



Allegato A – alla Convenzione Socio-sanitaria PSD 2023-2025 ADS n.18 Montesilvano

A partire dalla descrizione sintetica dei tre livelli di integrazione (istituzionale, gestionale e professionale) previsti dal PSR, il presente documento recepisce le linee di indirizzo in materia di integrazione socio-sanitaria, come disposto con DGR. n. 414 del 29.07.2022, precisandone i servizi e le attività ad integrazione socio-sanitaria con i relativi costi, lo schema con identificazione del personale coinvolto e il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato.

Le funzioni di raccordo operativo delle attività convenzionate per la gestione associata ed integrata sono affidate all'Ufficio sociosanitario integrato ADS/AREA DISTRETTUALE che è coordinato dal Direttore del Distretto Sanitario di Montesilvano e dal Direttore dell'Azienda Speciale per i servizi Sociali del Comune di Montesilvano per l'ECAD n.18 Montesilvano. L'Ufficio sociosanitario integrato comprende il Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'ECAD n.18 Montesilvano coadiuvato dallo staff di progettazione e coordinamento in organico all'Azienda Speciale per i Servizi Sociali del Comune di Montesilvano, provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività convenzionate. Gli enti sottoscrittori adottano le soluzioni organizzative finalizzate ad assicurare la piena funzionalità dell'Ufficio, fornendo le dotazioni organiche e strumentali necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione.

Gli enti sottoscrittori della Convenzione si impegnano all'attuazione di una programmazione congiunta per l'integrazione socio-sanitaria, funzione strategica che definisce, sulla base di priorità e obiettivi comuni, gli interventi sinergici da mettere in campo, le risorse a disposizione e condivise, i processi e le procedure di attuazione. Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare interventi e risposte assistenziali adeguate. L'approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, permette di rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari, presenti all'interno del Piano sociale Distrettuale 2023-2025 dell'ADS n.18 Montesilvano e del Programma delle Attività Territoriali Azienda SL Pescara.

Attraverso il coordinamento interprofessionale, gli enti sottoscrittori promuovono in particolare, la più ampia integrazione operativa dei percorsi assistenziali secondo i processi di:

- accesso al sistema;
- valutazione multidimensionale integrata del bisogno;
- presa in carico;
- definizione del progetto individualizzato e del budget di progetto;
- verifica, monitoraggio e valutazione degli esiti.

In sintesi, la convenzione sociosanitaria:

1. Definisce le modalità di raccordo istituzionale in materia di integrazione sociosanitaria tra ADS, DSB e altri attori

- _____ della rete;
2. rappresenta lo strumento per l'esercizio associato a livello territoriale dell'integrazione socio-sanitaria;
 3. consente la collaborazione continua fra l'Ambito Sociale Distrettuale e l'Azienda Sanitaria tramite l'attuazione delle scelte operative fatte congiuntamente a livello istituzionale, che hanno la finalità di assicurare il progressivo allineamento del Piano sociale distrettuale e del redigendo Programma delle attività territoriali del Distretto sanitario (PAT);
 4. disciplina, a livello territoriale, le attività e i servizi ad alta integrazione sociosanitaria dell'intero Ambito sociale distrettuale.
 5. definisce e disciplina gli impegni reciproci, in particolare, nei limiti della programmazione regionale di settore quali:
 - a) la realizzazione dei servizi sociali e sanitari ad elevata integrazione socio-sanitaria (art. 3-septies D.Lgs. 502/1992 e D.P.C.M. 14 febbraio 2001);
 - b) le modalità di impiego del personale che opera per l'esercizio associato, proveniente dalla ASL e dall'ECAD 18 - Montesilvano, con la supervisione dei coordinatori dell'integrazione socio-sanitaria dei rispettivi Enti firmatari;
 - c) l'attivazione di un sistema informativo condiviso per la presa in carico dei casi ad elevata complessità sociosanitaria, finalizzato alla formulazione del "progetto di vita e relativo budget di progetto" per le persone in condizione di disabilità grave, come previsto dalla legge 112 del 2016 (Dopo di Noi);
 - d) le modalità atte alla condivisione delle informazioni tra PUA e ADS utili alla presa in carico delle richieste dei cittadini anche eventualmente con l'impiego di un sistema informatizzato.
 - e) l'attivazione e utilizzo di un sistema informatico, che la ASL prevede di commissionare per la procedura di accesso al PUA e successiva gestione delle richieste dei cittadini che comportano la presa in carico di tali istanze da parte delle UU.VV.MM, in condivisione con tutti gli attori coinvolti;
 - f) la partecipazione alle equipe multidimensionali previste necessariamente ai fini della realizzazione degli interventi della MC5 'Inclusione e Coesione' del PNRR e degli altri progetti sociosanitari di prossimità previsti dal REACT Eu e dal PON Inclusione;
 6. coinvolge i rappresentanti degli Enti firmatari : Sindaco dell'ECAD 18, Direttore Generale ASL, l'Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale e il corrispondente Ufficio di coordinamento del Distretto sanitario.

Integrazione istituzionale

In riferimento alle disposizioni del Comma 160 della L. 243/2021, e come definito nell'allegato della presente Convenzione, i Livelli Essenziali di Prestazione Sociale sono realizzati dall'Ambito Distrettuale Sociale n.18 Montesilvano che costituisce la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi. L'erogazione di interventi, servizi o attività, secondo modalità dirette o indirette, è necessariamente definita dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) elaborato nell'ambito del percorso assistenziale. Lo stesso PAI definisce anche l'indispensabile integrazione puntuale tra interventi, servizi o attività riferiti a LEP sociali e corrispondenti interventi, servizi o attività definiti dai LEA sanitari quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute accertati e valutati. A questo scopo l'A.D.S. Montesilvano e il Distretto Sanitario di Montesilvano pongono in essere tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale e programmatico, che a livello organizzativo e professionale.

Gli ambiti di intervento sui quali si intende realizzare l'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale e professionale sono i seguenti: non autosufficienza, disabilità, sostegno alla domiciliarità, area famiglia – infanzia e materno-infantile, disagio psichico e psichiatrico, anziani, gestione di progettualità/servizi finanziati con fondi ministeriali e regionali (ovvero: Vita Indipendente, Dopo di noi, caregivers, programma di Interventi per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione, PNRR, React EU, etc.);

Gli Enti firmatari intendono assicurare:

A) il potenziamento delle procedure di valutazione del bisogno e della presa in carico attraverso:

- 1) l'accesso al sistema dei servizi ed interventi socio-sanitari, individuando le modalità di accoglienza ed accettazione integrata degli utenti;
- 2) la valutazione multidimensionale integrata del bisogno complesso sociosanitario, attraverso l'integrazione degli interventi socio-sanitari ed assistenziali, nonché la definizione del sistema delle competenze locali nell'attuazione dei suddetti interventi e l'individuazione degli strumenti per la valutazione condivisa degli interventi attuati;
- 3) la definizione del progetto individualizzato e del budget di progetto, in un quadro unitario di riferimento che tenga conto anche dei criteri di compartecipazione dei cittadini ai costi sostenuti, delle risorse sociali, sociosanitari e familiari;
- 3) la verifica e valutazione degli esiti di salute, con l'individuazione degli strumenti utili a garantire il monitoraggio delle attività realizzate, anche nell'ottica delle future riprogrammazioni dei Servizi sociosanitari.

