato alla necessità di dare aiuto e protezione a chi è impegnato nella fase evolutiva. Le condizioni psicologiche e sociali dell'anziano che si trova in posizione di dipendenza sono ben diverse: egli non è in una fase di passaggio, bensì è relegato in una posizione definitiva che necessita di cure e assistenza.

Un indicatore del livello di necessità e di assistenza della popolazione anziana può essere il numero di assistiti nel servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) afferenti al Distretto Sanitario di Base di Ortona nelle sue tre sedi erogative della ASL di Lanciano-Vasto-Chieti nel periodo 2006, 2007, 2008 e 2009. Dai dati rilevati è emerso che il numero di assistiti in A.D.I. in tre anni è aumentato del 16% passando da 387 assistiti del 2006 ai 449 del 2009, a differenza invece del numero di assistiti in A.D.P. che ha avuto un andamento altalenante.

Tabella: Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) e Assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.)

DISTRETTO DI ORTONA	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)				ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (A.D.P.)			
	Assistiti	Assistiti	Assistiti	Assistiti	Assistiti	Assistiti	Assistiti	Assistiti
	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009
Sede di Ortona	187	206	216	220	281	337	450	394
Sede erogativa di Orsogna	89	120	151	119	107	121	105	105
Sede erogativa di Tollo	111	116	118	110	184	186	192	189
TOTALE	387	442	485	449	572	684	747	688

Fonte Azienda Unità Sanitaria Locale Lanciano-Vasto-Chieti - Servizio A.D.I.

L'attuale concezione dell'anziano pone l'accento sugli aspetti negativi tralasciando di riconoscere che in tutte le fasi dello sviluppo umano, dall'infanzia alla vecchiaia, sono presenti compiti evolutivi diversificati.

L'attenzione verso i meccanismi che hanno prodotto questa immagine deve favorire l'indirizzo degli interventi anche su versanti nuovi e con mezzi differenti, più conformi alle esigenze degli individui e pronti a dare risposte differenziate e meno totalizzanti alle loro esigenze.

Risulta evidente che tali esigenze scaturiscono direttamente dalle modificazioni che intervengono in età senile, influenzando in maniera determinante la "figura anziano":

- Modificazione biologica-fisiologica → esigenza sanitaria;
- Modificazione psicologica-affettiva → esigenza sociale;
- Modificazione socio-lavorativa → difficoltà economica/impiego del tempo.

Altro dato fondamentale da acquisire per un completo profilo sociale locale della non autosufficienza è quello relativo alla gravità di handicap presente. I portatori di handicap gravi risultano essere maggiori rispetto a quelli con handicap lievi e meno gravi e addirittura più del doppio per la fascia di età ultra 65enni.

Tabella: Portatori di handicap al 31/12/2008

COMUNI DELL'AMBITO ORTONESE	MINORI		18-65 ANNI		ULTRA 65 ANNI		TOTALE
	H	HG	H	HG	H	HG	
Ortona	28	39	177	169	74	520	1007
Arielli	3	2	15	16	12	17	65
Canosa Sannita	5	3	16	24	8	36	92
Crecchio	3	6	18	22	21	66	136
Orsogna	10	15	27	27	18	57	154
Poggiofiorito	2	0	12	4	5	14	37
Tollo	4	10	40	34	52	119	259
TOTALE	55	75	305	296	190	829	1750

Fonte: Dati Distretto Sanitario di Base di Ortona - ASL di Lanciano-Vasto-Chieti

Per quanto riguarda, invece, la distribuzione in fasce di età emerge che la maggior parte dei portatori di handicap del territorio di riferimento ha un'età maggiore ai 65 anni. Tale dato mette in evidenza come spesso la vecchiaia sia tristemente correlata anche ad un aumento delle patologie invalidanti che riducono l'autonomia personale e sociale dell'individuo.

Tale evidenza è riflessa anche nei dati relativi all'invalidità civile.

Tabella: Invalidi civili al 31/12/2008

COMUNI DELL'AMBITO ORTONESE	MINORI	18-65 ANNI			ULTRA 65 ANNI			TOTALE
		34-66 %	67- 100%	100%+Acc	34-66 %	67- 100%	100%+Acc	
Ortona	124	826	847	96	511	2508	1187	6099
Arielli	12	45	49	16	26	162	72	382
Canosa Sannita	17	64	76	18	40	196	113	524
Crecchio	14	110	120	26	104	420	201	995
Orsogna	28	103	135	33	72	358	224	953
Poggiofiorito	2	39	35	2	18	129	61	286
Tollo	27	219	208	27	182	234	279	1176
TOTALE	224	1406	1470	218	953	4007	2137	10415

Fonte: Dati Distretto Sanitario di Base di Ortona - ASL di Lanciano-Vasto-Chieti

Osservando i dati relativi alle percentuali di invalidità sia dei soggetti dai 18 ai 65 anni, che quelli relativi agli ultra 65enni si nota un aumento progressivo delle percentuali di invalidità con l'aumentare dell'età delle persone.

Altro problema sempre più diffuso e presente nella società odierna è quello relativo al disagio sociale che va ad accrescere in maniera esponenziale il disagio esperito dai soggetti in cura psichiatrica e insito nella natura stessa della malattia mentale. In particolare i dati forniti dal Centro di Salute Mentale di Ortona, permettono di evidenziare quanti cittadini negli anni 2007, 2008 e 2009 hanno usufruito di cure psichiatriche.

Tabella: Utenza del Centro di Salute Mentale di Ortona - Anni 2007 - 2008 - 2009

COMUNI AMBITO ORTONESE	ANNO DI RIFERIMENTO 2007				ANNO DI RIFERIMENTO 2008				ANNO DI RIFERIMENTO 2009			
	0- 17	18- 64	>= 65	Tot.	0-17	18- 64	>= 65	Tot.	0-17	18-64	>= 65	Tot.
Ortona	4	300	235	539	0	280	218	498	0	306	229	535
Ari	0	7	3	10	0	4	2	6	0	6	5	11
Arielli	0	11	10	21	0	5	9	14	0	4	6	10
Canosa	0	13	7	20	0	19	7	26	0	19	8	27
Sannita												
Crecchio	0	57	25	82	0	48	22	70	0	62	45	107
Filetto	0	2	1	3	0	2	2	4	0	5	1	6
Giuliano	0	9	5	14	0	9	5	14	0	9	7	16
Teatino												
Orsogna	0	33	17	50	1	35	22	58	0	36	20	56
Poggiofiorito	0	11	5	16	0	11	5	16	0	13	6	19
Tollo	0	54	45	99	0	40	63	103	0	54	50	104
TOTALE	4	497	353	854	1	453	355	809	0	514	377	891

Fonte: Dati Centro di Salute Mentale di Ortona - A.SL di Lanciano-Vasto-Chieti

La popolazione che ha usufruito di cure presso il CSM di Ortona è stata di 854 nell'anno 2007, di 809 nell'anno 2008 e di 891 nel 2009, pari a circa il 2% della popolazione totale. Per quanto riguarda la differenziazione territoriale, il numero maggiore di pazienti è presente nel Comune di Ortona, seguito dai Comuni di Tollo e Crecchio, situazione che rispecchia abbastanza fedelmente la diversa grandezza dei Comuni.

