



# **AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 28 “ORTONESE”**

**Comune di ORTONA - Ente di Ambito  
Sociale**

**Piano Locale per la Non  
Autosufficienza – 2015**

## Sommario

1. Comuni costituenti l'Ambito sociale n. 28 "Ortonese" .....	3
2 - Piano Locale della non autosufficienza e Piano di Zona .....	3
3 - Profilo sociale locale della non autosufficienza .....	3
4 - Le finalità del Piano Locale Non Autosufficienza .....	7
5 - I beneficiari del Piano Locale.....	7
6 - Il Piano di integrazione socio-sanitaria.....	8
7 - Obiettivi specifici del PLNA dell'E.A.S. n°28 e servizi attivati.....	8
8 - Sviluppo temporale ed operativo del Piano Locale.....	12
9 - Risorse proprie messe a disposizione per la realizzazione del Piano Locale .....	13
10 - Risorse finanziarie.....	13

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

I Comuni costituenti l'Ambito sociale n. 28 "Ortonese" sono ricompresi nel territorio del Distretto di Ortona ( Ortona, Arielli, Canosa Sannita, Crecchio, Giuliano Teatino, Poggiofiorito e Tollo) ad eccezione di Filetto ed Orsogna che fanno parte del Distretto di Guardiagrele.

### *2 - Piano Locale della non autosufficienza e Piano di Zona*

Il Piano Locale per la non autosufficienza ha l'obiettivo di promuovere una politica di interventi integrati finalizzati a rendere la permanenza della persona non autosufficiente nel nucleo familiare meno difficile e più soddisfacente anche sotto il profilo delle relazioni affettive intra-familiari e delle relazioni sociali nonché ad evitare ricoveri impropri.

Le reti parentali presentano una crescente fragilità per la difficoltà, da un lato, delle famiglie più giovani di conciliare lavoro e accudimento dei congiunti e, dall'altro, per i problemi di «tenuta fisica» dei nuclei più anziani, a causa della fatica del lavoro di cura che richiedono le persone non autosufficienti e dell'impegno totalizzante che ciò comporta.

Secondo tale principio l'EAS 28 Ortonese è orientato al sostegno del lavoro di cura delle famiglie e dei loro congiunti non autosufficienti con l'attivazione di interventi tesi alla promozione della cultura dell'autodeterminazione e della domiciliarità dei servizi socio-assistenziali come unica alternativa percorribile all'istituzionalizzazione della persona non autosufficiente. La realizzazione del PLNA diventa anche uno strumento per la valutazione e la presa in carico personalizzata del bisogno, da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), e nel contempo offrire alle famiglie del comprensorio dell'EAS Ortonese una gamma di interventi atti ad accompagnare il cittadino non autosufficiente nel processo di sostegno e fuoriuscita dal momento emergenziale.

Inoltre, è importante sottolineare che si sta delineando un nuovo modello di assistenza capace di rispondere in maniera differenziata ed articolata ai bisogni di una popolazione non autosufficiente e delle loro famiglie in rapida evoluzione e trasformazione in termini qualitativi e quantitativi.

Il nuovo modello, di tipo "aperto", è chiamato a rispondere ai bisogni degli anziani non autosufficienti gestiti a domicilio e delle loro famiglie ancora privi di risposte; ciò può avvenire:

- specializzando l'offerta di residenzialità,
- supportando l'assistenza domiciliare semplice ed integrata,
- sviluppando gli interventi temporanei,
- mettendo a disposizione delle famiglie quel patrimonio di competenze e di professionalità che le strutture storicamente hanno sviluppato al proprio interno.

### *3 - Profilo sociale locale della non autosufficienza*

Al fine di delineare un quadro complessivo della non autosufficienza dell'ambito la nostra analisi passerà in rassegna le due componenti principali che determinano la condizione di non autosufficienza, è cioè il progressivo invecchiamento della popolazione, che di per sé porta verso condizioni di dipendenza e di non autosufficienza e la disabilità.

