

CONVENZIONE 2018
PER LA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI IN DELEGA E SOCIO SANITARI IN
COMPARTECIPAZIONE

TRA

Il Comune di Trevi con sede legale e domicilio fiscale a Trevi, Piazza Mazzini, 21 – Trevi (PG), (C.F. 00429570542), rappresentato dal Sindaco Dr. Bernardino Sperandio, nato a Foligno (PG) il 26/02/1956, domiciliato per la carica presso il Comune suddetto, il quale interviene esclusivamente a nome, per conto e nell'interesse dell'Ente che rappresenta, qui di seguito denominata "Comune"

E

L'Usl Umbria 2, con sede legale e domicilio fiscale a Terni, Via Bramante 37 (C.F. 01499590550), rappresentata dal Direttore Generale Dr. Imolo Fiaschini nato a Narni (TR) il 22/02/1956, domiciliato per la carica presso l'Azienda suddetta, il quale interviene esclusivamente a nome, per conto e nell'interesse dell'Ente che rappresenta, qui di seguito denominata "azienda"

Richiamata la normativa in materia di integrazione socio-sanitaria, in particolare:

- il D. lgs n. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale", a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
- il D. lgs n. 267/2000 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali";
- la L. n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi servizi sociali";
- Il D.P.C.M. del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- la D.G.R. n.548/2004 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie in attuazione del D.P.C.M. 14/02/2001";
- la D.G.R dell'Umbria n. 21/05 "Approvazione atto di indirizzo regionale in materia di prestazioni socio sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001";
- la L.R. 9/2008 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza" e il Regolamento di attuazione 4/2009 e ss.mm.ii;
- la L.R. n.26/09 "Disciplina per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- la D.G.R n.1708/2009 "L.R. 9/2008: Istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni. Programmazione delle risorse, riferimenti metodologici per la redazione del piano attuativo triennale del PRINA e del Programma operativo del PRINA, approvazione tariffario delle prestazioni e degli interventi per i non autosufficienti e ulteriori misure attuative";
- la L.R. n 18/2011 "Riforma del sistema amministrativo regionale e delle autonomie locali e istituzione dell'Agenzia Forestale regionale. Conseguenti modifiche normative";
- la L.R. 9 aprile 2015, n. 11 Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali;

le quali ridisegnano un ruolo per le Autonomie locali, definendo disposizioni combinate nell'ambito dei ruoli, delle funzioni, delle relazioni istituzionali e delle responsabilità degli Enti locali e delle Aziende sanitarie;

Visti:

Il Nuovo Piano Sociale Regionale approvato con D.C.R. n.156 del 7/3/2017

Il Piano Sociale Regionale 2010-2012;

Il Piano Sanitario Regionale 2009-2011

Il Piano di Zona dell'Ambito territoriale n. 8;

La D.C.R. n. 290/09 "Piano regionale integrato per la non autosufficienza 2009/2011".

Preso atto, inoltre, che:

- Il nuovo assetto organizzativo delle unioni speciali dei Comuni, all'interno delle quali dovrà essere programmata e gestita la funzione sociale, è in corso di attuazione;
- Tra la zona sociale n.8 e la USL Umbria 2 è stato siglato un "Patto Istituzionale" per l'integrazione socio sanitaria approvato con Delibera della Giunta Comunale n.53 del 16 febbraio 2004;
- Dato atto che il Comune di Trevi ha negli anni consolidato la scelta della delega alla ASL per la gestione della quota sociale dei servizi ad integrazione socio-sanitaria, con la volontà di dare continuità all'esperienza di integrazione realizzata nell'erogazione dei servizi alla persona intesa nella sua globalità e comprensiva della valutazione e della gestione dei servizi;

Concordato che gli obiettivi da raggiungere attraverso la presente Convenzione sono:

1. Raggiungere un buon rapporto di efficacia/efficienza nella gestione degli interventi e della spesa.
2. Garantire maggiore razionalità, equità, economicità nell'erogazione degli interventi, contenimento del costo complessivo dei servizi, attraverso la definizione condivisa dei criteri di valutazione e di individuazione delle priorità per consentire l'accesso selettivo in rapporto alla valutazione socio-economica relazionale.
3. Lavorare alla ri-determinazione dell'offerta dei servizi territoriali attivabili coerentemente con le risorse a disposizione, nonché alla individuazione e costruzione di metodologie d'intervento ed approcci progettuali unitari ed appropriati.
4. Qualificare l'integrazione dei servizi socio - sanitari confermando alle équipes UUWMM, costituite coerentemente alle linee organizzative previste nella D.G.R. n. 230/2009, la funzione di indirizzo e valutazione dei progetti personalizzati.
5. Sviluppare in modo coordinato la valorizzazione del ricorso a prestazioni specialistiche complementari ed integrate (Comune/area sociale - USL Umbria2/ area socio sanitaria) secondo specifici progetti e protocolli, nelle tematiche in cui si realizza l'integrazione socio-sanitaria.
6. Rafforzare i percorsi di innovazione e sperimentazione all'interno del processo di coordinamento e di integrazione dei servizi socio - assistenziali e socio- sanitari tra l'Ente Locale e l'USL Umbria2.
7. Effettuare la programmazione dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie in tutte le aree di intervento, in cui le tematiche presentino bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali tramite l'assunzione di un modello uniforme per l' accesso, la valutazione e la compartecipazione.

Tutto ciò premesso, che costituisce parte integrante della presente convenzione, nelle more della definizione del nuovo assetto istituzionale in materia di gestione della funzione sociale, gli Enti come sopra rappresentati convengono quanto segue:

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 1 – OGGETTO DELLA CONVENZIONE

Oggetto della presente Convenzione è la gestione della quota sociale dei servizi delegati e ad integrazione socio-sanitaria compartecipati, dettagliatamente elencati nell'Allegato 1.

L'Azienda s'impegna inoltre, se richiesta, a garantire in forma gratuita il supporto tecnico per l'istruttoria dei provvedimenti, nonché la partecipazione ad eventuali gruppi di lavoro interistituzionali, per gli interventi socio-assistenziali effettuati direttamente dal Comune e non oggetto di delega.

ART. 2– DESTINATARI DEGLI INTERVENTI ED AMBITO DI APPLICAZIONE

Gli interventi delegati sono rivolti a tutti i cittadini residenti nel Comune che rispondono ai requisiti previsti dalla legge e dai regolamenti regionali e comunali e che si trovino in stato di bisogno. Tali interventi devono comunque ricadere nelle seguenti aree sociali di integrazione, così come identificate dal DPCM 14/02/2001:

- Infanzia, Adolescenza, Famiglie e Donna
- Disabili;
- Salute mentale;
- Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative.

ART. 3 - ATTUAZIONE

Ciascun Ente firmatario della presente Convenzione si impegna a:

- rimuovere gli ostacoli di ordine tecnico, amministrativo e procedurale onde assicurare gli interventi di cui alla presente Convenzione;
- attuare una piena costante collaborazione con l'altro Ente firmatario per il conseguimento degli obiettivi contenuti nella Convenzione e negli atti di programmazione territoriale;

- provvedere alla realizzazione dei suddetti interventi con le risorse previste nel “Piano Finanziario” allegato o, eventualmente, ridefinite negli aggiornamenti condivisi dello stesso Piano Finanziario.
- promuovere una progettualità comune;
- acquisire nuovi strumenti di analisi dei bisogni;
- fornire un supporto alla programmazione, assicurando il coordinamento tecnico e mettendo a disposizione i propri servizi;
- fornire consulenze che dovessero rendersi necessarie durante la realizzazione delle attività anche con particolare riferimento alle situazioni di disagio.

ART. 4 – DIREZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI

Spetta al Comune, in quanto titolare delle funzioni in materia di assistenza sociale, la programmazione, la promozione e l'attivazione di attività e servizi sociali organizzati in favore della comunità, impegnandosi a raccordare tutte le risorse pubbliche, private, di privato sociale, di volontariato e di mutuo aiuto, per la realizzazione di un sistema articolato e flessibile.

Spetta all'Azienda, quale gestore delle attività e dei servizi delegati dal Comune, il coordinamento degli interventi da attuare attraverso le prestazioni socio-sanitarie oggetto della presente convenzione (come da elenco dettagliato nell'Allegato 1).