Per quanto riguarda la fascia di età dei pazienti psichiatrici, la maggior parte appartiene alla fascia di età adulta (18-64 anni) rispetto a quella anziana con un'età maggiore ai 65 anni.

Tale scenario impone la necessità di individuare un sistema di offerta assistenziale che sappia dare risposte efficaci e appropriate lungo tutto il percorso assistenziale degli utenti/pazienti (ospedale, residenzialità extra-ospedaliera, domicilio) al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza in tutte le fasi di sviluppo delle patologie.

4. Le finalità del Piano Locale

Il Piano Locale per la non autosufficienza intende contribuire a realizzare le migliori condizioni che consentano alle persone con disabilità grave e anziane con più di sessantacinque anni in condizioni di non- autosufficienza di permanere al proprio domicilio assistite e in condizioni di sicurezza. Questo, a partire da coloro per i quali non è indicato, auspicabile o possibile un inserimento in una struttura residenziale.

Gli interventi così posti, messi in essere per mezzo di prestazioni socio-assistenziali fornite a domicilio, secondo un progetto personalizzato, intendono inoltre contrastare l'emarginazione delle persone compromesse sul piano funzionale e/o cognitivo e delle loro famiglie. Tale finalità viene perseguita attraverso lo sviluppo continuo di una rete di interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità e delle famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone non autosufficienti.

In sintesi, il Piano Locale consiste in un insieme di prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie fornite a domicilio finalizzate al soddisfacimento dei bisogni essenziali della persona allo scopo di:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sociale e/o sanitario suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza;
- evitare l'istituzionalizzazione delle persone anziane o disabili garantendo loro la permanenza nel proprio ambito di vita;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, favorendo il recupero o la conservazione delle capacità residue di autonomia e relazionali;
- supportare i *caregiver* e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia d'intervento;
- contribuire insieme alle altre risorse presenti sul territorio ad elevare la qualità di vita delle persone e ad evitare il fenomeno dell'isolamento.

Il Piano locale per la non autosufficienza è finalizzato, pertanto, a rendere la permanenza della persona non autosufficiente nel nucleo familiare meno difficile e più soddisfacente anche sotto il profilo delle relazioni affettive intrafamiliari e delle relazioni sociali e ad evitare i ricoveri impropri.

Tale finalità viene perseguita attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete, composta ed organizzata, di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e dei nuclei familiari che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone non autosufficienti.

5. I beneficiari del Piano Locale

Il Piano Locale è rivolto alle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti residenti nei Comuni facenti parte dell'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" quali: Ari, Arielli, Canosa Sannita, Crecchio, Filetto, Giuliano Teatino, Orsogna, Ortona, Poggiofiorito e Tollo.

Al fine di prevenire processi di emarginazione e di istituzionalizzazione è data particolare attenzione, nella presa in carico, alle fasce più deboli, che non potrebbero accedere a servizi alternativi:

- disabili certificati in situazione di gravità (L. 104/1992 art. 3 co. 3);
- avere più di sessantacinque anni ed essere in stato di non autosufficienza (invalidità civile con accompagnamento);
- utenti con bisogni socio-sanitari complessi che necessitano di interventi integrati (ADI, demenza tipo Alzheimer in trattamento presso l'ambulatorio psico-geriatrico operativo presso il Distretto di Ortona in integrazione con il C.S.M. di Ortona).

6. Il Piano di integrazione socio-sanitaria

Il Piano Locale per la non Autosufficienza si caratterizza come strumento di concertazione tra l'Ambito Territoriale Sociale n. 28 Ortonese e il Distretto Sanitario di Base di Ortona e stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza.

Dal punto di vista del cittadino, l'integrazione si fonda sul processo di presa in carico.

La presa in carico, dalla quale può originarsi l'invio e l'accesso ai diversi tipi di prestazioni e di interventi, richiede unitarietà nei momenti della valutazione, della definizione del progetto individualizzato di intervento, della verifica e dell'aggiornamento del progetto medesimo.

Il Piano Locale per la non autosufficienza è quindi strumento ulteriore di integrazione tra l'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" e il Distretto Sanitario di Base di Ortona, poiché nelle finalità, nella metodologia e nelle prestazioni trova piena collocazione all'interno delle consolidate modalità di collaborazione tra i due organismi, specificate anche nell'Accordo di Programma sottoscritto per l'adozione del Piano di zona dei servizi sociali 2007-2009 e successiva proroga.

Nello specifico il Distretto Sanitario di Base di Ortona parteciperà alla realizzazione del Piano Locale per la non autosufficienza attraverso quanto specificatamente previsto nel Protocollo d'intesa per l'integrazione socio-sanitaria e l'attuazione del presente Piano Locale, parte integrante del presente documento.

Le risorse messe a disposizione del Piano Locale da parte del Distretto Sanitario di Base di Ortona sono:

- Direttore del Distretto Sanitario di Base di Ortona, per la predisposizione e verifica delle procedure relative al Piano Locale;
- Punto Unico di Accesso (PUA) distrettuale per la presa in carico e relativa trasmissione dei casi con bisogno complesso all'UVM;
- Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) distrettuale per la predisposizione e verifica dei Piani di Assistenza Individualizzati (PAI);
- Ambulatorio Psico- Geriatrico per l'eventuale partecipazione all'UVM;
- Centro di Salute Mentale di Ortona per l'eventuale partecipazione all'UVM.

7. Area di intervento del Piano Locale

In riferimento all'Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale per gli interventi rivolti alla non autosufficienza, l'Ambito sociale n. 28 "Ortonese" individua come prioritaria la seguente area di intervento:

- l'attivazione o il rafforzamento di servizi sociosanitari e socioassistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

L'insieme delle politiche di sostegno della domiciliarità si caratterizza nell'implementazione della rete dei servizi già programmati all'interno del Piano di Zona e attivati con il precedente PLNA, a seguito della presa in carico della persona non autosufficiente.

L'Ambito sociale n. 28 "Ortonese" con il Piano Locale per le non autosufficienze intende, nello specifico, potenziare l'offerta territoriale dei servizi a domicilio socio-assistenziali, quali:

1. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Servizio finalizzato ad evitare ricoveri impropri e mantenere l'anziano nel suo ambiente di vita attraverso l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate a domicilio a persone anziane non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera. Le prestazioni che sono erogate dal Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata sono:

- a) Prestazioni di tipo sanitario (medico, specialistiche, infermieristiche e riabilitative);
- b) Prestazioni di tipo socio-assistenziale (cura ed igiene della persona).