#### **Invecchiamento della popolazione**

L'allungamento della vita media ed il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente marcato in Abruzzo, comportano il contestuale aumento dell'incidenza e prevalenza di poli-patologie cronico-degenerative e la progressiva perdita dell'autosufficienza. L'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" si inserisce a pieno titolo in tale processo poiché presenta un aumento consistente della sua popolazione anziana dovuto sia ad un allungamento della vita media delle persone che al fenomeno del drastico calo delle nascite.

Tuttavia, i dati esatti del fenomeno della non autosufficienza non sono disponibili e sono di difficile reperimento sia per la disomogeneità delle fonti e sia per una adeguata raccolta. Il fenomeno può essere stimato, in base a dati raccolti da fonti ufficiali (ISTAT) per quanto riguarda il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e da dati raccolti presso INPS per quel che riguarda la non autosufficienza legata alla disabilità.

Le stime dell'indagine multiscopo dell'ISTAT mostrano un tasso di prevalenza presso la popolazione anziana di un numero di ultrasessantacinquenni con gravi limitazioni all'autonomia in costante aumento.

Il dibattito sul futuro della domanda di servizi long-term care non può limitarsi alle stime della popolazione anziana disabile. La domanda di assistenza espressa dalla popolazione anziana è anche strettamente correlata alle caratteristiche dei nuclei familiari e delle altre reti di supporto. Questo è specialmente vero in un sistema di welfare come il nostro che è stato etichettato come "familiare" o "residuale".

È quindi da evidenziare il fatto che cresce il numero degli anziani per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione e, al contempo, diminuisce la disponibilità di assistenti informali. Queste variazioni sono illustrate attraverso l'incremento dell'indice di dipendenza degli anziani. Il peggioramento dell'indice riflette la contestuale riduzione della popolazione attiva (15-64 anni) e l'aumento di quella anziana. Per quanto riguarda l'EAS 28 ortonese, come risulta evidente dalla tabella 1, nell'arco del ventennio 1992-2012, si registra un aumento della popolazione anziana di 4,2 punti percentuali, passando dal 19,5% al 23,7%, mentre si registra un calo della popolazione in età lavorativa di 1,3 punti percentuali, passando da 65,5% a 63,7% [Fonte: elaborazione su dati ISTAT].

<b>TAB 1 -Andamento di significative classi di popolazione - EAS 28 ORTONESE</b>							
	< 14 anni		15 - 64 anni		65 >		totale
	val ass	%	val ass	%	val ass	%	
1992	6263	14,95	27452	65,54	8174	19,51	41889
1993	6159	14,70	27358	65,27	8395	20,03	41912
1994	6030	14,40	27264	65,09	8595	20,52	41889
1995	5925	14,14	27223	64,97	8752	20,89	41900
1996	5795	13,84	27162	64,87	8912	21,29	41869
1997	5674	13,59	27032	64,75	9041	21,66	41747
1998	5643	13,54	26924	64,60	9110	21,86	41677
1999	5184	13,32	25029	64,33	8693	22,34	38906
2000	5515	13,26	26729	64,25	9357	22,49	41601
2001	5435	13,10	26598	64,09	9467	22,81	41500
2002	5366	12,95	26501	63,95	9576	23,11	41443
2003	5344	12,88	26423	63,69	9723	23,43	41490
2004	5356	12,83	26584	63,69	9802	23,48	41742
2005	5372	12,67	27031	63,74	10005	23,59	42408
2006	5398	12,75	26956	63,65	9994	23,60	42348
2007	5359	12,65	27015	63,76	9994	23,59	42368
2008	5325	12,53	27248	64,09	9939	23,38	42512
2009	5314	12,47	27374	64,24	9922	23,29	42610
2010	5299	12,46	27303	64,19	9930	23,35	42532
2011	5287	12,47	27237	64,24	9872	23,29	42396
2012	5201	12,57	26370	63,71	9821	23,73	41392

Applicando il tasso di non autosufficienza (pari al 18,7% secondo stime Istat) alla popolazione anziana dell'EAS 28 Ortonese, il numero dei non autosufficienti supererebbe le 1800 unità. Questo dato evidenzia l'importanza di intervenire su fattori di rischio modificabili, poiché ad una riduzione del tasso di prevalenza della non autosufficienza corrisponde una significativa riduzione del numero dei soggetti in stato di bisogno. Nella tabella 2 sono riportati nel dettaglio i dati relativi agli anziani presenti nel territorio per classi di età e sesso: dai dati è evidente il progressivo invecchiamento e la presenza sempre più massiccia di ultranovantenni (5,8%), andamento destinato ad aumentare.

