



# COMUNE DI ORTONA

Medaglia d'Oro al Valore Civile

PROVINCIA DI CHIETI

## Verbale di deliberazione della Giunta Comunale

Seduta del 30 novembre 2011 n. 144

**OGGETTO: Approvazione progetto sperimentale di assistenza domiciliare INPDAP anno 2011.**

L'anno **duemilaundici** il giorno **trenta** del mese di **novembre** alle ore **12,30** nella sede comunale in via Cavour, regolarmente convocata, si è riunita la Giunta Comunale sotto la Presidenza del Sindaco, Ing. Nicola FRATINO.

Sono presenti gli Assessori:

1. Sig. CARLO BOROMEO
2. Sig. LEO CASTIGLIONE
3. Sig. MARIO PAOLUCCI
4. Sig. VALTER POLIDORO
5. Sig. ROCCO RANALLI

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

**CONSIDERATO** che nell'ambito delle iniziative sociali "Persone Sempre", in favore dei propri assistiti NON autosufficienti, INPDAP finanzia progetti sperimentali e innovativi di assistenza domiciliare, che possono divenire "best practice" nell'ambito dei modelli "home care" nazionale;

**ATTESO** che l'Ente di Ambito Sociale 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, nei quali ognuno ha concorso, per le proprie competenze, a formulare proposte finalizzate alla costruzione dei progetti di assistenza domiciliare ;

**RICHIAMATI** i verbali:

- della conferenza dei sindaci: del 29.11.2011 Avente ad oggetto “ Approvazione progetto sperimentale di assistenza domiciliare in favore di assistiti INPDAP non autosufficienti dell’Ambito Territoriale n. 28 Ortonese
- protocollo d’intesa con la ASL di Lanciano – Vasto – Chieti per l’integrazione socio-sanitaria e l’attuazione degli interventi rivolti alla non autosufficienza;

**CONSIDERATO** che si rende necessario approvare il progetto in oggetto;

VISTO il Progetto “di assistenza domiciliare in favore degli assistiti INPDAP nell’ambito dei modelli “Home care “ per non autosufficienti dell’EAS n. 28 Ortonese, che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

**CONSIDERATO** che la quota a carico di Inpdap è del 90% sul contributo assegnato, il 5% a carico dei comuni dell’Ambito n. 28 Ortonese aderenti al progetto e del 5% a carico degli utenti;

**VISTO** il parere favorevole reso dal Dirigente il 4° Settore Servizi Demografici ecc., espresso 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;

### **DELIBERA**

- 1) Approvare il Progetto “di assistenza domiciliare in favore degli assistiti INPDAP nell’ambito dei modelli “Home care “ per non autosufficienti dell’EAS n. 28 Ortonese.

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.

IL SEGRETARIO GENERALE  
F.to **A. RADOCCIA**

IL PRESIDENTE  
F.to **N. FRATINO**

L’ASSESSORE ANZIANO  
F.to **C. BOROMEO**

---

La presente deliberazione è stata pubblicata all’Albo Pretorio on line del Comune di Ortona – [www.comune.ortona.chieti.it](http://www.comune.ortona.chieti.it) – e vi rimarrà per 15 giorni interi e consecutivi.

Ortona, 2 dicembre 2011

IL SEGRETARIO GENERALE  
F.to **A. RADOCCIA**

---

La suestesa deliberazione è stata dichiarata immediatamente eseguibile.

Ortona, 2 dicembre 2011

IL SEGRETARIO GENERALE  
F.to **A. RADOCCIA**

allegato alla delibera 144

Home Care Premium 2011

Proposta Progettuale

(da predisporre su carta intestata del soggetto proponente e sottoscrivere in ogni pagina)