2. *Assistenza domiciliare socio-assistenziale*

Il servizio è rivolto a persone che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

Sono servizi rivolti alla cura ed igiene della persona e aiuto nella gestione della propria abitazione. Le prestazioni che sono state erogate dal servizio di assistenza domiciliare, quindi, sono:

- a) Aiuti volti a favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere:
 - cura dell'igiene personale
 - vestizione
 - aiuto nella somministrazione dei pasti e/o assunzione dei cibi
 - mobilitazione delle persone non autosufficienti;
- b) Aiuto per il governo dell'alloggio e delle attività domestiche:
 - cura delle condizioni igieniche dell'alloggio
 - riordino del letto e delle stanze
 - cambio biancheria
 - preparazione dei pasti
- c) Interventi igienico – sanitari di semplice attuazione:
 - aiuto per la prevenzione delle piaghe da decubito in collaborazione con il Servizio Sanitario
- d) Sostegno all'anziano e alla famiglia
- e) Collaborazione nel settore del segretariato sociale.

3. *Trasporto*

Servizio che rientra tra gli interventi di natura socio-assistenziale organizzati dall'Ambito sociale n. 28 "Ortonese" al fine di consentire alle persone disabili di raggiungere centri di cura e riabilitazione ed è, quindi, finalizzato all'accompagnamento a strutture semiresidenziali per persone non autosufficienti o per terapie riabilitative.

8. Sviluppo temporale ed operativo del Piano Locale

Le fasi di sviluppo temporale ed operativo del Piano Locale per la non autosufficienza hanno la duplice finalità di essere sia una guida metodologica dei processi da realizzare e procedure da implementare necessari per la messa in campo di un Piano Locale integrato negli obiettivi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari

e sia una guida operativa delle azioni da compiere per la realizzazione delle attività previste.

Le attività previste nelle singole fasi sono:

1. Fase I: Procedure per l'assegnazione dei servizi socio-assistenziali

L'Ambito sociale n. 28 "Ortonese", al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati, ha previsto un documento esplicativo di tutti i processi e le procedure per la richiesta e l'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari di Ambito. Per quanto riguarda specificatamente i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, in collaborazione con il Distretto Sanitario di Base di Ortona, sono state formalmente esplicitate sia le procedure di accesso al servizio che le modalità organizzative e attuative dei servizi. A completamento dell'iter tali indicazioni sono state ricomprese nel Protocollo d'intesa per la sottoscrizione e attuazione del PLNA. Di conseguenza per l'esplicitazione delle procedure di assegnazione si fa riferimento al documento sopra citato.

In questa prima fase dell'attuazione del PLNA è necessario quindi realizzare le seguenti azioni:

- attivazione del coordinamento inter-istituzionale per la definizione di dettaglio degli iter amministrativi e delle procedure integrate per l'acquisizione delle segnalazioni e/o domande di accesso al servizio, la gestione del progetto PAI e le modalità di verifica del PLNA;
- costituzione e formalizzazione dell'UVM distrettuale integrata con la presenza del Coordinatore di Area sociale anziani/disabili a seconda della tipologia di utenza in carico funzionale alla predisposizione di un PAI esigibile da parte dell'utente.

2. Fase II: Predisposizione del P.A.I.

Per la stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) si procede attraverso l'operato dell'UVM distrettuale per l'analisi e lo studio del bisogno manifestato dall'utente e/o dalla famiglia dell'utente e rilevato attraverso le specifiche valutazioni previste nel documento regionale "Il sistema delle cure domiciliari - Linee guida". Dopo attenta analisi si è proceduto alla stesura del P.A.I., che dovrà prevedere:

- la lettura funzionale del caso;
- la definizione delle aree assistenziali d'intervento;
- il raggiungimento di una gerarchia di obiettivi;
- la definizione delle azioni e degli interventi assistenziali e le sue modalità di realizzazione;
- la descrizione del compito/competenze dell'operatore;
- le modalità di monitoraggio dell'intervento.

3. Fase III: Erogazione dell'intervento personalizzato di assistenza

A seguito del lavoro integrato realizzato dai componenti dell'UVM distrettuale, i responsabili della presa in carico, uno per la componente sanitaria e uno per la

componente sociale, dovranno provvedere all'attivazione delle risorse di rete per la realizzazione di quanto specificato nel piano assistenziale elaborato.

In primo luogo l'operatore responsabile della componente sociale deve pianificare il colloquio di sostegno e di restituzione all'utente e/o alla famiglia dell'utente sulle modalità organizzative degli interventi socio-assistenziali da realizzare, poiché il contatto/contratto fra la persona e il servizio è un elemento importante della qualità di processo della presa in carico e in secondo luogo deve provvedere all'attivazione degli interventi socio-assistenziali finalizzati alla soddisfazione dello specifico bisogno rilevato e valutato.

4. Fase IV: Monitoraggio periodico e finale del PAI

Il monitoraggio e la verifica finale dell'andamento degli interventi socio-assistenziali attivati e del raggiungimento degli obiettivi pianificati devono essere realizzati dall'Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuale. A tal fine i componenti dell'UVM si avvarranno della relazione periodica sull'andamento e i risultati conseguiti attraverso gli interventi socio-assistenziali erogati fornita dai responsabili della presa in carico sociale e sanitario. Tali verifiche di UVM devono essere finalizzate all'analisi e alla valutazione della documentazione specifica, alla registrazione dell'evoluzione dell'intervento e al controllo del regolare andamento delle attività per la verifica della coerenza delle azioni pianificate con gli obiettivi. In tale sede potrà essere effettuata, eventualmente, anche la rimodulazione degli interventi durante la loro realizzazione per permettere il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PAI.

5. Fase V: Verifica trimestrale del PLNA

Tra i compiti del coordinamento inter-istituzionale sono previsti incontri, con periodicità almeno trimestrale, finalizzati alla verifica dell'attuazione del Piano Locale per la non Autosufficienza. Lo scopo è quello di monitorare e verificare in tempo reale della funzionalità delle attività e delle risorse impegnate.

Si conclude la fase con la relazione conclusiva del Piano locale realizzato.

9. I Servizi sociali e socio-sanitari del Piano di Zona che si integreranno con il Piano Locale per la non autosufficienza

1. Area servizi ed interventi generali

- **Segretariato Sociale**

L'attività di Segretariato sociale è finalizzata a garantire: unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

- **Servizio Sociale Professionale**

Le funzioni del servizio sociale professionale sono finalizzate alla lettura e decodificazione della domanda, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, all'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione.

2. Area servizi per gli anziani

- **Assistenza Domiciliare per anziani**

L'assistenza domiciliare è diretta ad anziani con parziale o totale non autosufficienza con lo scopo di salvaguardare l'autonomia personale e la permanenza nel nucleo familiare. Può consistere in un sostegno domiciliare di aiuto domestico, somministrazione pasti e altri interventi connessi alla vita quotidiana, quali la cura e l'igiene della persona.