B) il rafforzamento della programmazione integrata infrastrutturale ed operativa dei servizi sociosanitari attraverso:

- 1) il consolidamento e l'efficientamento delle buone prassi realizzate nelle precedenti programmazioni (P.U.A., UU.VV.MM., dimissioni protette, disagio minori e adulti ecc);
- 2) la capacità di individuare idonee infrastrutture sociali e sociosanitarie per l'implementazione dei servizi comunitari e di prossimità, per i bisogni sociosanitari complessi, relative al disagio sociale e familiare ed alle fragilità relative alla disabilità ed alla non autosufficienza;
- 3) la capacità di rafforzare la programmazione integrata e la rete operativa dei servizi sociosanitari;
- 4) la definizione concertata delle risorse da impiegare (soprattutto professionali);
- 5) la formazione integrata e congiunta degli operatori impiegati nell'erogazione dei servizi sociali e sanitari.

C) l'integrazione amministrativa attraverso l' Ufficio di Coordinamento.

L'integrazione amministrativa si attua attraverso l'Ufficio sociosanitario integrato ADS/AREA DISTRETTUALE (localizzato preferibilmente all'interno dei PUA presso i distretti territoriali) con la funzione di gestire gli aspetti amministrativi, organizzativi ed attuativi delle politiche sociali e sociosanitarie del Piano.

D) La gestione economica integrata

La gestione economica integrata prevede:

- 1) la garanzia di copertura da parte dell'Ambito distrettuale e dell'ASL delle rispettive spese, in relazione ai Servizi previsti negli atti di programmazione;
- 2) l'utilizzo progressivo e consolidato del 'budget di cura'/'budget di progetto' e del PAI, considerando che il predetto budget è strumento di definizione economica ma anche di gestione delle altre risorse che concorrono a costituire il percorso di cura, pertanto esso è alimentato dai bilanci sia di parte sociale che sanitaria.

Integrazione gestionale ed operativa dei Servizi:

1- COOPERAZIONE ORGANIZZATIVA

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021 il percorso assistenziale integrato è garantito all'interno dell'Ambito Distrettuale Sociale (ADS), attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), che attualmente ha sede operativa presso il Distretto Sanitario di Montesilvano, *(nelle more dell'attivazione del PUA presso la Casa della Comunità)*. Presso il PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale (ASL Pescara) e all'A.D.S. Montesilvano che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. A tal fine le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata; allo stesso tempo definiscono la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata comune all'A.D.S. Montesilvano e al Distretto Sanitario di Montesilvano.

2- PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO

Il Percorso assistenziale integrato socio-sanitario è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dall'A.D.S. La programmazione condivisa tra l'ADS Montesilvano e il Distretto Sanitario Montesilvano è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso assistenziale.

Ai sensi della programmazione sociale 2023-2025, i servizi afferenti a tale tipologia sono: l'ADI, le dimissioni protette, l'aiuto alla persona ed il sostegno al caregiver familiare, i progetti del Dopo di Noi, gli interventi diretti e indiretti per la Non Autosufficienza, i servizi per la vita indipendente, gli inserimenti in strutture semiresidenziali e residenziali, la riabilitazione domiciliare o ambulatoriale ed ex. art.26, le azioni sperimentali e innovative a rilevanza sociosanitaria sui temi dell'inclusione sociale, scolastica e lavorativa per la disabilità, il disagio mentale e il disagio giovanile, finanziate con diversi fondi, quali ad esempio il PNRR.

3- EQUIPE INTEGRATA DI AMBITO E UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

L'Ambito Distrettuale Sociale n.18 Montesilvano e il Distretto Sanitario di Montesilvano, costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM/UVMD) e definisce il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto della presente convenzione. L'ECAD n.18 Montesilvano e la ASL di Pescara individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe integrata dell'ADS Montesilvano, garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona:

Figure professionali afferenti all'A.D.S. Montesilvano in organico all'Azienda Speciale per i Servizi sociali: n.3 Assistenti Sociali, n.1 Educatore Professionale e n.1 Psicologo in coordinamento operativo con tutto il Servizio Sociale

Professionale dell'ADS Montesilvano ed eventuali altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona.

Figure professionali afferenti alla ASL PE e Distretto Sanitario di Montesilvano: Dirigente Medico e personale infermieristico e altre eventuali professionalità sanitarie del D.S. e dei Dipartimenti e servizi della ASL di Pescara (Neuropsichiatria Infantile, Ser. D., Dipartimento di Salute Mentale, ed eventuali altre specifiche professionalità o servizi in relazione ai bisogni della persona).

4 - PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.

Funzioni:

- a) Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse, ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli.
- b) Agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
- c) Avviare la presa in carico, mediante la pre-valutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
- d) Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.
- e) Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

La funzione di accesso unitario al sistema dei servizi socio-sanitari dell'ECAD n.18 Montesilvano è realizzata dal PUA situato presso la sede del Distretto Sanitario di Montesilvano in Via C. D'Agnesse.

5 - VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE – UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE (UU.VV.MM.)

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e relazionale/ambientale (supporti, reti formali e informali e autonomia finanziaria). La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e

risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

a) La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni.

b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVM/UVMDD o equipe integrata) formalmente riunita.

FUNZIONI DELL'UVM

a) Effettuare la valutazione multidimensionale e multidisciplinare che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.

b) Elaborare il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA.

c) Individuare l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni.

d) Monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI. La composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

-Il medico di medicina generale, ovvero il pediatra di libera scelta.

-Il medico di distretto.

-L'infermiere di comunità.

-L'assistente sociale dell'ADS.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali.

L'Assistente Sociale dell'ADS, l'assistente sociale e l'infermiere professionale del DSB, sono le figure che in prevalenza possono essere coinvolte nel ruolo di Case Manager. La figura dell'assistente sociale inoltre è fondamentale in quanto la sua professionalità permette la corretta valutazione delle condizioni socio familiari, abitative ed economiche dell'utente e influisce nella scelta del setting più appropriato, anche attraverso la definizione, ai sensi dell'ICF, dei qualificatori performance e capacità, sia per l'adulto che per il minore, e della qualificazione dei fattori ambientali come barriere o facilitatori. La valutazione multidimensionale così intesa, permette quindi di definire l'impegno riabilitativo, sanitario- infermieristico ed assistenziale necessario e di poter formulare il "progetto di vita" dell'utente.

L'U.V.M. viene convocata a seguito dell'analisi del bisogno socio sanitario complesso rilevato dal P.U.A., può essere

effettuata in ambito ambulatoriale, presso il DSB, al domicilio del paziente e presso le Unità Operative Ospedaliere e le Strutture Residenziali.

La valutazione multidimensionale viene effettuata con l'ausilio di schede e sistemi di classificazione quali la SVAMA, integrata anche da altre scale, per l'area anziani e demenze; la S.Va.M.D.I (nel cui interno sono previste sezioni della classificazione ICF) per l'area disabili e le scale Ho-NOS/VADO e BPRS per l'area della salute mentale. Saranno, inoltre, utilizzate anche altre scale di valutazione espressamente previste da Progetti Specifici quali Vita Indipendente, progetto Care givers, Dopo di Noi, e schede di valutazione per le azioni previste dal FNNA. Le UU.VV.MM. inoltre prevedono una specifica composizione nel caso in cui si effettui la valutazione su bambini in età pediatrica, con l'utilizzo di scale adeguate all'età evolutiva e con l'eventuale coinvolgimento del servizio Sociale per i Minorenni, delle istituzioni scolastiche o Enti del terzo settore significativi per il minore e per la stesura del progetto di vita.