	Maschi	val %	Femmine	val %	totale	val %
65-69	1024	24,1	1161	20,9	2185	22,2
70-74	1063	25,0	1164	20,9	2227	22,7
75-79	907	21,3	1147	20,6	2054	20,9
80-84	727	17,1	1014	18,2	1741	17,7
85-89	371	8,7	674	12,1	1045	10,6
90-94	123	2,9	308	5,5	431	4,4
95 e >	39	0,9	99	1,8	138	1,4
TOTALE	4254		5567		9821	

L'analisi demografica è di fondamentale importanza in quanto vi è una stretta correlazione tra età anagrafica e domanda di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali. L'invecchiamento della popolazione è anche evidenziato nella tabella successiva (Tab. 3) in cui sono riportati i dati su indice di vecchiaia e indice di dipendenza senile.

	indice di vecchiaia	indice di dipendenza senile
1992	131	29,8
1993	136	30,7
1994	143	31,5
1995	148	32,1
1996	154	32,8
1997	159	33,4
1998	161	33,8
1999	168	34,7
2000	170	35
2001	174	35,6
2002	178	36,1
2003	182	36,8
2004	183	36,9
2005	186	37
2006	185	37,1
2007	186	37
2008	187	36,5
2009	187	36,2
2010	187	36,4
2011	187	36,2
2012	189	37,2

Dalla tabella 3 emergono i seguenti dati: si registrano, nel 1992, 131 anziani (dai 65 anni in su) ogni 100 giovani (0 -14 anni), nel 2002 gli anziani sono 178 e nel 2012 passano a 189.

L'indice di dipendenza senile registra, invece, il numero di ultrasessantacinquenni a carico per ogni 100 persone in età lavorativa: esso varia da 29,8 del 1992 a 36,1 del 2001 a 37,2 del 2012.

## La disabilità

Altro dato fondamentale da acquisire per un completo profilo sociale locale della non autosufficienza è quello relativo alla gravità di handicap presente. I portatori di handicap gravi risultano essere maggiori rispetto a quelli con handicap lievi e meno gravi e addirittura più del doppio per la fascia di età ultra 65enni. Allo stato attuale non esiste un sistema informativo in grado di delineare il numero e le caratteristiche delle persone con disabilità, secondo i criteri previsti dalla Classificazione Internazionale della Disabilità e della Salute (ICF) approvato dall'OMS nel 2001. La disabilità, quale "conseguenza o risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo", delinea un'evoluita concezione della salute della persona e delle condizioni, conseguenze e determinanti ad essa correlate, ma è ancora oggi difficilmente riconducibile in idonei strumenti di misurazione.

L'unica fonte nazionale oggi disponibile per delineare un quadro generale del fenomeno è quella fornita dall'indagine Istat sulle "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari".

Nella tabella 4 sono riportati i valori assoluti registrati dall'Inps in merito alle pensioni di invalidità ed alle indennità nell'ambito territoriale di competenza dell'Eas 28.

<b>TAB 4 -Invalidi civili - EAS 28 ORTONESE 2013 - dati</b>			
<b>INPS</b>			
	N pensioni	N indennità	Totale
Ari	13	70	83
Arielli	19	51	70
Canosa Sannita	40	66	106
Crecchio	58	124	182
Filetto	21	41	62
Giuliano Teatino	33	64	97
Orsogna	61	145	206
Ortona	407	867	1274
Poggiofiorito	14	28	42
Tollo	88	179	267
<b>Totale</b>	<b>754</b>	<b>1635</b>	<b>2389</b>

Nella tabella 5 riportiamo, infine, i dati dell'area suddivisi per tipologia e per fascia d'età.