- **Assistenza Domiciliare Integrata per anziani (ADI)**

Servizio Integrato a favore di anziani con mono o pluripatologie non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autosufficienza, finalizzato a fornire contemporaneamente a domicilio dell'assistito prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, a carico dell'ASL e socio-assistenziali, di competenza dell'Ambito, favorendo il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente di vita quotidiano e familiare

- **Assistenza anziano "fragile" con disturbi psico-comportamentali**

Attivazione Ambulatorio Psicogeriatrico a gestione integrata DSB e CSM con specifiche modalità di accesso su invio del M.M.G. o del Servizio Sociale o del Segretariato Sociale. L'Ambito attiva interventi di assistenza domiciliare rivolti all'anziano in carico all'Ambulatorio Psicogeriatrico.

- **Soggiorni di cura per Anziani**

Il soggiorno di cura è un servizio residenziale temporaneo, che si realizza in località particolarmente idonee per cure climatiche e termali, al fine di offrire agli anziani l'occasione di svago e di nuovi contatti sociali, e la possibilità di conservazione e di recupero dello stato di benessere fisico e psichico.

- **Servizio Teleassistenza e Telesoccorso**

Il servizio si realizza attraverso l'attivazione di un sistema di assistenza telematica e/o telefonica a domicilio, idoneo a garantire sia la pronta disponibilità a ricevere le segnalazioni dell'utente anziano in caso di emergenza, sia un contatto programmato con l'assistito. Il servizio presenta un alto livello di integrazione socio-sanitaria e si raccorda con i servizi di pronto intervento sociale e pronto soccorso.

3. Area servizi per la disabilità

- **Assistenza Domiciliare per disabili**

L'assistenza domiciliare è diretta a portatori di handicap con lo scopo di salvaguardare l'autonomia personale e la permanenza nel nucleo familiare. Può

consistere in un sostegno domiciliare di aiuto domestico, somministrazione pasti e altri interventi connessi alla vita quotidiana, quali la cura e l'igiene della persona.

- **Centro Diurno per disabili**

Il Centro diurno per disabili è una struttura semiresidenziale finalizzata alla prevenzione della istituzionalizzazione, al sostegno e sollievo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua dell'adulto con disabilità.

- **Trasporto**

Servizio di trasporto rivolto principalmente a persone disabili gravi e finalizzato all'accompagnamento a strutture semiresidenziali o per terapie riabilitative.

10. Il sistema delle Cure domiciliari del D.S.B. di Ortona che si integreranno con il Piano Locale per la non autosufficienza

1. Cure domiciliari prestazionali caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato

Si intende una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga una valutazione multidimensionale e l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Comprendono le seguenti tipologie:

- **ADP (Assistenza Domiciliare Programmata)**

La figura interessata è il Medico di Medicina Generale (MMG) dell'assistito, che effettua accessi periodici, concordati ed autorizzati dal Dirigente Medico di distretto responsabile dell'assistenza domiciliare;

- **Assistenza Domiciliare per bisogno sanitario semplice**

La gamma di prestazioni di questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni come il prelievo ematico, la terapia iniettiva intramuscolare e sottocutanea, l'educazione del caregiver all'uso di specifici ausili o alla gestione di apparecchiature fino alla consulenza medico specialistica.

2. Cure domiciliari integrate di primo e secondo livello - ADI

Questa tipologia di cure domiciliari è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale.

Le prestazioni che riguardano questa tipologia di cure domiciliari si possono classificare in:

- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo valutativo-diagnostico;

- Prestazioni relative all'attività educativo-relazionale-ambientale;
- Prestazioni relative all'attività clinica di tipo terapeutico;
- Prestazioni relative all'attività di programmazione.

3. Cure domiciliari integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali

Questa tipologia di cure domiciliari consiste in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche:

- Malati terminali (oncologici e non);
- Malati portatori di patologie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata;
- Fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- Pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- Pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- Pazienti in stato vegetativo e minima coscienza.

11. Risorse proprie messe a disposizione per la realizzazione del Piano Locale

Le risorse organizzative proprie messe a disposizione per la realizzazione del Piano Locale sono quelle del Sistema organizzativo dell'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese", deputate alla realizzazione e verifica di tutte le funzioni specifiche di Ambito, quali:

- l'analisi della domanda sociale e dei bisogni espressi dal territorio;
- la programmazione degli interventi e dei servizi sociali;
- la gestione diretta dei servizi;
- la valutazione dei servizi erogati;
- la qualità del sistema.

Nello specifico, le risorse umane messe a disposizione dall'ufficio di Piano sono:

- Responsabile Amministrativo - Dirigente del IV Settore del Comune di Ortona;
- Coordinatore Tecnico del Piano di Zona - Responsabile Centro InformaGiovani del Comune di Ortona;
- Coordinatore Area Assistenza del Piano di zona;
- Coordinatore Area Disabilità del Piano di zona;
- Operatrice amministrativa;
- Staff di supporto.

Lo staff tecnico di supporto, nello specifico, è deputato alla realizzazione delle azioni collegate alla qualità del sistema dell'Ambito, quali:

- il Sistema Informativo Centrale (S.I.C.);
- il processo qualità dell'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese";
- il sistema di Monitoraggio e Valutazione;
- il processo formativo esterno ed interno all'Ambito;
- il processo di integrazione socio-sanitaria;

- il processo di collaborazione interistituzionali.

PIANO ECONOMICO

13. Risorse finanziarie

Piano Locale per la non autosufficienza – Anno 2010

Importo richiesto	€ 212.443,00
Importo cofinanziato	€ 0
Importo totale del Piano Locale	€ 212.443,00

Area di intervento del Piano	Numero di utenti previsti	Costo preventivato
1. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	n. 60 utenti	€ 42.443,00
2. Assistenza domiciliare socio-assistenziale	n. 80 utenti	€100.000,00
3. Trasporto	n. 15 Centro Diurno Disabili n. 12 Centri di riabilitazione	€ 70.000,00

Piano Locale per la non autosufficienza – Anno 2011

Importo richiesto	€ 212.443,00
Importo cofinanziato	€ 53.110,75
Importo totale del Piano Locale	€ 265.553,75

Area di intervento del Piano	Numero di utenti previsti	Costo preventivato
1. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	n. 60 utenti	€ 50.000,00
2. Assistenza domiciliare socio-assistenziale	n. 80 utenti	€ 140.553,75
3.		