5.1 L'UU.VV.MM. e l'invio presso strutture socio-sanitarie .

In questo intervento l'integrazione sociosanitaria, garantita dall'ECAD 18, si realizza attraverso la partecipazione alle UU.VV.MM. che hanno il compito di valutare l'eventuale ingresso di persone anziane e/o con disabilità in situazione di non autosufficienza presso Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Residenze Protette (RP) . Inoltre, l'ECAD 18 garantisce, qualora la situazione reddituale e patrimoniale dell'interessato e degli aventi obbligo agli alimenti, non può farsene totalmente carico, l'erogazione di contributi economici finalizzati all'integrazione delle rette di ricovero delle predette strutture.

5.2 Le UU.VV.MM. e il Fondo Nazionale per la Non autosufficienza.

Il FNNA prevede interventi ad elevato grado di integrazione sociosanitaria finalizzati a dare risposte ai bisogni complessi delle persone non autosufficienti, comprese quelle con disabilità gravissima. Gli obiettivi sono diretti a facilitare la piena integrazione delle persone non autosufficienti in ogni contesto di vita, valorizzare ed implementare la domiciliarità, alleviare il carico assistenziale quotidiano dei familiari, evitando così i ricoveri impropri.

Il FNNA prevede la possibile attivazione di:

- A. Servizio di Assistenza Domiciliare e di Assistenza Domiciliare Integrata;
- B. Trasporti presso centri diurni in favore degli utenti inseriti, se previsto nel PAI;
- C. Budget di Cura, distinti per patologie gravi e gravissime;
- D. Progetti per la Vita Indipendente;
- E. Eventuali interventi di integrazione retta per persone inserite nel semi residenziale, già inserite nel FNNA;
- F. Altri servizi utili a raggiungere la maggiore autonomia possibile della persona con disabilità;
- G. Altri servizi utili a mantenere la domiciliarità della persona con disabilità;

Le persone inserite nel suddetto Piano saranno valutate dalle UU.VV.MM. che, composte dalle figure professionali specifiche per le diverse patologie, provvederanno alla stesura dei Piani Assistenziali Individualizzati, alla stesura del progetto di vita e alla definizione del budget di progetto.

5.3. Le UU.VV.MM. ed il progetto di "Vita Indipendente" (L.R. n. 57/2012).

La Vita Indipendente (L.R. n. 57/2012) è un progetto finalizzato al raggiungimento della piena autonomia della persona con disabilità che sceglie autonomamente il proprio assistente personale, che può anche essere un familiare, regolarizzando il rapporto di lavoro nel rispetto delle forme contrattuali previste dalla normativa vigente. Il progetto è rivolto a persone a partire dal diciottesimo anno di età, con disabilità grave.

L'integrazione sociosanitaria si realizza nella valutazione delle richieste, pervenute ai Servizi Sociali dell'ECAD 18, da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionali, che verificano sia il Progetto Personalizzato/Progetto di Vita presentato, la capacità dell'utente di autodeterminarsi, l'indice di gravità del bisogno assistenziale e l'ISEE.

5.4. L' UU.VV.MM. ed i progetti del "Dopo di noi"

Gli interventi per il "Dopo di Noi" si propongono di attivare per persone diversamente abili prive di rete parentale, percorsi di de istituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità, attraverso interventi di permanenza in una soluzione abitativa extra familiare. All'interno del Dopo di Noi, sono previsti percorsi di sperimentazione all'autonomia abitativa anche per coloro che vivono ancora in un contesto familiare, attraverso inserimenti temporanei e azioni volte allo sviluppo delle abilità legate al raggiungimento della maggiore autonomia possibile.

Azioni di rafforzamento sono previste negli interventi del piano di ripresa e resilienza (PNRR), missione 5 "Inclusione e Coesione", componente 2 " Infrastrutture sociali, famiglia e marginalità sociale", investimento 1.2, percorsi di autonomia per persone con disabilità. Il progetto prevede processi di de-istituzionalizzazione delle persone con disabilità al fine di migliorarne l'autonomia e offrire opportunità di accesso al mondo del lavoro, anche attraverso la tecnologia informatica, sviluppando le competenze digitali dei partecipanti. I progetti, realizzati in coerenza con le misure afferenti al fondo per il Dopo di noi e al Fondo Nazionale per la non Autosufficienza, sono pertanto finalizzati alla valorizzazione delle capacità delle persone con disabilità e all'attuazione dei progetti personalizzati.

Il presente progetto prevede un'importante integrazione sociosanitaria, in particolar modo necessaria per la definizione e la stesura dei progetti personalizzati e relativo budget di progetto. Verrà pertanto attivata l'UU.VV.MM. per tutti i partecipanti all'avviso pubblico, l'UU.VV.MM. avrà inoltre a disposizione una piattaforma informatica condivisa tra l'Ecad e la ASL di Pescara, utile a raccogliere e condividere le informazioni e i dati necessari alla stesura dei progetti individualizzati. Tale piattaforma potrà essere successivamente implementata e utilizzata anche per tutti gli altri progetti riguardanti la non autosufficienza.

5.5. L'UU.VV.MM. ed il progetto del Caregiver familiare (DPCM 27/10/2020, Legge Regionale n.43/2019, FSC, Legge n. 205 del 27/12/2017) .

Il caregiver familiare cura e assiste la persona non autosufficiente nelle attività della vita quotidiana nell'ambiente domestico, nella vita di relazione e nella mobilità, interagendo con gli operatori che forniscono attività di cura e assistenza quale componente attivo della rete assistenziale. In considerazione del profondo disagio sociale ed economico aggravato dalla pandemia e delle evidenti ripercussioni sui soggetti in situazione di fragilità, si è ritenuto opportuno intervenire a sostegno della figura del caregiver familiare. A tal fine sono stati individuati tre livelli di intervento:

- Assegni di cura per le persone in condizione di disabilità grave e gravissima;
- Contributi una tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali;
- Sostegni a programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita attraverso l'erogazione di assegni di cura per l'acquisto di servizi di cura.

L'UU.VV.MM. si occupa della valutazione multidimensionale e della definizione del grado di intensità del bisogno socio- assistenziale e socio-sanitario e della definizione del Piano Assistenziale Individuale. Inoltre definisce il budget di cura spettante anche in relazione agli altri contributi riferiti alla persona e legati alle medesime finalità.

6 - LA GESTIONE INTEGRATA DEI SERVIZI DI CURA DOMICILIARE.

Tra i servizi afferenti a questa tipologia di gestione troviamo le cure prestazionali SAD, ADI, le prestazioni di sostegno indiretto a caregiver tramite assegno di cura e/o voucher servizio, i servizi di telesoccorso e teleassistenza, le dimissioni protette il riconoscimento del caregiver familiare per le malattie rare in età pediatrica.

L'alta integrazione è particolarmente elevata per le tipologie di cure domiciliari per quelle fasce di persone che necessitano della stesura di un Piano di Assistenza Individualizzato, redatto secondo le valutazioni UU.VV.MM. e per le quali le prestazioni sono erogate attraverso una presa in carico multidisciplinare e multi professionale.