<b>Alla Direzione Regionale Inpdap</b>	Direzione Regionale Piazza/Via/Largo CAP Città		
<b>Titolo del progetto (se definito)</b>	SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI INTEGRATI		
<b>Soggetto Proponente</b> <i>(ogni possibile dato identificativo)</i>	<b>COMUNE DI ORTONA – ENTE DI AMBITO SOCIALE N. 28 “ORTONESE”</b> Via Cavour sn 66026 – ORTONA - CH  Tel. 085.9066323 Fax 085.9066330 e-mail <a href="mailto:pianodizona@eas28.it">pianodizona@eas28.it</a>		
<i>(eliminare la parte che non interessa)</i>	Singolo	Raggruppamento	
<i>(eventuale provvedimento normativo di definizione competenze istituzionali)</i>			
<b>Struttura/Direzione/Divisione</b>	Ufficio di Piano Comune di Ortona Ente di Ambito Sociale n. 28 “Ortonese”		
<b>Altri eventuali Partner di progetto</b>	Tutti i soggetti inseriti nella rete di Servizi socio-integrati territoriali: - n. 10 Comuni dell’Ambito Sociale n. 28 “Ortonese” (Ari, Arielli, Canosa Sannita, Crecchio, Filetto, Giuliano Teatino, Orsogna, Ortona, Poggiofiorito, Tollo) - ASL n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti - Provincia di Chieti - Ufficio Scolastico Regionale		
<b>Soggetto esecutore</b> <i>(se diverso dal proponente)</i>			
<i>(eventuale provvedimento deliberativo di affidamento gestionale a terzi)</i>			
<i>(eventuale provvedimento deliberativo di adesione all’Avviso)</i>			
<b>Ambito territoriale di intervento</b>	AMBITO SOCIALE N. 28 “ORTONESE”		
<b>Numero pensionati INPDAP residenti</b>		%	
Numero stimato pensionati INPDAP non auto sufficienti			Su totale
<b>Numero beneficiari del progetto (Nb)</b>			Su non auto sufficienti

<b>Valore progetto proposto</b>		%
Quota eventuale intervento sanitario integrato		<i>(non imputabili a contributo)</i>
Valore intervento socio assistenziale (Vsa)		
Quota a carico di INPDAP (Qi)		< 90 % Vsa
Costi a carico del soggetto proponente		% su Vsa
Costi a carico di terzi		% su Vsa
Totale valore progetto proposto		
Costo unitario per assistito (Vsa/Nb)		< 6.000 euro

<b>Valore contributo richiesto (Qi)</b>	
---	--

Avvio presunto prestazioni assistenziali		
Commissione mista di coordinamento	Numero componenti	di cui Inpdap

<b>Sintetica Descrizione del Progetto</b>	
<p><i>(max 2 cartelle)</i>  <i>Sintetica descrizione dell'intervento proposto con particolare riguardo all'innovazione rispetto allo stato dell'arte sia in termini di contenuti che di costi.</i>  <i>Alcune parti dovranno necessariamente essere ripetute o approfondite nei paragrafi successivi.</i>  <i>Il testo ivi inserito potrebbe essere utilizzato anche in sede di report o per azioni comunicazionali di sintesi.</i></p> <p>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).</p> <p>Il presente progetto SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI INTEGRATI si vuole caratterizzare come strumento di integrazione tra l'Ambito Territoriale Sociale n. 28 "Ortonese" e il Distretto di Ortona e stabilire le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per il target specifico del progetto. L'insieme delle politiche di sostegno della domiciliarità definite dall'Ambito si caratterizza nell'implementazione della rete dei servizi già programmati all'interno del Piano di Zona e del Piano Locale per la Non Autosufficienza (PLNA) a seguito della presa in carico della persona non autosufficiente.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Assistenza Domiciliare per Anziani (SAD)</b>  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.</li> <li>- <b>Assistenza Domiciliare Integrata per Anziani (ADI) non autosufficienti</b>  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</li> <li>- <b>Soggiorni di cura per Anziani</b></li> </ul>	

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.

- **Trasporto**

Il servizio di trasporto rientra tra gli interventi di natura socio-assistenziale organizzati dall'Ambito sociale n. 28 "Ortonese" al fine di consentire alle persone disabili gravi o anziane sole di raggiungere centri di cura e riabilitazione ed è, quindi, finalizzato all'accompagnamento a strutture semiresidenziali per persone non autosufficienti o per terapie riabilitative. Inoltre, il servizio di trasporto comprende, principalmente per persone disabili, l'accompagnamento per favorire la partecipazione ad attività di socializzazione ed integrazione sociale.

- **Assistenza Domiciliare per Disabili (ADD)**

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.

- **Assistenza Domiciliare Integrata per Disabili (ADI) non autosufficienti**

Servizio integrato a favore di persone disabili 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 della persona disabile nel proprio ambiente di vita quotidiano e familiare

- **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.

- **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.

Per poter usufruire dei servizi e prestazioni sopra elencati le fasi di sviluppo temporale ed operativo del processo di presa in carico sono le seguenti:

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

L'Ambito sociale n. 28 "Ortonese", al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati, ha adottato un sistema di gestione di qualità dei servizi prevedendo processi formalizzati 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 Ortona, sono state formalmente esplicitate sia le procedure di accesso al servizio che le modalità organizzative e attuative dei servizi.