Trasporto	n. 15 Centro Diurno Disabili n. 12 Centri di riabilitazione	€ 75.000,00
-----------	--	--------------------

Data _____
Piano

Firma del Responsabile del

**PROTOCOLLO DI INTESA
PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E
L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI RIVOLTI ALLA
NON AUTOSUFFICIENZA**

PLNA 2010-2011

TRA
il **COMUNE DI ORTONA - ENTE DI AMBITO SOCIALE N. 28
ORTONESE**
E
l'**AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 2 LANCIANO-VASTO-
CHIETI**

PREMESSO

- che il Comune di ORTONA è l'Ente di Ambito Sociale (EAS) dell'Ambito territoriale sociale n. 28 "Ortonese";
- che l'Ambito territoriale sociale n. 28 "Ortonese" è costituito dai comuni di Ari, Arielli, Canosa Sannita, Crecchio, Filetto, Giuliano Teatino, Orsogna, Ortona, Poggiofiorito e Tollo, coincidente con il territorio del Distretto di Ortona;
- che l'Accordo di Programma per l'adozione del Piano di zona dei servizi sociali 2007-2009 dell'Ambito territoriale sociale n. 28 "Ortonese" è stato sottoscritto dai Comuni costituenti l'Ambito e l'Azienda Sanitaria Locale di Chieti in data 17.05.2007.;
- che il presente protocollo è stipulato in piena osservanza di quanto previsto:
 - nel Piano Sociale Regionale 2007-2009;
 - nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
 - nell'Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza - deliberazione di G.R. n. 149 del 08/03/2010;
- che quanto previsto nel "Regolamento dei servizi di assistenza" e nel "Protocollo di intesa tra la rete delle Scuole dell'Ambito e l'Ente di Ambito Sociale n. 28 Ortonese", approvati dai Consigli Comunali di tutte e 10 le Amministrazioni componenti l'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" e dalla

- Conferenza dei Sindaci in data 14/10/2008, verrà applicato nell'attuazione del Piano Locale per la non Autosufficienza (PLNA);
- che l'importo assegnato all'Ambito territoriale sociale n. 28 "Ortonese" per l'attuazione del Piano Locale per la non Autosufficienza (PLNA) è di € 212.443,00;
- che specificamente per il servizio ADI la copertura dell'80% del servizio è da parte della ASL così come previsto dal Piano Sociale Regionale;
- che il Piano Locale per la non Autosufficienza (PLNA) è stato sottoposto al confronto con le OO.SS. dei pensionati e con le Associazioni per disabili a livello locale in data 27.04.2010.

Le parti, come sopra descritte, concordano quanto segue:

Art. 1

L'INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

L'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria suggerisce che "per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare i bisogni assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti" (DPCM 14.02.2001 art. 4 comma 3).

Nel suddetto DPCM si è definita l'assistenza socio-sanitaria come ciò che viene prestato a persone che presentano bisogni di salute. La situazione "bisogno di salute" è quindi una condizione complessa e variegata poiché comprende e dipende da vari fattori che la determinano. Si può trattare di fattori primari o naturali (biologici) e di fattori artificiali o culturali (personali e sociali); in tutti i casi il "bisogno di salute", così definito, è proprio quello che richiede azioni di protezione sociale e prestazioni sanitarie.

Art. 2

LE FINALITA' DEL PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Il Piano Locale per la non Autosufficienza si caratterizza come strumento di integrazione tra l'Ambito Territoriale Sociale n. 28 "Ortonese" e il Distretto di Ortona e stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza.

In riferimento all'Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale per gli interventi rivolti alla non autosufficienza, l'Ambito sociale n. 28 "Ortonese" individua come prioritaria la seguente area di intervento:

- l'attivazione o il rafforzamento di servizi sociosanitari e socioassistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

L'insieme delle politiche di sostegno della domiciliarità si caratterizza nell'implementazione della rete dei servizi già programmati all'interno del Piano di Zona e attivati con il precedente PLNA, a seguito della presa in carico della persona non autosufficiente.

Art. 3

LA TIPOLOGIA UTENZA DEL PLNA

I destinatari del piano saranno persone residenti nei Comuni dell'Ambito territoriale sociale n. 28 "Ortonese" con almeno uno dei seguenti requisiti:

- disabili certificati in situazione di gravità (L. 104/1992 art. 3 co. 3);
- avere più di sessantacinque anni ed essere in stato di non autosufficienza (invalidità civile con accompagnamento);
- utenti con bisogni socio-sanitari complessi che necessitano di interventi integrati (ADI, demenza tipo Alzheimer in trattamento presso l'ambulatorio psico-geriatrico operativo presso il Distretto di Ortona in integrazione con il C.S.M. di Ortona).

Art. 4

LA TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI DA ATTUARE CON IL PLNA

Per la finalità del PLNA di sostenere la domiciliarità e rendere la permanenza della persona non autosufficiente in famiglia meno difficile, gli interventi individuati sono:

- *ADI – Assistenza domiciliare integrata*
Prestazioni socio-assistenziali (cura ed igiene della persona) e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate a domicilio a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere la persona nel proprio ambiente di vita.
- *Assistenza domiciliare socio assistenziale*
Servizio rivolto a persone che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.
È un servizio rivolto alla cura ed igiene della persona o di aiuto nella gestione della propria abitazione.
- *Trasporto*
Servizio di trasporto rivolto principalmente a persone disabili gravi e finalizzato all'accompagnamento a strutture semiresidenziali o per terapie riabilitative.

Art. 5

L'ACCOGLIENZA DELLA DOMANDA

- *ADI – Assistenza domiciliare integrata*
L'ammissione al servizio A.D.I. sarà garantita attraverso l'UVM del Distretto di Ortona per la predisposizione e monitoraggio di specifico Piano individualizzato

per tutti i soggetti in condizioni di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta che necessitano di assistenza da parte di una équipe multiprofessionale secondo quanto previsto nel documento regionale “Il Sistema delle Cure Domiciliari- Linee Guida”.

- *Assistenza domiciliare socio assistenziale*

Essendo un servizio, per le finalità del PLNA, rivolto a persone disabili gravi (L. 104/97 art. 3 co. 3) e a persone anziane con più di sessantacinque anni in stato di non autosufficienza (invalidità civile con accompagnamento), la richiesta di presa in carico può provenire tanto dal diretto interessato quanto dalle rete formale o informale.

La domanda deve essere inoltrata attraverso compilazione di apposita “Scheda di Richiesta Servizio” e farla pervenire presso lo sportello di Segretariato Sociale del proprio Comune di residenza. La domanda dovrà essere corredata da certificazione attestante la disabilità grave o, in caso di ultra sessantacinquenni, lo stato di non autosufficienza (invalidità civile con accompagnamento).

Il personale afferente al Segretariato Sociale coadiuvato dal coordinatore dell’Area sociale assistenziale effettua il controllo del possesso dei requisiti minimi per l’istruttoria della domanda. In caso di mancanza di requisiti di accesso provvede a comunicare all’utente la non ammissibilità della domanda alla procedura. In caso di istruttoria positiva il personale afferente al Segretariato Sociale provvede alla trasmissione della documentazione al PUA del Distretto. L’ammissione al servizio di assistenza domiciliare socio assistenziale sarà, quindi, garantita attraverso l’UVM di Area distrettuale integrata con il Coordinatore di area sociale anziani o disabili per la predisposizione e monitoraggio di specifico Piano assistenziale individualizzato.

- *Trasporto*

L’ammissione al servizio sarà garantita attraverso l’UVM distrettuale integrata.

Art. 6

IL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta l’anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale. Il PUA si realizza, ai fini dell’unitarietà di accesso, a livello distrettuale e, per l’attuazione del PLNA, si integra concretamente sul territorio attraverso il Servizio Sociale Professionale dell’Ambito.