6.1 . Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale ed Integrata (S.A.D. e A.D.I.)

Il SAD è finalizzato al mantenimento della persona, con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, nella propria abitazione e prevede l'erogazione di interventi domiciliari, come da Piano Assistenziale Individualizzato. Il suddetto servizio consente al paziente di usufruire della continuità delle cure delle quali necessita, direttamente nel suo contesto di vita ed è finalizzato ad assicurargli il supporto socio-assistenziale per il massimo recupero e stabilizzazione della sua autonomia, evitando inserimenti in strutture, che potrebbero destabilizzarlo e disorientarlo.

L'Ecad fornisce le prestazioni socio-assistenziali, quali:

- incentivazione allo sviluppo dell'autonomia personale e dell'autosufficienza nelle attività quotidiane;
- supporto per l'igiene personale;
- preparazione e somministrazione dei pasti;
- aiuto per l'igiene degli ambienti e degli spazi di vita;
- disbrigo di pratiche e commissioni;
- eventuali accompagnamenti
- collaborazione con altre figure professionali (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, insegnanti e responsabili di associazioni, cooperative, etc.).

Il Servizio Assistenza Domiciliare è erogato a favore della persona residente nel Comune di Montesilvano, su richiesta dell'interessato o del care-giver ed è soggetto a eventuale compartecipazione secondo le fasce ISEE, come da regolamento unitario di accesso comunale.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) di tipo sanitario, compreso nel Sistema delle Cure Domiciliari, viene gestito dall'ASL e fornisce prestazioni sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative), erogate a domicilio a favore di persone, permanentemente o temporaneamente non autosufficienti (disabili gravi e anziani) e/o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente/persona nel suo ambiente di vita.

Il suddetto servizio è concesso a livello gratuito e per un periodo di tempo rispondente alle necessità cliniche del paziente a condizione che vi sia un **care-giver**, che possa garantire un' alleanza terapeutica con gli operatori sanitari necessaria al buon andamento dell'assistenza ed un ambiente igienicamente appropriato.

L' Assistenza Domiciliare sanitaria è di due tipi: semplice (I livello) e complessa (II livello):

Il I livello garantisce delle prestazioni gestite da un solo professionista, mentre l'ADI, prevista nei casi complessi, riguarda pazienti con necessità assistenziali che richiedono la presenza coordinata di varie tipologie di professionisti (infermiere, medico specialista, fisioterapista, etc..). Il servizio è svolto da personale dedicato alla cura del paziente con specifici compiti.

Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta: è il responsabile clinico del caso ed il punto di riferimento del paziente/caregiver. Accede periodicamente al domicilio della persona malata secondo la programmazione e le necessità stabilite nel Piano Assistenziale Individualizzato.

Personale infermieristico : operatori professionali e responsabili dell'assistenza globale infermieristica

Fisioterapista: garantisce il servizio di riattivazione motoria/respiratoria, di terapie fisiche, antalgiche ed antinfiammatorie, di rieducazione dei disturbi neuropsicologi

Logopedista Pratica attività terapeutica per la rieducazione delle disabilità comunicative e cognitive.

Personale Medico specializzato: garantisce consulenze specialistiche e terapie

Assistente Sociale: si occupa di problematiche a rilevanza sociale del paziente e della sua famiglia, supporta ed orienta gli stessi collaborando nella programmazione e definizione del percorso di cura e li informa circa eventuali risorse territoriali pubbliche e private.

Psicologo Esercita interventi per la prevenzione, la diagnosi, il sostegno psicologico, l'abilitazione e la riabilitazione, rivolti alle persone sia al paziente che all'intero nucleo familiare.

Assistenza farmaceutica: fornisce gratuitamente i farmaci ed i dispositivi medici necessari e provvede alla consegna a domicilio .

Assistenza protesica Dietro prescrizione specialistica, vengono forniti dei presidi.

Tutte le attività assistenziali, sanitarie e sociali, al pari di quanto avviene nel ricovero ospedaliero, vengono registrate sulla **Cartella Domiciliare Integrata**, che corrisponde al principale strumento di comunicazione e di lavoro comune alle varie figure professionali che accedono al domicilio e si avvicinano nell'assistenza al paziente. La Cartella Domiciliare viene custodita a casa del paziente durante tutto il periodo assistenziale. Nella Cartella Domiciliare sono contenuti il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), relativo allo stato di salute e specifiche necessità del paziente, ed il Diario integrato utile per la registrazione delle prestazioni erogate dai diversi operatori.

Ogni anno l'Azienda USL incrementa i fondi destinati all'Assistenza Domiciliare Integrata quale obiettivo di miglioramento e parimenti l'Ente Locale riserva, per la gestione delle attività di pertinenza, una somma pari al 20% dello stanziamento ASL.

La persona inserita nell'ADI sanitario ha la priorità per l'accesso al Servizio Assistenza Domiciliare comunale.

Al fine di realizzare una piena integrazione fra l'ADI sanitario e il SAD di competenza dell'Ecad e di superare le difficoltà legate alla diversa organizzazione dei due Servizi si procederà alla condivisione delle informazioni (richieste, dati, tipologia prestazioni, attivazioni- proroghe etc) attraverso la realizzazione di un'apposita cartella Domiciliare Integrata condivisa possibilmente attraverso un sistema informativo socio-sanitario.

6.2. Dimissioni Protette

La "dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'Asl di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e "seguito" da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

Attraverso le attività di coprogettazione e co-programmazione (PNRR - FNNA – FISS) l'ADS n.18 Montesilvano intende sperimentare e puntare sull'adozione di protocolli condivisi per la presa in carico integrata tra servizi sanitari e servizi sociali di pazienti in dimissione protetta attraverso il coinvolgimento e la partecipazione di enti privati accreditati per l'erogazione delle prestazioni o di Enti del Terzo Settore e strutture sanitarie pubbliche a garanzia di dimissioni protette da percorsi socio-assistenziali a domicilio, tramite l'attivazione dell'offerta di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale secondo i livelli di servizio definiti dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 – Scheda LEPS 2.7.3 "Dimissioni protette".

Nello specifico, l'ADS 18 Montesilvano in partenariato con l'ADS n.15 PESCARA, ADS n. 17 MONTAGNA PESCARESE e ADS n. 19 VESTINO, ai sensi del (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale",

- **Investimento 1.1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti** realizzerà il seguente progetto:

Obiettivo primario del Progetto è la costituzione di equipe professionali, con iniziative di formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio di riferimento (n.5 ATS della Provincia di Pescara) e favorire la deistituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l'assistenza domiciliare integrata.

Il progetto prevede due linee di intervento:

1) Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare socio assistenziale – Al fine di integrare il servizio di dimissioni protette con i percorsi sanitari, socio-sanitari e sociali si procederà ad attività di raccordo tra i soggetti (protocolli di collaborazione tra ASL, Servizi sociali ed Enti del terzo Settore) coinvolti nella presa in carico della persona e nella definizione del “Progetto di assistenza Individuale (PAI) sociosanitario integrato.

Sulla base della valutazione multidimensionale dei bisogni e in seguito alla definizione del PAI verranno attivate all’utente le seguenti prestazioni di assistenza:

- Assistenza domiciliare per la cura e l’igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie, la cura e l’igiene ambientale, la spesa e la preparazione dei pasti, l’aiuto nella vita di relazione, ad integrazione dei servizi già erogati nell’ambito del PSD.