Si dà atto che la gestione dei servizi di che trattasi, sarà realizzata anche per il tramite di Ditte appaltatrici, individuate dall'Azienda con idonea procedura di evidenza pubblica le cui condizioni di gara saranno previamente concordate con l'Ente locale.

Le parti concordano che per le attività convenzionate siano necessari dati ed informazioni sui servizi attuati, quindi l' Azienda si impegna ogni tre mesi a redigere una relazione contenente:

- i nominativi delle persone prese in carico/beneficiarie dei servizi;
- lo stato dei progetti attuati ed una “mappatura” delle problematiche socio-sanitarie del territorio comunale rilevate nel corso della gestione;
- le indicazioni sulle categorie di utenza presa in carico, sulla tipologia degli interventi attuati definendo in linea di massima i progetti individuali e gli obiettivi perseguiti, i risultati ottenuti e, dove emergano, i nuovi disagi;
- il numero di ore di assistenza domiciliare attivate, in prospetti mensili individuali e indicanti il tipo di professionalità impiegata;
- le eventuali problematiche riscontrate nei servizi messi in atto e le possibili nuove aree di intervento.

Attività propedeutica

La natura dei progetti individuali messi in atto devono essere comunicati agli utenti e alle rispettive famiglie, laddove queste siano coinvolte, al fine di renderli coscienti nei limiti delle loro capacità.

Ogni lavoratore coinvolto deve avere piena conoscenza delle proprie mansioni in relazione al progetto individuale di ogni singolo utente dove presta servizio, per questo l'Azienda, anche attraverso i suoi operatori, si impegna a redigere schede informative su ogni singolo progetto individuale segnalandovi la tipologia dell'utente e le sue problematiche, il tipo di intervento e gli obiettivi perseguiti e tutte quelle informazioni utili per l'espletamento nel miglior modo del servizio e utili a garantire la sicurezza del lavoratore e dell'utente.

Ogni lavoratore dovrà aver preso visione delle schede riguardanti gli utenti da lui presi in carico e dovrà firmare per presa visione e a garanzia che questi dati non vengano divulgati.

Organizzazione dei servizi

L'Azienda ha la titolarità nell'organizzazione dei servizi.

La stessa Azienda, nella rendicontazione di fine anno indicherà, per ogni area di intervento, il nominativo del referente del singolo servizio (assistente sociale o altra figura professionale).

Sarà cura del referente individuato dall'Azienda per ogni singolo servizio, di organizzarlo secondo le finalità e gli obiettivi previsti avvalendosi dei vari livelli tecnici che l'Azienda mette a disposizione (Geriatrici, pediatri, psicologi, ecc.), nei limiti di spesa previsti, non trascurando di verificare che l'organizzazione dei servizi o le modalità utilizzate per perseguire gli obiettivi non siano lesive non soltanto dei diritti del lavoratore ma anche della sua dignità umana.

Gruppo integrato di monitoraggio e valutazione

Al fine di garantire un monitoraggio costante sui servizi oggetto della presente convenzione, e come livello di coordinamento integrato, si individua un gruppo tecnico integrato di monitoraggio e valutazione, costituito almeno da:

- un referente nominato dall'Azienda;
- un referente nominato dal Comune ;
- un referente nominato dal gestore dei servizi.

Il gruppo integrato di monitoraggio si incontra su convocazione trimestrale della Azienda o del Comune, o quando se ne ravvisi la necessità.

ART.5 – GESTIONE TECNICO-AMMINISTRATIVA DEI SERVIZI - L'AREA CENTRALE

Per la gestione tecnica ed amministrativa dei servizi delegati e ad integrazione socio sanitaria compartecipati viene richiesto al Comune il pagamento, sulla base del criterio della popolazione residente in relazione al dato ISTAT disponibile, di oneri finanziari per l'utilizzazione di personale tecnico ed amministrativo messo a disposizione dall'Azienda e per la copertura delle spese di gestione dell'Area Centrale dei Servizi Sociali, quali per esempio i canoni, le utenze, le manutenzioni e altre spese generali.