Le funzioni principali del PUA sono:

- accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali;
- informazione, educazione e orientamento dell’utente;
- presa in carico dei casi complessi segnalati dall’Ente di Ambito Sociale n. 28 “Ortonese”.

In relazione al PLNA le azioni di competenza del PUA sono:

- facilitare l'accesso alla rete integrata attraverso la ricezione della segnalazione e la decodifica della domanda;
- segnalare il caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione delle informazioni all'UVM, per la valutazione del bisogno e per la mobilitazione delle risorse del sistema sanitario, sociosanitario o sociale.

Nell'ambito dei servizi sociali il PUA si integra con gli sportelli di Servizio Sociale presenti in ogni comune dell'Ambito, consentendo in tal modo l'accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie previste dal PdZ e dal PAT.

Art. 7

LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO (UVM)

La valutazione unitaria del bisogno, ovvero l'analisi dettagliata dei problemi che presenta la persona, rappresenta l'adempimento prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto personalizzato e della presa in carico assistenziale di tipo complessivo.

A tal fine e in ottemperanza di quanto previsto nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010, la realizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale integrata con la compagine di Ambito ha permesso al Distretto di essere in grado di realizzare la valutazione e la "presa in carico" dei bisogni del cittadino, di strutturare percorsi di cura ed assistenza ed utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria.

La valutazione multidimensionale è, infatti, la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'utente, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e sociali. Rappresenta uno strumento flessibile ed integrato in grado di oggettivare attraverso competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, il bisogno soggettivo del singolo cittadino, individuare le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definire gli obiettivi, consentire la presa in carico, valutare gli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza.

A tal fine l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), in merito al PLNA sarà composta da:

- Direttore del Distretto di Ortona o suo delegato;
- MMG componente dell'UCAD per l'assistenza primaria;
- il Coordinatore delle Professioni Sanitarie del Distretto di Ortona o suo delegato;
- Assistente Sociale del Servizio Sociale d'Ambito;
- Coordinatore dell'Area sociale anziani/disabili d'Ambito, a seconda della tipologia dell'utenza;
- MMG dell'assistito o PLS a richiesta dell'UVM.

All'UVM potranno partecipare altre figure professionali dell'area clinica, di quella psicologica e di quella sociale in relazione al bisogno della persona.

Costituiscono attività specifiche della UVM:

- analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;

- individuazione del setting operativo dove indirizzare il paziente (domicilio, semi-residenza, residenze sanitarie);
- individuazione del/i responsabile/i del caso (Case Manager) nella prima riunione di valutazione;
- elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- monitoraggio sull'attuativa di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

Art. 8

IL PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)

Il progetto assistenziale individualizzato (PAI) deve tenere conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

I servizi/interventi/prestazioni ritenuti necessari dall'UVM per la persona non autosufficiente, devono essere inseriti nel PAI, predisposto dalla UVM medesima, prevedendo necessariamente almeno un intervento sanitario ed un intervento sociale. Nei PAI, quindi, viene identificata l'intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno, la natura delle azioni integrate, la tempistica e le modalità di attuazione e di valutazione.

Il PAI va comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente e/o ai suoi familiari. Esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato (bisogni, preferenze, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative ecc...). La flessibilità del progetto personalizzato è garantita dalle figure di riferimento e dalla responsabilità che ognuna di loro assume in ragione della tempestività e modalità di adattamento operativo di una fase del progetto.

Alla compilazione e sottoscrizione del PAI segue la sua trasmissione, ai fini della relativa attuazione degli interventi, per la componente sociale all'Ufficio di Piano dell'Ente di Ambito Sociale e per la componente sanitaria ai servizi distrettuali.

Art. 9

LE FIGURE SIGNIFICATIVE DI RIFERIMENTO PER L'ATTUAZIONE DEL PAI

Il responsabile della presa in carico o *case manager* saranno due operatori, uno per la componente sociale e uno per la componente sanitaria, incaricati di seguire la realizzazione del progetto personalizzato e che si assumono la responsabilità dell'attuazione degli interventi in esso previsti. Rappresentano anche il principale riferimento organizzativo per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe assistenziale multiprofessionale.

Per la componente sociale si individua preferibilmente nella figura dell'Assistente sociale del Segretariato sociale di residenza dell'assistito, che si coordinerà ed integrerà a livello operativo con la figura responsabile della componente sanitaria.

Le due figure fungono, quindi, da raccordo operativo all'interno dell'équipe, garantendone l'integrazione, tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, efficace ed efficiente, verificando costantemente la congruità tra i risultati raggiunti e le risorse impiegate.

Le due figure vengono individuate dall'UVM nella prima riunione di valutazione e nominate nello stesso P.A.I..

Il Referente familiare, invece, è colui che si prende cura per più tempo dell'assistito. Importante individuare precocemente la persona che svolge questo ruolo e valutarne capacità, competenze ed esigenze di supporto, in quanto può costituire una risorsa positiva preziosa, contribuendo alla realizzazione del piano assistenziale individuale.

Art. 10

COORDINAMENTO INTER-ISTITUZIONALE DEL PLNA

Il coordinamento inter-istituzionale ha compito di indirizzo, monitoraggio e verifica delle attività e delle risorse impegnate ed è composto da:

- il Direttore del Distretto di Ortona;
- il Coordinatore tecnico dell'Ambito sociale n. 28 "Ortonese";
- il Coordinatore di Area sociale anziani/disabili/immigrati dell'Ambito;
- il Coordinatore di monitoraggio e valutazione dell'Ambito.

Il coordinamento inter-istituzionale dovrà prevedere incontri, con periodicità almeno trimestrale, finalizzati alla verifica dell'attuazione del Piano Locale per la non Autosufficienza.

Le riunioni potranno essere convocate sia dal Direttore del Distretto di Ortona che dal Coordinatore tecnico dell'Ambito sociale n. 28 "Ortonese".

Le spese del personale dell'ASL e dell'EAS coinvolto nel PLNA, nell'UVM e/o nelle riunioni di coordinamento inter-istituzionale restano a carico degli Enti di appartenenza.

Art. 11

NORME DI RINVIO

Per tutto quanto non previsto dal presente protocollo si fa rinvio alla normativa vigente in materia e a quanto già concordato nel vigente Accordo di Programma di adozione del Piano di zona dei servizi sociali 2007-2009 e relativa proroga.

Letto, approvato e sottoscritto

Ortona, 10.05.2010

Per il Comune di ORTONA - Ente di Ambito Sociale n. 28 "Ortonese"

Il Coordinatore della Conferenza dei Sindaci
.....

Per l'Azienda Sanitaria Locale n° 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Il Direttore Generale
.....