- Telesoccorso: dotazione di una piattaforma con installazione di circa 40 dispositivi individuali con cadenza annuale, che metta in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità.

2) Formazione specifica operatori con istituzione di n. 5 Equipe Multidisciplinari, n. 1 Equipe per ogni ATS del territorio di riferimento del Progetto, e successiva formazione delle equipe stesse al fine di garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo nei diversi ambiti territoriali per la gestione integrata e coordinata degli interventi a favore dei beneficiari del progetto che permetta la permanenza più a lungo possibile presso il proprio domicilio.

-Investimento 1.1.2 -Autonomia degli anziani non autosufficienti realizzerà il seguente progetto:

Il Progetto garantisce percorsi socio-assistenziali integrati in differenti modalità: secondo l’azione A 80 anziani disporranno, direttamente presso il proprio domicilio/contesto di vita, di dispositivi di telemedicina e telesoccorso a distanza. Attraverso la dotazione dei predetti dispositivi attivi h24 infatti, l’anziano riceverà un’anamnesi iniziale e il monitoraggio costante dei principali parametri vitali (pressione, saturazione sanguinea ecc.) con la possibilità di attivare al bisogno eventuale assistenza (sia telefonica che domiciliare). In caso di necessità si interverrà attraverso segnalazioni ai parenti o care giver di riferimento, attivandosi per un tempestivo intervento. Inoltre l’intervento eviterà le istituzionalizzazioni ‘improprie’, permettendo all’anziano temporaneamente non autosufficiente, di ricevere i necessari sostegni, inserendolo in un alloggio dotato di domotica e dispositivi di telemedicina e telesoccorso dove possa ricevere anche assistenza integrata, come ad esempio il servizio di ADI, impossibile da attivare in caso di anziano solo, lasciando comunque alla persona la massima indipendenza possibile in un contesto abitativo autonomo. Le dimissioni ospedaliere e il trasferimento presso tale contesto abitativo, garantiranno la continuità delle cure mediche necessarie, il rispetto delle esigenze personali e di privacy dell’anziano, il diritto a mantenere le proprie relazioni personali e sociali. La dislocazione delle unità immobiliari nel territorio provinciale permetterà alla persona anziana di cercare il posto più vicino alle proprie esigenze di vita, aumentando, al contempo, il numero di posti letto immediatamente disponibili, senza dover essere inseriti in una struttura sanitaria, con tempi di attesa molto lunghi. In tal senso, le strutture sanitarie si vedrebbero alleggerite dei ricoveri impropri. Per coloro che saranno inseriti negli appartamenti verrà attivata la telemedicina, fornendo gli utenti di Home Poct, ovvero dispositivi che certificano i parametri sanitari, prevedendo anche l’intervento di un operatore che vigili e monitori la situazione di ciascuno. Con gli interventi sopra riportati si potrà offrire continuità assistenziale socio sanitaria ed anche rafforzare i servizi rivolti alla domiciliarità per almeno 100 anziani.

Il collegamento con l’intervento 1.1.3. verrà garantito impiegando il personale formato nell’attività lavorativa con gli utenti del presente progetto, sviluppando anche particolari competenze relativamente agli elementi tecnologici innovativi e tramite l’utilizzo dei dispositivi di domotica; potranno inoltre essere attivati per gli utenti che usufruiranno di una delle tre azioni del progetto, i servizi di telesoccorso, pasti a domicilio e assistenza tutelare integrativa, in riferimento al progetto personalizzato di ciascuno. Sarà redatto, per ciascuno dei 100 beneficiari, un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) soggetto a verifiche periodiche con appropriati indicatori di efficacia degli interventi anche in collaborazione con la ASL. Le persone individuate, in coerenza con la normativa di riferimento e con i progetti di vita indipendente, saranno anziani con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione sociale, che necessitano di supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana, con maggiore prevalenza per gli interventi di cura della persona e di sostegno psico-sociale. Il progetto

si propone, altresì, di rafforzare la rete di prossimità della persona anziana anche adattando gli spazi con soluzioni di domotica e nuove tecnologie che possano favorire le relazioni personali e sociali. In quest'ottica si favorirà il coinvolgimento degli enti del terzo settore e del volontariato sociale.

7) LE EQUIPE MULTI PROFESSIONALI – EE.MM .

Gli Enti sottoscrittori promuovono l'integrazione ed il coordinamento interprofessionale in campo sociosanitario attraverso l'attivazione delle **EE.MM**, che saranno così costituite:

- assistenti sociali del Servizio Sociale professionale dell'Ecad 18, operatori sociali (OSS e OSA), psicologi ed educatori in organico all'Azienda Speciale per i Servizi Sociali del Comune di Montesilvano;
- operatori dei Servizi Sanitari Specialistici (Serd, Centro di Salute Mentale, Consulteri Familiari, Neuropsichiatria Infantile, etc.);
- Servizi di Assistenza Sanitaria di Base (MMG, PLS).
- operatori delle amministrazioni competenti in materia di formazione e istruzione (docenti, operatori Centro per Impiego, etc.);
- soggetti del privato Sociale attivi nei servizi/attività di sostegno alla persona.

Le equipe multidisciplinari operano considerando la persona e la famiglia in maniera globale e unitaria, utilizzano le distinte competenze specialistiche degli operatori in modo integrato e hanno il compito di strutturare il progetto personalizzato. All'interno dell'EE.MM sarà individuato un componente che avrà il ruolo di *responsabile del caso*. Quest'ultimo è identificato dall'equipe stessa sulla base delle caratteristiche biopsicosociali del caso e delle specifiche competenze del singolo operatore, deve garantire la fluidità dei percorsi assistenziali personalizzati, favorire l'integrazione dei servizi pubblici e privati coinvolti, sostenere l'utente nel percorso di cura e programmare le verifiche e i controlli necessari, in collegamento con la famiglia. Nel processo di definizione del progetto individualizzato è coinvolto almeno un membro della famiglia, in quanto referente del nucleo. L'interdisciplinarietà e l'integrazione fra le diverse figure professionali garantisce l'efficacia del processo in particolare nei casi di bisogni complessi.

Pre-assessment (pre-analisi): l'assistente sociale dell'ECAD identificherà le famiglie con bisogni complessi per le quali è necessaria una presa in carico integrata .

Lo strumento di pre-assessment è costituito da cinque diverse aree analitiche e da una finale:

1. *parte generale*: contenente l'anagrafica della famiglia, informazioni sull'abitazione e sulla situazione lavorativa, formativa ed economica;
2. *fattori di vulnerabilità*: riguardanti la situazione sanitaria dichiarata/certificata; disagio adulti; benessere dei minori sfera dell'apprendimento, della salute, della socialità, rete informale di supporto.
3. *Risorse della famiglia*: competenze, riconoscimento dei bisogni, capacità di adattamento, capacità di utilizzo di servizi e risorse, presenza rete di aiuto.
4. *Servizi attivi* a favore del nucleo familiare.
5. *Storia familiare*: nella quale riportare gli eventi significativi (perdita di lavoro, rottura di legami familiari, lutti, malattie, etc.)
6. *parte finale di sintesi* in cui definire modalità operative per il Progetto Personalizzato.