ART. 6 – PERCORSI DI ACCESSO AI SERVIZI

L'accesso ai servizi per la non autosufficienza oggetto di questa convenzione viene gestito con le stesse modalità di accesso ai servizi previsti dal Piano operativo territoriale di attuazione del PRINA, come stabilito dalla normativa vigente.

ART. 7 – DURATA DELLA CONVENZIONE

La presente Convenzione ha validità dal 01.01.2018 al 31.12.2018.

ART. 8 – MODIFICHE AI CONTENUTI DELLA CONVENZIONE

Ogni circostanza che darà luogo alla realizzazione sul territorio del Comune di Trevi di nuovi servizi sociali a rilevanza sanitaria, o quant'altro che generi una variazione in aumento o in diminuzione dei servizi attualmente delegati e socio sanitari in compartecipazione rispetto a quanto previsto dal Piano Finanziario approvato con la presente convenzione, dovrà essere concordata dalle parti senza dar luogo ad ulteriore Convenzione.

Su richiesta di uno degli Enti firmatari si potrà procedere alla revisione della Convenzione approvando un documento aggiuntivo, correttivo o integrativo che ne diventerà parte integrante.

TITOLO II
DISPOSIZIONI FINANZIARIE

ART. 9 – CORRISPETTIVO DELLA GESTIONE

Per la gestione delegata dei servizi delegati e socio sanitari in compartecipazione precisati negli allegati, il Comune si impegna a corrispondere i relativi oneri finanziari sostenuti dall'Azienda, così come indicati nel "Piano Finanziario" di cui all'allegato 2, che verrà ridefinito annualmente, sulla base della programmazione socio-sanitaria condivisa con apposito atto di Giunta Comunale, precisando che oltre agli oneri di cui all'art. 5 della presente convenzione non è prevista alcuna remunerazione.

ART. 10 – IL PIANO FINANZIARIO

Il Piano Finanziario, allegato n. 2, è il documento nel quale vengono elencate tutte le diverse tipologie dei servizi classificate per aree di intervento. Esso riporta gli importi previsionali di spesa relativi ai servizi delegati e socio sanitari in compartecipazione. Il Piano Finanziario potrà essere ridefinito concordemente tra le parti nel caso ne emergesse la necessità, anche in riferimento alla programmazione territoriale del Fondo per la non-autosufficienza ed al riparto della spesa socio-sanitaria tra i due comparti, così come previsto dalla DGR 21/05.

Resta inteso che il Piano finanziario costituisce vincolo di spesa per l'Azienda, soggetto gestore dei servizi delegati e socio sanitari in compartecipazione, e che eventuali costi aggiuntivi da sostenere dovranno essere espressamente autorizzati dal Comune.

ART.11 – TRASFERIMENTI FINANZIARI

Il Comune di Trevi corrisponderà all'Azienda la somma complessiva nelle seguenti modalità:

- 25% della previsione di spesa entro il mese di febbraio di ogni anno;
- 25% della previsione di spesa entro il mese di maggio di ogni anno;
- 25% della previsione di spesa entro il mese di agosto di ogni anno;
- il restante 25% previo invio della relazione finale e del conto consuntivo di cui all'art. 13.

In caso di ritardo nei trasferimenti dei finanziamenti il Comune tiene indenne l'AUSL Umbria 2 da qualsiasi pretesa che venga avanzata dai fornitori a seguito di ritardo nei pagamenti, per interessi moratori e/o risarcimento danni e altri oneri.

TITOLO III
RENDICONTAZIONI

ART.12 – RENDICONTAZIONI PERIODICHE

L'Azienda invierà al Comune, con cadenza trimestrale, un rendiconto informativo sull'andamento della spesa rispetto alle tipologie di intervento erogate.

L'Azienda si rende comunque disponibile ad inviare in qualsiasi momento, su richiesta scritta del Comune, la situazione finanziaria dei servizi stessi.

ART.13 – RENDICONTAZIONI FINALI

L'Azienda presenterà al Comune, entro il 31 marzo, il rendiconto o conto consuntivo ove possibile, relativo alla gestione dell'anno precedente, accompagnato da una relazione sui risultati della gestione.