<b>TAB 5 -numero pensioni e indennità per tipologia e fasce d'età - EAS 28 ORTONESE 2013</b>							
<b>- dati INPS (valori assoluti)</b>							
	0-17	18-39	40-59	60-64	65-79	80 e oltre	totale
ciechi	4	16	27	11	72	154	284
sordomuti	4	18	15	3	8	3	51
Invalidi							
parziali	44	163	299	119	273	810	1708
invalidi totali	21	36	71	26	51	141	346
<b>totale</b>	<b>73</b>	<b>233</b>	<b>412</b>	<b>159</b>	<b>404</b>	<b>1108</b>	<b>2389</b>

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

#### *4 - Le finalità del Piano Locale Non Autosufficienza*

Il Piano Locale per la non autosufficienza intende contribuire a realizzare le migliori condizioni che consentano alle persone con disabilità grave e anziane con più di sessantacinque anni in condizioni di non- autosufficienza di permanere al proprio domicilio assistite e in condizioni di sicurezza.

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

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

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

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

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

#### *5 - I beneficiari del Piano Locale*

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

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

- disabili certificati in situazione di gravità (ART 3 del Decreto Interministeriale 07/05/2014 e Accordo Conferenza Unificata del 05/08/2014);
- anziani ultrasessantacinquenni in stato di non autosufficienza (Invalidità civile con accompagnamento);
- utenti con bisogni socio-sanitari complessi in stato di non autosufficienza che necessitano di interventi integrati sociali e sanitari.

## *6 - Il Piano di integrazione socio-sanitaria*

Il Piano Locale per la non Autosufficienza si caratterizza come strumento di concertazione tra l'Ambito Territoriale Sociale n. 28 Ortonese e i Distretti Sanitari territorialmente competenti e stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza.

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

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

Il Piano Locale per la non autosufficienza è uno strumento di integrazione tra l'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" e Asl Chieti- Lanciano- Vasto che agisce mediante il pieno coinvolgimento dei distretti sanitari attraverso i servizi specifici ad elevata integrazione (PUA ed UVM), altri servizi (CSM ed ambulatorio psicogeriatrico di Ortona) ed altre tipologie di servizi settoriali afferenti alle specifiche aree di riferimento del presente PLNA.

## *7 - Obiettivi specifici del PLNA dell'E.A.S. n°28 e servizi attivati*

In riferimento all'Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale per gli interventi rivolti alla non autosufficienza, l'Ambito sociale n. 28 "Ortonese" individua come prioritarie le seguenti aree di intervento:

- l'attivazione o il rafforzamento della rete territoriale ed extra-ospedaliera di offerta di interventi e servizi per la presa in carico personalizzata delle persone non autosufficienti, favorendo la permanenza a domicilio e in ogni caso l'appropriatezza dell'intervento
- la pianificazione degli interventi sociali integrata con la programmazione sanitaria locale.

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

Con il presente Piano Locale per la Non Autosufficienza si intende quindi integrare i servizi già attivati, in continuità e coerenza con essi, allo scopo di prevenire, per quanto possibile, l'istituzionalizzazione della persona. Nello specifico i servizi che l'Ambito 28 attiverà nel 2015 con le risorse previste dal PLNA sono:

### *7.1 - Assistenza domiciliare socio-assistenziale (A.D.S.A.)*

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

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

1. Aiuti volti a favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere:
  - cura dell'igiene personale
  - vestizione
  - aiuto nella somministrazione dei pasti e/o assunzione dei cibi
  - mobilitazione delle persone non autosufficienti;

2. Aiuto per il governo dell'alloggio e delle attività domestiche:

- cura delle condizioni igieniche dell'alloggio
- riordino del letto e delle stanze
- cambio biancheria

3. Interventi igienico – sanitari di semplice attuazione (ad esempio, l'aiuto per la prevenzione delle piaghe da decubito);
4. Sostegno all'anziano e al disabile e alla famiglia;
5. Collaborazione con il servizio di segretariato sociale.
6. Sostegno psicologico, sempre a carico dello staff dell'Eas 28 Ortonese.