Assessment (quadro di analisi) - L'equipe Multidisciplinare attivata, di volta in volta secondo i casi, analizza la situazione e i bisogni complessi di natura socio-sanitaria (es. persone con problematiche di adattamento sociale, immigrati in stato di difficoltà, persone con problemi comportamentali, con problemi di dipendenza, socio-economici, scolastici etc..) e di tutto il nucleo familiare, attivando un processo di presa in carico da parte dei servizi specialistici. Per le persone con disabilità, si utilizza lo strumento di valutazione basato su ICF, come elemento

integrante del quadro di valutazione.

Gli interventi e le azioni vengono revisionate, integrate e monitorate nel tempo.

Le Equipe multidisciplinari sono attivate per i seguenti progetti e tipologie di intervento:

7.1) Servizi per la famiglia, l'infanzia, l'adolescenza e l'area materno infantile.

In questa area ricadono tutti quei servizi di supporto alla famiglia (bambino, coppia genitoriale, donna), per i quali l'alta integrazione prevede il supporto di professionisti di entrambe le aree: sociale e sanitaria. Nell'ambito di tali servizi il PSR 2023-2025 propone di: rafforzare l'equipe adozione e affido, rendendola unica e promuovendo l'istituto dell'affido etero familiare; sviluppare maggiormente gli interventi inerenti le consulenze multidisciplinari per dare risposte integrate; aggiornare la normativa regionale per la famiglia L.R. 95/95 e potenziare i centri per la famiglia; sviluppare misure integrate di assistenza educativa domiciliare (anche grazie all'utilizzo del Fondo Povertà per i nuclei beneficiari di RDC) e dei servizi di centro diurno per evitare l'istituzionalizzazione dei minori; incrementare progetti educativi in un'ottica di lavoro di equipe multidisciplinare, secondo il modello P.I.P.P.I. (Programma di intervento per la prevenzione dell'Istituzionalizzazione); sperimentare il progetto Care Leavers; contrastare la povertà educativa ricomprendendo sia azioni rivolte alle situazioni di rischio ed emarginazione sociale che azioni afferenti alla dimensione emotiva sociale e relazionale.

7.1.1 Equipe Territoriale per Affido e Adozioni

Per l'ECAD 18 l'Equipe Territoriale Affido e Adozione è multidisciplinare, composta da Assistenti sociali, psicologi, educatori in organico all'Azienda Speciale per i servizi sociali del Comune di Montesilvano, e dalla Psicologa del Consultorio Familiare della ASL ed opera per i cittadini residenti nel comune di Montesilvano.

Le attività dell'equipe affido e adozioni si possono sintetizzare come segue:

AFFIDO FAMILIARE:

- Promozione di interventi a favore dell'affido familiare, realizzando una integrazione operativa tra istituzioni, enti e servizi, associazioni familiari del territorio, competenti in materia di affido familiare;
- Informazione e sensibilizzazione delle famiglie residenti nel territorio dell'ambito n. 18 Montesilvano sull'argomento dell'affido familiare;
- Azione di coordinamento con i servizi ed interventi territoriali per la presa in carico integrata dei nuclei familiari in crisi a rischio di allontanamento dei minori;
- Valutazione e selezione delle famiglie aspiranti all'affido familiare;
- Elaborazione di progetti educativi individualizzati e definizione dei termini del contratto di affido;
- Azione di supporto alla famiglia affidataria nella fase di presa in carico del minore;
- Verifica dell'andamento del progetto di affido attraverso l'utilizzo di strumenti idonei alla valutazione.

L'ambito sociale con l'istituzione del servizio di affido familiare sul territorio locale ha promosso la tutela dei bambini e dei ragazzi con famiglie in difficoltà e rappresenta una alternativa al ricovero dei minori in comunità, che spesso è un'esperienza negativa nella quale i minori sperimentano a pieno il senso di abbandono e genera danni al loro sviluppo psicosociale. Il processo strategico intende favorire la più ampia integrazione tra i servizi che prendono in carico la famiglia di origine e quelli che prendono in carico la famiglia affidataria, al fine di assicurare un intervento globale per favorire il rientro del minore nella sua famiglia di origine.

Gli obiettivi specifici dell'intervento sono i seguenti:

- Sensibilizzare e promuovere la diffusione della cultura dell'affido ;
- Aumentare il numero degli affidi extrafamiliari;
- Migliorare le competenze dell'Equipe per l'affidamento familiare;
- Ridurre il numero dei minori ricoverati c/o comunità di accoglienza o casa famiglia;
- Sostenere e aiutare la famiglia nel superamento di momenti difficili;

- Garantire al minore il diritto a crescere in una famiglia che possa soddisfare le sue esigenze educative ed affettive, in grado di rispettare i suoi bisogni;
- Qualificazione della famiglia in chiave socio-assistenziale attraverso percorsi formativi per le adozioni nazionali ed internazionali e l'affido familiare anche mediante sperimentazioni di forme di affido professionale e/o case famiglia.

ADOZIONI:

- Azione di orientamento per coloro che devono inoltrare domanda di adozione e organizzazione di corsi di formazione sull'adozione nazionale e internazionale e le relative procedure;
- Primo contatto con l'ass.soc. dell'equipe per informazioni inerenti la presentazione della domanda relativamente ai requisiti e alla documentazione da presentare al Tribunale per i Minorenni;
- Dopo l'arrivo della richiesta di indagine psico-sociale al Servizio, da parte del Tribunale per i Minorenni, la coppia viene chiamata per iniziare i colloqui con l'equipe (normalmente sono quattro più una visita domiciliare). Tale percorso conoscitivo della coppia si conclude con la stesura della relazione psico-sociale da inviare al Tribunale per i Minorenni da parte del servizio;
- Nella fase post-adoztiva, dopo l'arrivo del minore italiano o straniero, si invia al Tribunale per i Minorenni una relazione conclusiva circa l'inserimento del minore nella famiglia adottiva;
- La fase post-adoztiva presuppone la strutturazione di reti di supporto all'inserimento del minore con la ASL, le unità multidisciplinari, le scuole e i mediatori culturali per i bambini stranieri;

Gli Obiettivi specifici dell'intervento sono i seguenti:

- Promuovere e potenziare le capacità genitoriali delle coppie che hanno inoltrato domanda di adozione.
- Accrescere competenze di accoglimento del disagio del minore affidato/adottato.
- Qualificazione della famiglia in chiave socio-assistenziale attraverso percorsi formativi per le adozioni nazionali ed internazionali e l'affido familiare anche mediante sperimentazioni di forme di affido professionale e/o case famiglia.

7.1.3 Minori in stato di Fragilità.

Le azioni delle EE.MM. riguardano la presa in carico dei minori e/o famiglie, in carico al Servizio Sociale Professionale dell'area tutela minori ed al Servizio Socio psico-pedagogico dell'ECAD 18, i principali interventi sono:

- valutazione condivisa sulla tipologia della comunità educativa e/o terapeutica finalizzata all'inserimento di minori in strutture di accoglienza a carattere residenziale/semiresidenziale di minori che necessitano di percorsi socio-educativi e terapeutico riabilitativi;
- Colloqui psicologici/psicoterapie volti al sostegno/recupero, personale e/o di coppia, delle capacità affettive- educative e al miglioramento delle dinamiche relazionali, di competenza dei Consulenti familiari;
- valutazione delle competenze genitoriali da parte del consultorio familiare;
- percorsi di supporto sociosanitari rivolti al nucleo familiare del minore, di competenza delle EE.MM.;
- interventi diagnostici- terapeutici- riabilitativi sul minore, di competenza della Neuropsichiatria Infantile;
- formulazione di protocollo operativo tra ASL ed Ecad 18 per la valutazione delle condizioni sanitarie (screening urgenti) a favore di minori stranieri non accompagnati da collocare in comunità educativa.