Il Comune provvederà all'esame e all'approvazione entro il 30 Aprile. Laddove il Comune abbia necessità di ulteriori elementi di conoscenza rispetto alla documentazione, essi dovranno essere tempestivamente richiesti.

TITOLO IV

DISPOSIZIONI FINALI E SOTTOSCRIZIONE

ART.14 – TRATTAMENTO FISCALE

Ai fini fiscali si dichiara che quanto oggetto del presente contratto rientra nel campo di applicazione IVA, per cui si richiede la registrazione soltanto in caso d'uso.

Atto esente dall'imposta di bollo perché scambiato tra Enti.

ART.15 – TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi degli artt. 4, lettera g) e 8 del D.Lgs. 196/2003, il Comune nomina l'Azienda quale responsabile del trattamento dei dati ed in tal senso la autorizza.

Il presente testo di convenzione, che consta di 9 pagine, oltre che degli allegati, viene letto ed approvato con la sottoscrizione che segue.

**IL SINDACO
DEL COMUNE DI TREVÌ
*Dr. Bernardino Sperandio***

**IL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA UNITA' SANITARIA
LOCALE UMBRIA 2
*Dr. Imolo Fiaschini***

ALLEGATO N. 1

SERVIZI DELEGATI E AD INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA COMPARTICIPATI

AREA DISABILI

1.- ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI

Descrizione del Servizio:

Le cure domiciliari socio-riabilitative per disabili sono cure prestate al domicilio, o in altri contesti di vita della persona, da personale qualificato con interventi di tipo socio-riabilitativo, educativo ed assistenziale. Si basano su un modello di assistenza caratterizzato da un approccio multidisciplinare, una modalità di erogazione improntata alla continuità delle cure per periodi di varia durata e sull'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali. L'intervento è garantito al domicilio e nei

contesti di vita della persona, con il concorso di apporti professionali sanitari e di protezione sociale organicamente inseriti nel Piano assistenziale individuale. In particolare l'intervento individua nella domiciliarità l'elemento da rafforzare nel sistema dei servizi territoriali in considerazione del valore aggiunto che rappresenta l'esistenza di un contesto di relazioni primarie per la persona disabile grave. Si valorizza dunque l'opportunità di sostenere la famiglia e le persone che si fanno carico dell'assistenza del disabile.

Obiettivi:

- favorire la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita, contenendo il ricorso all'inserimento in strutture residenziali;
- sostenere la persona disabile attraverso un supporto qualificato nel mantenimento/recupero
- funzionale, educativo e relazionale, riducendo le condizioni di svantaggio sociale;
- supportare la persona disabile e la sua famiglia in situazioni di emergenza legate ad eventi imprevisti.

Organizzazione:

Le cure domiciliari si collocano tra le attività del Centro di Salute; hanno come loro ambiti di esercizio il domicilio della persona nonché i luoghi ed i contesti in cui è necessario che la persona stessa si rechi o venga accompagnata per raggiungere gli obiettivi di salute individuati nel piano di assistenza.

La programmazione, l'organizzazione e la verifica del servizio sono competenza del Centro di Salute che si avvale dell'Unità Multidisciplinare di Valutazione Disabili Adulti (UMVDA).

2.- CENTRI DIURNI SOCIO-RIABILITATIVI ED EDUCATIVI PER MINORI E ADULTI DISABILI INCLUSO SERVIZIO DI MOBILITA'

Descrizione del Servizio:

I centri diurni accolgono soggetti disabili minori ed adulti, con disabilità accertata ai sensi della 104/92 art. 4 di tipo psico-fisico, fisico o sensoriale per i quali non è possibile, per le condizioni del soggetto, altra forma di inserimento sociale, sulla base della valutazione delle Unità di valutazione multidisciplinari disabili minori e adulti costituite presso il Distretto sanitario territorialmente competente e dei piani di assistenza personalizzati definiti per ciascun utente.