### 7.2 - Servizio ADI

L'ADI, il cui costo sarà a carico della ASL di Chieti Lanciano Vasto per l'80% e dell'EAS 28 per il 20%, è l'insieme di prestazioni di natura medica, infermieristica, riabilitativa e socio-assistenziale erogate al domicilio del paziente in modo continuo ed integrativo, secondo piani di intervento personalizzati e profili di cura sostitutivi del ricovero ospedaliero. L'obiettivo delle cure domiciliari è fornire al paziente le cure necessarie presso il proprio domicilio garantendo la continuità assistenziale, favorendo il recupero delle capacità di autonomia e relazione, migliorare la qualità della vita e sostenere i familiari nel percorso di cura trasmettendo loro eventuali competenze utili per una autonomia di intervento.

L'Assistenza Domiciliare Integrata offre prestazioni di medicina generale, medico specialistiche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali integrate fra loro.

Le condizioni indispensabili per essere ammessi in ADI sono la segnalazione/ proposta al PUA da parte di:

- Medico di Medicina Generale dell'utente;
- Dirigente medico presidi ospedalieri;
- Strutture residenziali accreditate;

la presenza di un referente familiare (*caregiver*)

Possono accedere al servizio ADI tutti i casi segnalati nel rispetto del Piano Sanitario Regionale e delle indicazioni contenute nelle specifiche Linee Guida Regionali.

### 7.3 - Telesoccorso/teleassistenza

Il Telesoccorso è un servizio per gli anziani che vivono in solitudine, nato per garantire la serenità e la sicurezza domiciliare con la certezza di poter chiedere e ricevere aiuto in situazioni di difficoltà. Il servizio garantisce pronta assistenza in ogni momento della giornata e per qualsiasi problema: salute, solitudine o pericolo imminente, e l'eventuale soccorso dagli organi deputati al pronto intervento. L'utente viene fornito di un'unità domiciliare e di un radiocomando collegato alla linea telefonica che attiva, in caso di necessità, i soccorsi. La Centrale Operativa è attiva H24 e offre anche la possibilità di conversare, svolge una funzione di stimolo alla socializzazione, spesso si rivela per l'utente l'unica occasione di evasione dalla solitudine.

Il servizio di Teleassistenza è rivolto alle persone anziane parzialmente non autosufficienti e privi di supporto parentale. Gli utenti hanno accesso ai servizi attraverso un numero verde con il quale prenotare la prestazione.

I servizi programmati sono:

- Tele-spesa;
- Pagamento di bollette;

- Espletamento pratiche per prenotazioni di visite mediche, terapie o prelievi;
- Ritiro ricette mediche;
- Consegna farmaci a domicilio;
- Telefono amico;

Il servizio di Telesoccorso Alzheimer è rivolto ai pazienti affetti dal morbo di Alzheimer di grado lieve/moderato. Utilizzando un Personal Tracker dotato di localizzatore GPS, la Centrale Operativa è 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. Inoltre la Centrale Operativa può interrogare con cadenze prestabilite il dispositivo, in modo da localizzarlo in qualsiasi momento. In tutti questi casi l'operatrice può allertare, qualora dovesse ravvisare una posizione non consona a quella prevista, gli aiuti più idonei ed efficaci fornendo tutte le indicazioni necessarie a raggiungere il luogo dell'evento.

#### 7.4- Trasporto

Il servizio di trasporto assistito, tra gli interventi di natura socio-assistenziale organizzati dall'Ambito sociale n. 28 "Ortonese", mira a garantire ai soggetti anziani non autosufficienti e persone disabili gravi il raggiungimento di strutture riabilitative (pubbliche e/o private accreditate sul territorio) o di centri diurni di tipo aggregativo, quale quello gestito dall' EAS sito presso il comune di Ortona .