Le azioni ricomprese in questa prima fase sono:

- 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 ad opera del coordinamento inter-istituzionale Ambito-ASL istituito con il PLNA 2010-2011;

- formalizzazione dell'UVM distrettuale integrata con la partecipazione dell'assistente sociale del Servizio Sociale Professionale dell'Ambito Sociale 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 restituzione all'utente e/o alla famiglia dell'utente sulle modalità organizzative degli interventi socio-assistenziali da realizzare, poiché il contatto 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'UVM. 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.

### **Conformità ai requisiti minimi contenuti nella griglia**

La presenza o la costituzione sul territorio, laddove assenti, di **Punti Unici di Accesso** a cui le famiglie potranno fare riferimento per le informazioni e i servizi utili alla pianificazione degli strumenti di assistenza domiciliare.

Il territorio dell'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" coincide con l'area servita dal Distretto Sanitario di Ortona dove risulta costituito il Punto Unico di Accesso (PUA) in sede distrettuale con l'obiettivo di garantire ai cittadini ed agli operatori una porta unitaria di accesso ai servizi sociosanitari del territorio per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e socio-sanitario in modo unitario ed integrato.

L'Ambito in collaborazione con il Distretto mira al potenziamento della rete strutturata di integrazione del PUA con i Segretariati Sociali territoriali attraverso la realizzazione delle seguenti attività, come previste nel Piano di zona dei servizi sociali 2011-2013:

1. Realizzazione di un sistema integrato di fornitura di:
  - informazioni relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni e servizi del sistema territoriale;
  - di azioni di orientamento e supporto ai singoli cittadini, operatori e altri soggetti della rete nell'individuazione del livello assistenziale appropriato.
2. Funzione di accesso alla rete integrata attraverso la realizzazione delle seguenti attività:
  - Ricezione delle segnalazioni;
  - Decodifica della domanda;
  - Registrazione dell'accesso nel database condiviso;
  - Individuazione dei percorsi assistenziali appropriati.
3. Attivazione della rete di servizi attraverso:
  - Fornitura di prime e rapide risposte a bisogni semplici;
  - Attivazione di primi interventi con l'invio ai servizi e operatori specialistici le situazioni complesse e/o delicate per non differire la presa in carico;
  - Segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione delle informazioni all'UVM, per la valutazione del bisogno, la presa in carico e l'erogazione di prestazioni sociosanitarie.

**L'integrazione funzionale**, operativa e economica tra i soggetti pubblici operanti sul territorio (di ambito sanitario e socio assistenziale).

L'integrazione funzionale, operativa e economica, tra l'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 28 "ORTONESE" costituito da n. 10 Comuni e l'AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI in specie con i servizi del Distretto Sanitario di Ortona e il Centro di Salute Mentale di Ortona, è garantita attraverso la sottoscrizione del PROTOCOLLO PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA adottato con il Piano di zona 2011-2013 e parte integrante dell'Accordo di Programma sottoscritto dai Sindaci dell'Ambito, dal Direttore Generale dell'ASL, dal Presidente della Provincia di Chieti e dal Dirigente dell'Ufficio Scolastico Regionale.

Il Protocollo di integrazione socio-sanitaria è finalizzato al perseguimento di azioni specifiche coordinate ed integrate per il territorio di riferimento in grado di favorire e consolidare a livello istituzionale, organizzativo-gestionale e professionale i processi di collaborazione ed interazione tra Servizi Sociali e Servizi Sanitari in continuità con le azioni già esplicitate ed attivate con il precedente Accordo di Programma triennio 2011-2013, a garanzia di percorsi socio-sanitari unitari in risposta a bisogni complessi multifattoriali riferiti alla globalità dell'individuo in tutte le sue dimensioni e in rapporto al contesto familiare e sociale di appartenenza.

Le azioni integrate previste nel protocollo sono:

- Programmazione integrata dei servizi ed interventi socio-sanitari attraverso il raccordo operativo dei tre profili della integrazione istituzionale, gestionale e professionale. L'integrazione istituzionale assicura coerenza e unitarietà al processo programmatico attraverso la partecipazione dell'Azienda USL all'Accordo di programma per l'approvazione del Piano di zona dei servizi sociali. L'integrazione gestionale riguarda l'assetto organizzativo e strutturale e richiede l'individuazione di soluzioni e procedure di coordinamento in grado di garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e

delle prestazioni. L'integrazione professionale permette di favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, per assicurare l'efficace valutazione multidimensionale del bisogno e per definire il progetto integrato personalizzato.