Il Servizio di mobilità è rivolto agli utenti che intendano o abbiano bisogno di usufruirne. Esso consiste nel trasferimento degli utenti da casa al Centro Diurno e viceversa, nonché nello spostamento dal Centro a qualunque altra località lo richiedesse l'ordinario svolgimento delle attività terapeutiche, riabilitative e formative. L'orario di attivazione del Servizio di mobilità è determinato con criteri funzionali ai bisogni degli utenti ed ai relativi programmi di intervento.

Obiettivi: i servizi a favore dei disabili sono volti prioritariamente ad evitare l'istituzionalizzazione mantenendo la persona nel proprio contesto di vita. La funzione riabilitativa dei servizi si realizza nell'attuazione di piani riabilitativi e assistenziali personalizzati, tendenzialmente a termine, volti al mantenimento o recupero della qualità della vita evitando il rischio sempre presente di desocializzazione ed emarginazione sociale. Nei servizi socio-riabilitativi dovrà essere favorita la crescita personale del soggetto sostenendo anche l'acquisizione di abilità concrete pur non esprimibili in un ruolo lavorativo, svolgendo un'azione educativa e partecipativa anche nei confronti della famiglia. Questi obiettivi si realizzano inserendo ogni esperienza all'interno di una programmazione complessiva che preveda la massima apertura al territorio e la messa in rete degli interventi.

Organizzazione: IL supporto assistenziale viene garantito in forma semiresidenziale per tutto l'anno. Il Servizio deve essere articolato in modo flessibile, in base alle necessità dei soggetti in carico, secondo quanto definito nel Piano Assistenziale Individuale ed elaborato e verificato dall'Unità Multidisciplinare di Valutazione Disabili Adulti (UMVDA) e dai Gruppi di Lavoro Tecnico aziendali.

AREA ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENZA

1.- ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE E INTEGRATA PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

Descrizione: Le cure domiciliari sono cure prestate al domicilio della persona da operatori qualificati, con interventi medici, infermieristici, riabilitativi, sociali. Si basano pertanto su un modello di assistenza caratterizzato da un approccio multidisciplinare, una modalità di erogazione improntata alla continuità delle cure per periodi di varia durata e sull'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali in ambiti di cura diversificati tra loro; persone con patologie croniche ed evolutive invalidanti, anziani non autosufficienti o gravemente affetti da patologie della vecchiaia, malati terminali. La continuità dell'assistenza e l'elaborazione del Piano assistenziale si basano sulla condivisione degli obiettivi e delle responsabilità tra gli operatori, la famiglia e la persona stessa destinataria del servizio. Nell'ambito dell'assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale vengono svolte attività di aiuto domestico familiare, dirette alla persona, finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto alla deambulazione, alla vestizione, all'educazione al movimento, aiuto alla mobilitazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.

Obiettivi:

- sviluppare forme di assistenza che, per numero e complessità di prestazioni, nonché per modalità di erogazione delle prestazioni stesse, favoriscano la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita;
- concorrere a contenere il ricorso inappropriato al ricovero in Ospedale o in altra struttura residenziale;
- favorire la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- essere di supporto alla famiglia nel processo di cura (sollevio del care giver), anche attraverso educazione ed addestramento finalizzati a garantire le migliori condizioni organizzative per la realizzazione del piano di cura;
- aiutare la persona nel mantenimento/recupero delle capacità di autonomia personale (anche parziale) o delle capacità residue e delle relazioni socio-affettive;
- promuovere la qualità della vita anche nella fase terminale;
- incrementare la qualità percepita dagli utenti nei confronti dei servizi di cura domiciliare;
- sostenere progetti specifici volti a ridurre l'inserimento in strutture residenziali anche tramite forme di "badatitelo" organizzato.

Organizzazione:

Le Cure domiciliari si collocano tra le attività del Centro di Salute; hanno come loro ambiti di esercizio il domicilio della persona nonché i luoghi ed i contesti in cui è necessario che la persona stessa si rechi o venga accompagnata, per raggiungere gli obiettivi di salute individuati nel piano di assistenza.

La programmazione, l'organizzazione e la verifica del servizio sono competenza del Centro di Salute che si avvale dell'Unità Multiprofessionale di Valutazione distrettuale (U.M.V.).