Il servizio è organizzato sulla base di itinerari e trasferimenti strutturati :

- ✓ casa-centri diurni-casa (per accedere alle attività di tempo libero e di socializzazione)
- ✓ casa-centri riabilitativi –casa
- ✓ casa-centri riabilitativi-scuola (*percorsi misti*)
- ✓ scuola-centri riabilitativi-casa (*percorsi misti*)

**Tipologia trasporti continuativi:** ovvero i trasporti effettuati giornalmente nell'arco della settimana e dei mesi con cadenza periodica, programmabile di lunga durata per gli utenti che accedono presso le strutture riabilitative (a regime di seminternato e/o che godono di terapie riabilitative a regime ambulatoriale) e per coloro che frequentano centri aggregativi con caratteristiche di diurno.

#### 7.5 Assegno disabilità gravissime a favore di persone affette da S.L.A. (Sclerosi Laterale Amiotrofica)

L'assegno per le persone con disabilità gravissime *persone affette da S.L.A* è un sostegno economico in favore dei nuclei familiari tesi a sostenere e incrementare l'assistenza della persona compromessa dalla patologia, nel suo ambiente di vita, valorizzando il lavoro di cura del familiare-caregiver. La finalità dell'azione è quella di rafforzare le opportunità di permanenza nel proprio contesto di vita, evitando e/o posticipando il ricorso ai servizi residenziali.

Le modalità e i termini di erogazione dell'Assegno disabilità gravissime per le persone affette da SLA sono stabiliti dal Piano Esecutivo SLA approvato con DGR n. 742 del 12/11/2012.

L'entità dell'assegno disabilità gravissima per le persone affette da SLA è commisurato al " livello di intensità assistenziale" di cui necessita il malato di SLA, ed è correlato al " punteggio globale " del " grado di compromissione funzionale" valutato dall'UVM.

L'erogazione dell'assegno disabilità gravissima per le persone affette da SLA è condizionato alla stipula di apposito accordo di fiducia sottoscritto dal malato ammesso al contributo o dalla persona che ne cura gli interessi e l'EAS.

Nell'accordo devono essere indicati:

- la scelta tra l'utilizzo dell'assistenza da parte di *familiare caregiver* o di *assistente familiare*, indicando i relativi nominativi e nel primo caso una dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 che il caregiver sia un familiare che si occupa della persona affetta da SLA, con l'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione;
- le prestazioni assistenziali *che il familiare caregiver o l'assistente devono assicurare*

- la durata dell'accordo;
- le modalità e i tempi della verifica sul rispetto degli impegni all'assistenza.

L'E.A.S. n° 28 Ortonese verificherà trimestralmente il rispetto dell'accordo sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, provvede ad acquisire copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati.

Gli assegni di disabilità gravissima per le persone affette da SLA vengono erogati ai malati per i quali il punteggio globale del grado di compromissione funzionale risulti uguale o superiore a 10 (dieci).

#### *7.6 – Assegno disabilità gravissime a favore di persone in condizione di dipendenza vitale*

L'assegno per le persone con disabilità gravissime è un sostegno economico in favore dei nuclei familiari finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente ed a garantire alla stessa la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza evitando il ricovero in strutture residenziali.

L'erogazione dell'assegno di cura è subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona non autosufficiente nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo e ad evitare il ricorso al ricovero ospedaliero o in istituto. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta verso la persona non autosufficiente da parte del nucleo familiare, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari. La disponibilità all'assistenza diretta ed, eventualmente, il ricorso all'assistente familiare, saranno formalizzate attraverso apposito accordo sottoscritto con il Servizio sociale competente ed inserito nel progetto assistenziale individualizzato, su valutazione dell'UVM. Nell'accordo devono essere indicati:

- il progetto assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;
- le attività assistenziali che il nucleo familiare si impegna ad assicurare;
- la durata del contratto/accordo;
- le modalità ed i tempi della verifica;
- l'entità del contributo;
- le modalità di erogazione;
- gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell'accordo
- le modalità e i tempi del monitoraggio
- le modalità di valutazione dell'intervento.