**PROTOCOLLO DI INTESA
PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E
L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI RIVOLTI ALLA
NON AUTOSUFFICIENZA**

PLNA 2010-2011

TRA
il COMUNE DI ORTONA - ENTE DI AMBITO SOCIALE N. 28
ORTONESE
E
l'AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 2 LANCIANO-VASTO-
CHIETI

PREMESSO

- che il Comune di ORTONA è l'Ente di Ambito Sociale (EAS) dell'Ambito territoriale sociale n. 28 "Ortonese";

- che l'Ambito territoriale sociale n. 28 "Ortonese" è costituito dai comuni di Ari, Arielli, Canosa Sannita, Crecchio, Filetto, Giuliano Teatino, Orsogna, Ortona, Poggiofiorito e Tollo, coincidente con il territorio del Distretto di Ortona;
- che l'Accordo di Programma per l'adozione del Piano di zona dei servizi sociali 2007-2009 dell'Ambito territoriale sociale n. 28 "Ortonese" è stato sottoscritto dai Comuni costituenti l'Ambito e l'Azienda Sanitaria Locale di Chieti in data 17.05.2007.;
- che il presente protocollo è stipulato in piena osservanza di quanto previsto:
 - nel Piano Sociale Regionale 2007-2009;
 - nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010;
 - nell'Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alla non autosufficienza - deliberazione di G.R. n. 149 del 08/03/2010;
- che quanto previsto nel "Regolamento dei servizi di assistenza" e nel "Protocollo di intesa tra la rete delle Scuole dell'Ambito e l'Ente di Ambito Sociale n. 28 Ortonese", approvati dai Consigli Comunali di tutte e 10 le Amministrazioni componenti l'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" e dalla

- Conferenza dei Sindaci in data 14/10/2008, verrà applicato nell'attuazione del Piano Locale per la non Autosufficienza (PLNA);
- che l'importo assegnato all'Ambito territoriale sociale n. 28 "Ortonese" per l'attuazione del Piano Locale per la non Autosufficienza (PLNA) è di € 212.443,00;
- che specificamente per il servizio ADI la copertura dell'80% del servizio è da parte della ASL così come previsto dal Piano Sociale Regionale;
- che il Piano Locale per la non Autosufficienza (PLNA) è stato sottoposto al confronto con le OO.SS. dei pensionati e con le Associazioni per disabili a livello locale in data 27.04.2010.

Le parti, come sopra descritte, concordano quanto segue:

Art. 1

L'INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

L'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria suggerisce che "per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare i bisogni assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti" (DPCM 14.02.2001 art. 4 comma 3).

Nel suddetto DPCM si è definita l'assistenza socio-sanitaria come ciò che viene prestato a persone che presentano bisogni di salute. La situazione "bisogno di salute" è quindi una condizione complessa e variegata poiché comprende e dipende da vari fattori che la determinano. Si può trattare di fattori primari o naturali (biologici) e di fattori artificiali o culturali (personali e sociali); in tutti i casi il "bisogno di salute", così definito, è proprio quello che richiede azioni di protezione sociale e prestazioni sanitarie.

Art. 2

LE FINALITA' DEL PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Il Piano Locale per la non Autosufficienza si caratterizza come strumento di integrazione tra l'Ambito Territoriale Sociale n. 28 "Ortonese" e il Distretto di Ortona e stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza.

In riferimento all'Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale per gli interventi rivolti alla non autosufficienza, l'Ambito sociale n. 28 "Ortonese" individua come prioritaria la seguente area di intervento:

- l'attivazione o il rafforzamento di servizi sociosanitari e socioassistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

L'insieme delle politiche di sostegno della domiciliarità si caratterizza nell'implementazione della rete dei servizi già programmati all'interno del Piano di Zona e attivati con il precedente PLNA, a seguito della presa in carico della persona non autosufficiente.

Art. 3

LA TIPOLOGIA UTENZA DEL PLNA

I destinatari del piano saranno persone residenti nei Comuni dell'Ambito territoriale sociale n. 28 "Ortonese" con almeno uno dei seguenti requisiti:

- disabili certificati in situazione di gravità (L. 104/1992 art. 3 co. 3);
- avere più di sessantacinque anni ed essere in stato di non autosufficienza (invalidità civile con accompagnamento);
- utenti con bisogni socio-sanitari complessi che necessitano di interventi integrati (ADI, demenza tipo Alzheimer in trattamento presso l'ambulatorio psico-geriatrico operativo presso il Distretto di Ortona in integrazione con il C.S.M. di Ortona).

Art. 4

LA TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI DA ATTUARE CON IL PLNA

Per la finalità del PLNA di sostenere la domiciliarità e rendere la permanenza della persona non autosufficiente in famiglia meno difficile, gli interventi individuati sono:

- *ADI – Assistenza domiciliare integrata*
Prestazioni socio-assistenziali (cura ed igiene della persona) e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate a domicilio a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere la persona nel proprio ambiente di vita.
- *Assistenza domiciliare socio assistenziale*
Servizio rivolto a persone che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.
È un servizio rivolto alla cura ed igiene della persona o di aiuto nella gestione della propria abitazione.
- *Trasporto*
Servizio di trasporto rivolto principalmente a persone disabili gravi e finalizzato all'accompagnamento a strutture semiresidenziali o per terapie riabilitative.

Art. 5

L'ACCOGLIENZA DELLA DOMANDA

- *ADI – Assistenza domiciliare integrata*
L'ammissione al servizio A.D.I. sarà garantita attraverso l'UVM del Distretto di Ortona per la predisposizione e monitoraggio di specifico Piano individualizzato

per tutti i soggetti in condizioni di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta che necessitano di assistenza da parte di una équipe multiprofessionale secondo quanto previsto nel documento regionale “Il Sistema delle Cure Domiciliari- Linee Guida”.

- *Assistenza domiciliare socio assistenziale*

Essendo un servizio, per le finalità del PLNA, rivolto a persone disabili gravi (L. 104/97 art. 3 co. 3) e a persone anziane con più di sessantacinque anni in stato di non autosufficienza (invalidità civile con accompagnamento), la richiesta di presa in carico può provenire tanto dal diretto interessato quanto dalle rete formale o informale.

La domanda deve essere inoltrata attraverso compilazione di apposita “Scheda di Richiesta Servizio” e farla pervenire presso lo sportello di Segretariato Sociale del proprio Comune di residenza. La domanda dovrà essere corredata da certificazione attestante la disabilità grave o, in caso di ultra sessantacinquenni, lo stato di non autosufficienza (invalidità civile con accompagnamento).

Il personale afferente al Segretariato Sociale coadiuvato dal coordinatore dell’Area sociale assistenziale effettua il controllo del possesso dei requisiti minimi per l’istruttoria della domanda. In caso di mancanza di requisiti di accesso provvede a comunicare all’utente la non ammissibilità della domanda alla procedura. In caso di istruttoria positiva il personale afferente al Segretariato Sociale provvede alla trasmissione della documentazione al PUA del Distretto. L’ammissione al servizio di assistenza domiciliare socio assistenziale sarà, quindi, garantita attraverso l’UVM di Area distrettuale integrata con il Coordinatore di area sociale anziani o disabili per la predisposizione e monitoraggio di specifico Piano assistenziale individualizzato.