L'erogazione del servizio avviene sulla base di quanto definito nel programma individualizzato stilato dall'equipe di cure primarie e in collaborazione con il MMG

2.- CENTRO DIURNO PER ANZIANI NON-AUTOSUFFICIENTI

Descrizione: i centri semiresidenziali per anziani non autosufficienti fanno parte della rete delle cure intermedie territoriali e si configurano quale approccio innovativo all'anziano affetto da declino cognitivo e/o disturbi comportamentali o altri deficit. Il centro diurno è un servizio socio-sanitario che svolge sia un ruolo di sostegno alla persona anziana, con l'obiettivo di un miglioramento funzionale e di un riorientamento temporo-spaziale, sia un ruolo di supporto alla famiglia di provenienza, consentendo al tempo stesso che l'anziano non venga allontanato dal proprio ambito familiare e sociale.

Obiettivi:

- migliorare la qualità di vita del malato e della sua famiglia;
- creare uno spazio protetto per aiutare a mantenere il più a lungo possibile o recuperare le capacità cognitive-psico-fisiche dell'anziano.

Organizzazione del servizio: il centro semiresidenziale è strutturato con orario continuato nelle fasce orarie diurne dei giorni feriali e prevede moduli organizzativi rivolti ad accogliere fino ad un massimo di 14 anziani. Fermo restando il numero massimo di anziani sopra precisato, con una programmazione che preveda la presenza a giorni alterni dei vari utenti, sarà possibile ampliare il numero degli utenti stessi, programmando una apertura anche su sei giorni alla settimana. Gli utenti sono inseriti nel Centro diurno in seguito a valutazione della Unità di Valutazione Multidimensionale individuata, che provvede a stilare un programma di assistenza individuale, secondo le linee guida, le procedure ed i regolamenti in uso nell'Azienda.

3.- RESIDENZA PROTETTA E COMUNITARIA

Descrizione: la residenza protetta è una struttura intermedia territoriale residenziale destinata ad utenti non autosufficienti. di norma portatori di patologie croniche stabilizzate, che non possono essere assistiti a domicilio. La residenza comunitaria è una struttura sociale che accoglie utenti autosufficienti o con limitazione parziale delle autonomie, finalizzata a contrastare condizioni di isolamento e solitudine e a sostenere una dimensione di vita autonoma, garantendo protezione e favorendo lo scambio sociale ed umano.

Obiettivi: le strutture residenziali per anziani temporaneamente e stabilmente non autosufficienti ed utenti autosufficienti o con parziali limitazioni delle autonomie, rispondono ai bisogni sempre più crescenti della popolazione anziana ed alla necessità da parte dei presidi ospedalieri di essere luogo di cura per acuti. La rete delle strutture residenziali rappresenta una risposta alla "fragilità" degli utenti, i quali, per le necessità assistenziali, anche specialistiche, come nel caso dei pazienti terminali, e/o per mancanza di una rete familiare adeguata, non possono essere sostenuti, assistiti e curati adeguatamente nel proprio domicilio.

Organizzazione: gli utenti vengono inseriti nelle strutture intermedie RSA, RP, Hospice in seguito a valutazione da parte delle U.V.M. aziendali. Dovrà essere stilato un Piano di Assistenza Individualizzato che subirà modifiche a seguito delle verifiche effettuate dall'equipe presente nelle strutture, comprensiva anche del personale di assistenza tutelare.

AREA SALUTE MENTALE

1.- ASSISTENZA DOMICILIARE

Descrizione: il servizio di Riabilitazione Territoriale Psichiatrica, costituisce parte integrante della rete delle risorse e servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, in quanto opera come modello di assistenza domiciliare rivolto a pazienti della salute mentale, ma con obiettivi prevalenti di riabilitazione psicosociale, socializzazione, miglioramento delle capacità relazionali, recupero dell'autonomia personale, mantenimento e miglioramento delle abilità cognitive già presenti.