E.A.S. n° 28 Ortonese verificherà il rispetto dell'accordo sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, ad acquisire copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati. L'importo minimo mensile dell'assegno di cura è stabilito in 800,00 Euro circa in modo da restare entro i parametri minimi previsti il PLNA 2015 e per assicurare, in base alla dotazione finanziaria di questo EAS, l'assegno per la durata di 12 mesi erogato a persone in situazione di disabilità gravissima, in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario h. 24 per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica come individuato al fine di evitare ricoveri impropri e mantenere il disabile gravissimo nel proprio ambiente di vita.

#### *7.7 – Assistenza Domiciliare Integrata ( ADI )SLA e disabilità gravissima e Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale SLA e disabilità gravissima*

In base alle indicazioni dell'Atto di indirizzo applicativo 2015, sono previste specifiche prestazioni di Adi e Adsa per persone affette da SLA e disabili in situazione gravissima in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio sanitario h. 24 per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche,

con la compromissione delle funzioni respiratorie, nutrizionali, dello stato di coscienza, privi di autonomia motoria e/o comunque bisognosi di assistenza vigile da parte di terza persona per garantirne l'integrità psico-fisica come individuato al fine di evitare ricoveri impropri e mantenere il disabile gravissimo nel proprio ambiente di vita..

#### *8 - Sviluppo temporale ed operativo del Piano Locale*

Le fasi di sviluppo temporale ed operativo del Piano Locale per la non autosufficienza sono le seguenti:

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

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

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

Per la stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.) si procede attraverso l'operato delle UVM distrettuali per l'analisi e lo studio del bisogno manifestato dall'utente e/o dalla famiglia dell'utente e rilevato attraverso l'utilizzo di scale di valutazione a valenza sanitaria e sociale; dopo attenta analisi si procede alla stesura del P.A.I. e del P.E.P, che dovrà prevedere:

- la lettura funzionale del caso;
- la definizione del setting di intervento
- la definizione delle aree assistenziali o educative d'intervento;
- il raggiungimento di una gerarchia di obiettivi;
- la definizione delle azioni e degli interventi assistenziali, le sue modalità di realizzazione e la tempistica;
- 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 delle UVM distrettuali, 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 delle 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 sanitaria. Tali verifiche di UVM devono essere finalizzate all'analisi e alla valutazione della documentazione specifica, alla registrazione dell'evoluzione dell'intervento e al controllo del regolare andamento delle attività per la verifica della coerenza delle azioni pianificate con gli obiettivi. In tale sede potrà essere effettuata, eventualmente, anche la rimodulazione degli interventi durante la loro realizzazione per permettere il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PAI.

##### *5. Fase V: Verifica semestrale del PLNA*

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

#### 9 - Risorse proprie messe a disposizione per la realizzazione del Piano Locale

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

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

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

- Responsabile Amministrativo - Dirigente del IV Settore del Comune di Ortona;
- Coordinatore Tecnico del Piano di Zona - Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di Ortona;
- Referente Area Sociale Persone Anziane del Piano di zona;
- Referente Area Sociale Persone Disabili del Piano di zona.

#### 10 - Risorse finanziarie

##### Piano Locale per la Non Autosufficienza – Anno 2015

Importo cofinanziato € 0

**Importo totale del Piano Locale € 257.791,00**

SERVIZI	Valore in Euro	Numero utenti
trasporto	€ 97.857,35	35
telesoccorso e teleassistenza	€ 14.929,10	50
adi adsa gravi	€ 59.886,55	27
	€ -	
<b>totale</b>	<b>€ 172.673,00</b>	
Assegni per disabilità gravissima	€ 51.600,00	5
Adi/adsa gravissimi e SLA	€ 33.518,00	17
<b>totale</b>	<b>€ 85.118,00</b>	
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>€ 257.791,00</b>	<b>0</b>

---

**TABELLA AGGIUNTIVA - SLA - Persone che già percepivano il contributo mensile  
previsto dal precedente Progetto SLA**

SLA (FASCIA B)	€ 5.280,00	1 UTENTE
SLA (FASCIA D)	€ 13.200,00	1 UTENTE
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>€ 18.480,00</b>	<b>0</b>