- *Trasporto*

L’ammissione al servizio sarà garantita attraverso l’UVM distrettuale integrata.

Art. 6

IL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta l’anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale. Il PUA si realizza, ai fini dell’unitarietà di accesso, a livello distrettuale e, per l’attuazione del PLNA, si integra concretamente sul territorio attraverso il Servizio Sociale Professionale dell’Ambito.

Le funzioni principali del PUA sono:

- accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali;
- informazione, educazione e orientamento dell’utente;
- presa in carico dei casi complessi segnalati dall’Ente di Ambito Sociale n. 28 “Ortonese”.

In relazione al PLNA le azioni di competenza del PUA sono:

- facilitare l'accesso alla rete integrata attraverso la ricezione della segnalazione e la decodifica della domanda;
- segnalare il caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione delle informazioni all'UVM, per la valutazione del bisogno e per la mobilitazione delle risorse del sistema sanitario, sociosanitario o sociale.

Nell'ambito dei servizi sociali il PUA si integra con gli sportelli di Servizio Sociale presenti in ogni comune dell'Ambito, consentendo in tal modo l'accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie previste dal PdZ e dal PAT.

Art. 7

LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO (UVM)

La valutazione unitaria del bisogno, ovvero l'analisi dettagliata dei problemi che presenta la persona, rappresenta l'adempimento prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto personalizzato e della presa in carico assistenziale di tipo complessivo.

A tal fine e in ottemperanza di quanto previsto nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010, la realizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale integrata con la compagine di Ambito ha permesso al Distretto di essere in grado di realizzare la valutazione e la "presa in carico" dei bisogni del cittadino, di strutturare percorsi di cura ed assistenza ed utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria.

La valutazione multidimensionale è, infatti, la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'utente, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e sociali. Rappresenta uno strumento flessibile ed integrato in grado di oggettivare attraverso competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, il bisogno soggettivo del singolo cittadino, individuare le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definire gli obiettivi, consentire la presa in carico, valutare gli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza.

A tal fine l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), in merito al PLNA sarà composta da:

- Direttore del Distretto di Ortona o suo delegato;
- MMG componente dell'UCAD per l'assistenza primaria;
- il Coordinatore delle Professioni Sanitarie del Distretto di Ortona o suo delegato;
- Assistente Sociale del Servizio Sociale d'Ambito;
- Coordinatore dell'Area sociale anziani/disabili d'Ambito, a seconda della tipologia dell'utenza;
- MMG dell'assistito o PLS a richiesta dell'UVM.

All'UVM potranno partecipare altre figure professionali dell'area clinica, di quella psicologica e di quella sociale in relazione al bisogno della persona.

Costituiscono attività specifiche della UVM:

- analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;

- individuazione del setting operativo dove indirizzare il paziente (domicilio, semi-residenza, residenze sanitarie);
- individuazione del/i responsabile/i del caso (Case Manager) nella prima riunione di valutazione;
- elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- monitoraggio sull'attuativa di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

Art. 8

IL PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)

Il progetto assistenziale individualizzato (PAI) deve tenere conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

I servizi/interventi/prestazioni ritenuti necessari dall'UVM per la persona non autosufficiente, devono essere inseriti nel PAI, predisposto dalla UVM medesima, prevedendo necessariamente almeno un intervento sanitario ed un intervento sociale. Nei PAI, quindi, viene identificata l'intensità assistenziale in funzione della natura e complessità del bisogno, la natura delle azioni integrate, la tempistica e le modalità di attuazione e di valutazione.

Il PAI va comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente e/o ai suoi familiari. Esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato (bisogni, preferenze, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative ecc...). La flessibilità del progetto personalizzato è garantita dalle figure di riferimento e dalla responsabilità che ognuna di loro assume in ragione della tempestività e modalità di adattamento operativo di una fase del progetto.

Alla compilazione e sottoscrizione del PAI segue la sua trasmissione, ai fini della relativa attuazione degli interventi, per la componente sociale all'Ufficio di Piano dell'Ente di Ambito Sociale e per la componente sanitaria ai servizi distrettuali.

Art. 9

LE FIGURE SIGNIFICATIVE DI RIFERIMENTO PER L'ATTUAZIONE DEL PAI

Il responsabile della presa in carico o *case manager* saranno due operatori, uno per la componente sociale e uno per la componente sanitaria, incaricati di seguire la realizzazione del progetto personalizzato e che si assumono la responsabilità dell'attuazione degli interventi in esso previsti. Rappresentano anche il principale riferimento organizzativo per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe assistenziale multiprofessionale.

Per la componente sociale si individua preferibilmente nella figura dell'Assistente sociale del Segretariato sociale di residenza dell'assistito, che si coordinerà ed integrerà a livello operativo con la figura responsabile della componente sanitaria.

Le due figure fungono, quindi, da raccordo operativo all'interno dell'équipe, garantendone l'integrazione, tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, efficace ed efficiente, verificando costantemente la congruità tra i risultati raggiunti e le risorse impiegate.

Le due figure vengono individuate dall'UVM nella prima riunione di valutazione e nominate nello stesso P.A.I..

Il Referente familiare, invece, è colui che si prende cura per più tempo dell'assistito. Importante individuare precocemente la persona che svolge questo ruolo e valutarne capacità, competenze ed esigenze di supporto, in quanto può costituire una risorsa positiva preziosa, contribuendo alla realizzazione del piano assistenziale individuale.

Art. 10

COORDINAMENTO INTER-ISTITUZIONALE DEL PLNA

Il coordinamento inter-istituzionale ha compito di indirizzo, monitoraggio e verifica delle attività e delle risorse impegnate ed è composto da:

- il Direttore del Distretto di Ortona;
- il Coordinatore tecnico dell'Ambito sociale n. 28 "Ortonese";
- il Coordinatore di Area sociale anziani/disabili/immigrati dell'Ambito;
- il Coordinatore di monitoraggio e valutazione dell'Ambito.

Il coordinamento inter-istituzionale dovrà prevedere incontri, con periodicità almeno trimestrale, finalizzati alla verifica dell'attuazione del Piano Locale per la non Autosufficienza.

Le riunioni potranno essere convocate sia dal Direttore del Distretto di Ortona che dal Coordinatore tecnico dell'Ambito sociale n. 28 "Ortonese".

Le spese del personale dell'ASL e dell'EAS coinvolto nel PLNA, nell'UVM e/o nelle riunioni di coordinamento inter-istituzionale restano a carico degli Enti di appartenenza.

Art. 11

NORME DI RINVIO

Per tutto quanto non previsto dal presente protocollo si fa rinvio alla normativa vigente in materia e a quanto già concordato nel vigente Accordo di Programma di adozione del Piano di zona dei servizi sociali 2007-2009 e relativa proroga.

Letto, approvato e sottoscritto

Ortona, 10.05.2010