7.1.4 Assistenza Specialistica

Il servizio favorisce la partecipazione alla vita scolastica dell'alunno disabile in condizione di gravità e lo supporta nei percorsi educativi e relazionali. L'integrazione sociosanitaria è prevista per la definizione da parte dell'equipe multidisciplinare per l'integrazione scolastica in collaborazione con l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile circa le ore di assistenza necessarie riportate nei Modelli RAS e per la partecipazione degli assistenti sociali dell'ECAD 18 ai Gruppi H per le situazioni complesse.

I destinatari sono gli alunni frequentanti le scuole di ogni ordine e grado in possesso di certificazione di Legge 104/1992, con priorità per quelli riconosciuti in situazione di gravità (art.3 comma 3).

Possono usufruire di tale servizio gli alunni residenti nel Comune di Montesilvano frequentanti le scuole

dell'obbligo e le scuole secondarie di II°.

7.2- Le dipendenze e il fenomeno emergente delle new addiction

Le dipendenze da sostanza e le dipendenze comportamentali sono importanti fattori di rischio per la salute pubblica e hanno un significativo impatto socio-sanitario con conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale.

Gli interventi integrati sociosanitari coinvolgono le figure professionali sanitarie quali medico, psichiatra, psicologo, infermiere e le figure sociali tra cui sociologo, educatore professionale, assistente sociale.

La legge regionale n. 37/2020 "Interventi per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche ed altre disposizioni", orienta i suoi interventi non soltanto alle classiche forme di dipendenza (droga e alcool) ma allarga l'orizzonte alle dipendenze comportamentali partendo proprio dal gioco d'azzardo. Inoltre la legge menziona interventi in favore delle dipendenze tecnologiche, riconoscendo la gravità delle new addiction e la necessità di nuovi interventi sempre più integrati e coordinati tra l'area sociale e quella sanitaria.

Fondamentale quindi sarà l'attuazione di un lavoro di rete strutturando una specifica équipe multidisciplinare.

A tal fine, sarà fondamentale organizzare percorsi di formazione congiunta tra per gli operatori sociali e sanitari per strutturare progetti di prevenzione rivolti ai genitori ed ai giovani.

Verrà attivato un Gruppo operativo tra Ser.D e Servizio sociale professionale dell' Ecad, per la presa in carico congiunta delle situazioni complesse delle persone affette da dipendenza, attraverso interventi integrati sociali e sanitari.

7. 3- La gestione integrata dei Servizi per persone con disabilità psichica.

Nell'ambito degli interventi a favore di persone con disabilità psichica, il PSR 2022-2024 si propone di rafforzare i servizi legati alle prestazioni domiciliari per le persone con disturbi mentali, l'assistenza sociosanitaria distrettuale ai minori con disturbi neuro-psichiatrici, l'assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità, anche individuando la responsabilità prevalente della presa in carico per ogni singolo utente e sviluppando i servizi relativi all'inclusione sociale, lavorativa e abitativa.

7.3.1 Educativa Domiciliare per pazienti psichiatrici

Ai sensi delle linee guida regionali del FNA 2019-2021, il servizio Assistenza Domiciliare Integrata fornisce prestazioni socioassistenziali e sanitarie erogate a domicilio, la presente azione intende incrementare i servizi domiciliari per persone con disabilità psichiche e psichiatriche, sperimentando lo sviluppo di progettualità di presa in carico condivisa ed integrata (progetto ARTIS di assistenza riabilitativa integrata socio-sanitaria), progetto rispondente alle linee di indirizzo emanate da progetti obiettivo nazionali, dal piano di azione dell'Organizzazione mondiale della sanità e che negli anni ha avuto in altri territori significativi risultati.

Con tale approccio si mette in campo una serie integrate di risorse con al centro il bisogno complesso della persona con disturbi psichici e psichiatrici.

Il servizio si configura in un'assistenza territoriale educativa, riabilitativa finalizzata a: svolgere un'azione terapeutico-riabilitativa nell'ambiente di vita dell'utente, a partire dal suo contesto familiare e dal tessuto urbano e sociale di appartenenza;

- stabilire un rapporto di compliance con l'utente come strumento per farlo uscire dal suo isolamento;
- individuare un percorso comune con la famiglia per raggiungere obiettivi educativi e riabilitativi comuni

le principali finalità:

- miglioramento clinico e psicologico degli utenti
- miglioramento delle abilità residue interpersonali, intrapersonali e strumentali
- acquisizione della più alta autonomia possibile, ripresa degli interesse, ampliamento della rete sociale e lavorativa;
- miglioramento della qualità della vita della famiglia

- promozione dell'integrazione e dell'inclusione sociale per passare dal pregiudizio ad una accettazione della persona

Il progetto di assistenza riabilitativa territoriale integrata socio-sanitaria per disabili psichiatrici viene coordinato congiuntamente dalla Asl di Pescara-Dipartimento di salute mentale, l'ambito n°18 Comune di Montesilvano-servizio sociale professionale gestito dall'Azienda Speciale per i servizi sociali e la parte operativa verrà gestita in coprogettazione con associazioni del terzo settore competenti

L'Integrazione socio-sanitaria del Progetto si realizza attraverso il co-finanziamento in egual misura da parte della Asl, la condivisione progettuale ed il monitoraggio delle attività svolte dalle associazioni che verranno individuate in fase di co-progettazione

Le figure professionali coinvolte nel progetto sono educatori, OSS/OSA, tecnico della riabilitazione psichiatrica e psicologi, che saranno supervisionati da operatori del DSM.

Il progetto rientra nei servizi ad alta integrazione sociosanitaria, anche con l'adozione di protocolli operativi ed il coinvolgimento del terzo settore, per l'assistenza e l'inclusione sociale di persone con disturbi mentali, sia con finalità preventive che di inserimento sociale e sostegno ai caregiver familiare.

La presa in carico si articola attraverso le seguenti fasi: individuazione degli utenti da parte del DSM competente e presa in carico congiunta con il servizio sociale professionale e l'Associazione individuata sviluppo di un progetto di intervento condiviso e monitorato dal DSM e dal Servizio sociale professionale e dagli operatori assegnati dalle Associazioni individuate con l'indicazione di tutte le fasi salienti del percorso riabilitativo psico-sociale attraverso incontri settimanali di equipe e supervisione per gli operatori impegnati nel progetto per garantire la funzionalità dell'intervento e modificarlo laddove necessario ed incontri mensili con le famiglie di sostegno anche attraverso gruppi di auto mutuo aiuto.

7.3.2 Inclusione Attiva per persone con Disabilità

Il progetto si propone di dare una risposta ai bisogni di inserimento socio - lavorativo dei giovani con disabilità in possesso di L. 104 (art. 3 commi 1 e 3) che si trovano prioritariamente nella fascia d'età 18 / 40 anni. L'ECAD 18 – Pescara intende prevenire processi di marginalizzazione e favorire l'integrazione e l'inclusione sociale, in collaborazione con i servizi ASL di Pescara. Il Servizio è volto all'attivazione di percorsi individualizzati all'interno dei quali giovani adulti possono sperimentare ad accedere ad esperienze di inclusione socio - lavorativa al fine di acquisire competenze spendibili nel mondo del lavoro.