- Prosecuzione delle azioni integrate per garantire l'operatività del PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) istituito in sede distrettuale, riconfermando le risorse di personale coinvolte in fase di attuazione del Piano Sociale Regionale 2007-2009 in materia di Integrazione socio-sanitaria, in modo da assicurare le funzioni di accoglimento della domanda, decodifica del bisogno, orientamento nella rete dei servizi socio-sanitari ed invio alla U.V.M. per l'eventuale presa in carico con definizione di progetti personalizzati. Ai fini dell'individuazione degli aspetti operativi si rinvia ai documenti di programmazione sociale e sanitaria regionale e a quanto previsto nell'Accordo di Programma di adozione del Piano Locale per la Non Autosufficienza (PLNA).
- Prosecuzione delle azioni integrate di operatività dell'U.V.M. riconfermando le risorse di personale coinvolte in fase di attuazione del Piano Sociale Regionale 2007-2009 in materia di Integrazione socio-sanitaria, in modo da assicurare la predisposizione di Progetti Personalizzati / Piani Assistenziali Individualizzati al fine di favorire la presa in carico condivisa tra Servizi Sociali e Sanitari secondo percorsi integrati a garanzia della continuità assistenziale.
- Progettazione e realizzazione di INTERVENTI DI FORMAZIONE congiunta Ambito-ASL rivolti ad operatori sociali e sanitari con l'obiettivo di implementare la cultura dell'Integrazione Socio-Sanitaria.
- Definizione di azioni integrate finalizzate alla TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: contrasto alla istituzionalizzazione e perseguimento di percorsi individualizzati con spostamento dell'attenzione dalla malattia alla presa in carico della persona con disagio mentale in rapporto ai suoi bisogni e diritti, favorendo autonomia ed emancipazione attraverso un approccio integrato tra C.S.M., Distretto nelle sue varie articolazioni e Ambito Sociale.

La presenza o la costituzione, laddove assenti, di **Unità di Valutazione "Multidimensionale"** per la definizione del Progetto di Assistenza Individuale.

Il Distretto Sanitario di Ortona ha istituito l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) ritenendola un'azione prioritaria anche per l'integrazione socio-sanitaria, poiché 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;
- 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 e, su richiesta specifica, potrà essere prevista anche la presenza del Coordinatore dell'Area sociale anziani/disabili d'Ambito, a seconda della tipologia dell'utenza.

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.

**Progetti di assistenza individuale** che valorizzino in forma sinergica le risorse pubbliche, quelle messe a disposizione dell'Istituto e quelle familiari con il coinvolgimento, in rete, di attori indiretti: assistenti familiari, volontariato e servizi di prossimità e vicinato anche, eventualmente, con l'ausilio degli strumenti normativi relativi ai Buoni Lavoro, con contributi economici o voucher.

Il progetto assistenziale individuale (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 Servizio Sociale di Ambito e per la componente sanitaria ai servizi distrettuali.

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 Servizio Sociale Professionale 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.

**PAI**, con costi a carico di Inpdap, definito anche in relazione alla fascia ISEE del beneficiario e all'eventuale percezione di indennità di accompagnamento.

La presenza o la costituzione, laddove assenti, di **centrali operative** di supporto alla rete indiretta di assistenza per incontro domanda/offerta, formazione, certificazione, gestione albi, consulenza e integrazione funzionale.

### Non discriminante

Valutazione sinergie con altri strumenti di welfare istituzionale anche con la valorizzazione e l'utilizzo delle strutture sociali dell'Istituto.

### Analisi Costi fissi e variabili di intervento socio assistenziale

Valore intervento socio assistenziale (Vsa)		
Quota a carico di INPDAP (Qi)		< 90 % Vsa
Costi a carico del soggetto proponente		% su Vsa
Costi a carico di terzi		% su Vsa

Costi fissi di impianto*( Ci)		< 20 % / 30 % Vsa
Costi variabili di intervento socio assistenziale		
Valore intervento socio assistenziale (Vsa)		

\*Inferiore al 20 % del Vsa. La percentuale potrà elevarsi fino al 30 % nel caso di progetti che prevedano la messa in rete di assistenti familiari con centrali operative dedicate, formazione, certificazione, gestione albi.

Descrizione dell'impianto e dei relativi costi fissi per l'avvio del progetto.
(max 1 cartella)

<b>Prospetto Costi fissi di impianto</b>	€	%
Progettazione		
Formazione operatori specializzati		
Formazione care giver		
Sportello/call center utenti e familiari		
Centrale operativa operatori		
Locazione sedi		
Utenze		
Promozione		
Comunicazione e divulgazione		➤ 2 % Vsa
Altro		
<b>Totale (Ci)</b>		

<b>Numero operatori su impianto</b>	Di cui nuovi occupati
-------------------------------------	-----------------------

<b>Descrizione dell'intervento socio assistenziale e domiciliare e dei relativi costi variabili</b>
(max 1 cartella)

<b>Prospetto costi socio assistenziali variabili</b>	€	%	Parametri
<b>Servizi di assistenza domiciliare</b>			
Operatori specializzati			
Assistenti Familiari			➤ 60 % Cd
Home Tele care			
Servizi di prossimità e vicinato			➤ 10 % Cd
Tele Assistenza – Tele Soccorso			
<b>Totale Costi Assistenza Domiciliare (Cd)</b>		100	

<b>Altre prestazioni socio assistenziali</b>	€	%	Parametri
Servizi e azioni di prevenzione alla NA			
Day Hospital tutelare e riabilitativo			➤ 20 % Cv
Residenziale temporaneo di sollievo			
Vacanze Assistite			
<b>Totale altre prestazioni socio assistenziali</b>			
<b>Totale costi socio assistenziali variabili (Cv)</b>			

**Sintetica descrizione degli aspetti innovativi rispetto a situazione ex ante****Sintetica descrizione degli eventuali strumenti home telecare se attivati**

*NUMERO VERDE PER PRENOTAZIONI CUP.*

*Rivolto utenti ultrasessantacinquenni, che vivono da soli, residenti nei comuni dell'Ambito Sociale Ortonese per prenotare visite specialistiche e accertamenti strumentali. in strutture pubbliche della ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI.*

*TELESOCORSO/TELEASSISTENZA*

*Apparecchio individuale collegato alla centrale per favorire e/o conservare l'autonomia promuovendo l'indipendenza individuale attraverso interventi mirati con l'attivazione dei presidi d'aiuto nel caso di emergenze/urgenze (sanitarie, intrusione di estranei, pericolo imminente ecc.).*

*TELEALZHEIMER*

*L'ampia e crescente diffusione nella popolazione del morbo di Alzheimer, l'assenza di una valida terapia, e gli enormi impatti in termini di risorse necessarie, emotive, organizzative ed economiche, che ricadono sui familiari dei malati, la rendono oggi una delle patologie a più grave impatto sociale. A tal riguardo è stato messo a punto un sistema che, grazie all'integrazione delle tecnologie già utilizzate per il servizio di Telesoccorso, consente di monitorare continuamente le persone affette da questa patologia anche al di fuori del proprio ambiente domestico. Utilizzando un dispositivo dotato di localizzatore GPS, in grado di individuare con estrema precisione la posizione dell'utente sia nel caso in cui questi esca da un perimetro di sicurezza preimpostato, sia in caso di richiesta di aiuto lanciata direttamente dallo stesso tramite l'apposito pulsante di emergenza. In entrambi i casi l'operatrice provvede ad allertare gli aiuti più idonei ed efficaci fornendo tutte le indicazioni necessarie a raggiungere il luogo dell'evento.*

Gli accessi al servizio avverranno attraverso i seguenti canali:

- segnalazione dell'ambulatorio psicogeriatrico del DS di Ortona integrato con il Centro di Salute Mentale.
- indicazione dell'UVM in sede di valutazione
- accesso diretto.

**Sintetica descrizione impatto occupazionale****Elementi di trasferibilità****Sintetica descrizione dei modelli comunicazionali e di diffusione**

Gli strumenti di partecipazione attiva, comunicazione e informazione previsti sono:

1. Carta di Cittadinanza Sociale

- Strumento informativo e affermativo dei principi, dei metodi e dei servizi offerti dall'Ente di

Ambito Sociale al proprio territorio.

2. Strumenti di tutela dei diritti di cittadinanza

- Informazione semplice per far comprendere a tutti i percorsi di accesso e le opportunità sociali, attraverso manifesti, locandine, brochure, volantini, da distribuire a tutti i punti informativi territoriali;
- Accesso/accompagnamento integrato fra Segretariati Sociali e PUA attraverso strumenti adeguati alla completa e tempestiva informazione;
- Sistemi informatici al fine di fornire la costante e immediata rappresentazione del sistema locale dei servizi: sito [www.infortona.it](http://www.infortona.it), radioweb - web television, newsletter, social network, osservatorio sociale on line...
- Informazione capillare sul territorio attraverso l'attività dello sportello mobile "Informabus".