L'accesso ai tirocini di inclusione viene stabilito previa valutazione di una equipe multidisciplinare, composta da figure professionali della ASL, dall'assistente sociale dell'ECAD e dall'Ente del Terzo Settore coinvolto, sulla base di schede di valutazione e/o documentazione in possesso dei beneficiari specifiche per la rilevazione delle competenze.

TAB. I. INDICAZIONI GENERALI PER IL COORDINAMENTO TRA LEP SOCIALI E LEA SANITARI NELLE DOMICILIARITÀ (FNNA 2022-2024).

	SISTEMA SOCIALE- LEPS	SISTEMA SANITARIO – LEA
CURE DOMICILIARI	<p>Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023</p> <p>Dimissioni protette</p> <p>Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22</p> <p>L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.</p>
	<p>L.234/21 art. \1 comma 162 assistenza domiciliare sociale</p> <p>quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico – socio –educativo</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari di livello base:</p> <p>costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14;</p>
	<p>L.234/21 art. \1 comma 162</p> <p>assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico –infermieristico assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso</p> <p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico – infermieristico assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo - assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso;</p> <p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.</p>

TAB. II- PSD 2023-2025: SERVIZI/ATTIVITÀ AD INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA, ORGANIZZATI SECONDO ASSI TEMATICI ED OBIETTIVI ESSENZIALI DI SERVIZIO:

ASSI Tematici	Obiettivi	Interventi /Servizi
AT1 – Obiettivi essenziali di servizio	OE1 Accesso	Punto Unico di Accesso
	OE2 presa in carico	Servizio Sociale Professionale, UU.VV.MM.
	OE4 Assistenza Domiciliare	Dimissioni protette e servizio di teleassistenza e telefonia solidale (PNRR 1.1.2 e 1.1.3)
AT2- Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al care-giver familiare ed altre fragilità	OE4 valutazione del bisogno, progettazione e monitoraggio degli interventi sociali	PUA – UU.VV.MM. - EE.MM.DD.
Area 2a- Programma locale per la non autosufficienza e sostegno al care giver familiare	OE 4 Assistenza domiciliare OE 4 servizi e interventi per favorire la permanenza a domicilio e l'autonomia nello spazio di vita	Assistenza domiciliare socio assistenziale nell'ambito dell'ADI; Dimissioni protette (PNRR 1.1.1-1.1.2); Assegno di cura per la non autosufficienza, interventi diretti e indiretti per la vita indipendente, assegno disabilità gravissima; Interventi diretti e indiretti di sostegno al caregiver familiare (bando fondi caregiver e malattie rare per i minori)
Area 2B- Interventi sanitari e socio-sanitari per la non autosufficienza	OE 7 Comunità residenziale a favore di minori e persone con fragilità	Strutture comunitarie a carattere socio assistenziale (case di comunità), strutture comunitarie a carattere socio sanitario (casa della salute) (PNRR .5. 1..2.)

Area 2C- interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona	OS 8 Interventi/misure per l'inclusione sociale e l'autonomia; misure di sostegno al reddito e contrasto alla povertà	Centri diurni ed altri servizi diurni semi residenziali; trasporto sociale; interventi per l'integrazione scolastica- formativa e lavorativa e per l'autonomia personale; Altri Servizi per la residenzialità temporanea e altri interventi e servizi comunitari e residenziali per il Dopo di Noi (PNRR 1.2)
AT 4 – Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee	OS 7 Comunità residenziale a favore di minori e persone con fragilità	Servizi domiciliari educativi Servizi per l'affido e per le adozioni; Integrazione rette (minori disabili anche a carattere semiresidenziale)
AT- 5 Prevenzione istituzionalizzazione ed invecchiamento attivo	OE 7 Comunità residenziale a favore di minori e persone con fragilità	Integrazione rette (anziani / disabili e non autosufficienti anche a carattere semiresidenziale)
AT -6 – giovani e youth guarantee	OE 2 – Presa in carico	Azioni di supporto per la prevenzione del disagio giovanile, dipendenze e fenomeno emergente delle new addiction

CRONOPROGRAMMA DELL'ESERCIZIO INTEGRATO – ANNUALITÀ 2023 - TUTTI I SERVIZI/ATTIVITÀ AD INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA DI CUI AL QUADRO SINOTTICO TAB II SOPRA SPECIFICATO, SARANNO ATTIVI DA GENNAIO 2023 PER TUTTO LA DURATA DEL PIANO SOCIALE DISTRETTUALE 2023-2025 DELL'ECAD N.18 MONTESILVANO.

LE RICADUTE ORGANIZZATIVE PER L'ATTUAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO

L'equipe integrata dell'AdS Montesilvano come sopra costituita assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM/UVMD) e definisce il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Queste attività sono seguite e alimentate attraverso le funzioni di back-office del PUA; la fase di prima valutazione è svolta in sinergia dalla Centrale Operativa Territoriale (COT) e dal PUA in modo da far gestire alla COT i casi con bisogni non complessi di tipo sanitario e al back-office del PUA i casi con bisogni complessi sanitari e sociali in rete con i servizi socio-assistenziali dell'A.d.S.

ORGANIZZAZIONE E DOTAZIONI			
MACROFASI	UNITA' PROFESSIONALI ADS (tutto il personale è in organico all'Azienda speciale per i servizi sociali dell'ECAD.n.18 Montesilvano)	UNITA' PROFESSIONALI ASL / DISTRETTO	RIFERIMENTI ORGANIZZATIVI
A. ACCESSO	1 ASSISTENTI SOCIALE per n.38 ore sett.li	1 medico 1 infermiere 1 amministrativo	Punto Unico di Accesso presso il Distretto Sanitario di Montesilvano
B. PRIMA VALUTAZIONE	2 ASSISTENTI SOCIALI per n.38 ore sett.li	1 medico 1 infermiere 1 amministrativo	Equipe Integrata Centrale Operativa Territoriale
C. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	3 ASSISTENTI SOCIALI per n.38 ore sett.li; 1 EDUCATORE PROFESSIONALE per n.30 ore sett.li 1 PSICOLOGO per n.15 ore sett.li	1coordinatore UVM 1 infermiere 2 o più specialisti ambulatoriali 2 amministrativi	Equipe Integrata Unità di Valutazione Multidimensionale
D. PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (Piano condiviso di sostegno)	L' UVM come sopra costituita in stretta collaborazione con il servizio sociale professionale dell'ADS composto da: n. 13 assistenti sociali – per 38 ore sett.li	1 medico 1 infermiere 1 amministrativo Atti di convenzionamento con	Equipe Integrata Servizi ATS Servizi Distretto

	<p>4 educatori – per n.30 ore sett.li</p> <p>n.1 psicologo – per n.15 ore sett.li</p>	enti esterni	
E. MONITORAGGIO E PAP	<p>UFFICIO DI PIANO</p> <p>Struttura amministrativa e contabile dell’Azienda Speciale per i Servizi Sociali del Comune di Montesilvano</p>	<p>Responsabile Distretto di Montesilvano</p> <p>Responsabile aziendale UVM</p> <p>Dirigente Amministrativo</p>	<p>Sistemi Informativi</p> <p>Piattaforme Integrate</p> <p>Interoperabilità</p>