Obiettivi:

- promuovere la vita di relazione e l'inserimento nel contesto sociale;
- recuperare le autonomie personali e le capacità relazionali, mantenendo le abilità cognitive, operative e relazionali già raggiunte;
- supportare adeguatamente la famiglia e mediare le dinamiche familiari spesso conflittuali e difficili, garantendo la permanenza degli utenti nel contesto di vita ed evitando il ricorso a ricoveri, residenzialità psichiatriche o inserimenti in strutture specifiche fuori regione;
- supportare l'autonomia abitativa dopo la permanenza all'interno di una struttura residenziale, favorendo il percorso della dimissione, contribuendo a ridurre il carico familiare nella gestione del paziente psichiatrico.
- promuovere e rendere possibile la coabitazione di utenti fuori dal circuito delle strutture intermedie residenziali, per vivere la normalità.

Organizzazione: i professionisti del Centro salute mentale valutano l'opportunità di attivare questo tipo di intervento all'interno del piano assistenziale personalizzato, definendone obiettivi e modalità di svolgimento, garantendo anche il monitoraggio puntuale dell'andamento della spesa rispetto al budget annuale assegnato al servizio.

2. - ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALI

Descrizione: le strutture intermedie residenziali e semiresidenziali costituiscono parte integrante della rete delle risorse e servizi afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale. Esse operano in integrazione e continuità di cura con i Centri di Salute Mentale, garantendo la realizzazione di parti del programma terapeutico-riabilitativo individuale.

Le Comunità Terapeutico - Riabilitative (CTR) di tipo 1 e di tipo 2 sono destinate a soddisfare bisogni di cura di persone con patologie gravi e prevedono una presenza continuativa del personale socio-sanitario nelle 24 ore. Le Unità di Convivenza prevedono la presenza di operatori nelle 12 ore diurne e sono destinate a persone che presentano buoni livelli di autonomia, pur avendo necessità di sostegno nella organizzazione della loro vita quotidiana, interna ed esterna alla struttura.

I Gruppi Appartamento e le Unità abitative prevedono la presenza degli operatori per fasce orarie (fino ad un massimo di 6 ore al giorno) e sono strutture destinate a persone con capacità preservate o recuperate nella cura di sé, del proprio spazio abitativo e nelle proprie attività di lavoro o tempo libero;

I Centri Diurni sono servizi semiresidenziali a supporto della domiciliarità e delle strutture residenziali, che si propongono di garantire assistenza e riabilitazione ad utenti della salute mentale ed un valido aiuto negli interventi di integrazione e di socializzazione con il territorio di appartenenza, sono strutture intermedie della rete territoriale, la cui specificità può essere determinata anche dalla particolare tipologia di utenti. È prevista l'apertura del servizio alcuni giorni la settimana secondo la diversa organizzazione territoriale.

Obiettivi: le strutture residenziali e semiresidenziali devono essere finalizzate ad attività di socializzazione, lavorative, ludico-ricreative e di sviluppo delle attitudini ed abilità personali tramite progetti personalizzati elaborati dal gruppo multidisciplinare del CSM territoriale di appartenenza.

Organizzazione: gli utenti sono inseriti nelle strutture intermedie della salute mentale su proposta del medico psichiatra di riferimento e di concerto con il Responsabile delle Strutture Psichiatriche. Dovrà essere stilato un Piano di Assistenza Individualizzato, che verrà aggiornato nelle riunioni di verifica del DSM e di verifica con gli operatori presenti nella struttura intermedia.

AREA INSERIMENTO LAVORATIVO

1.- BORSE TERAPEUTICHE - GESTIONE AMMINISTRATIVA DEI PROGRAMMI DI INSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO DEGLI UTENTI DELL'AREA SALUTE MENTALE.

Descrizione: Gestione amministrativa dei programmi di inserimento socio-lavorativo di utenti residenti nel comune afferenti l'area salute mentale, definiti dall'équipe tecnica integrata del Servizio di Accompagnamento al Lavoro (SAL) della Zona sociale n. 9, con l'espletamento, tramite gli uffici amministrativi del Servizio sociale aziendale di tutte le procedure necessarie prevista dalla vigente normativa. L'intervento è rivolto a giovani e adulti con problemi psichiatrici, per i quali esiste un progetto di intervento o presa in carico da parte dei Servizi di Salute Mentale (D.G.R. n. 21 del 12.05.2005 della Regione Umbria - Approvazione atto di indirizzo regionale in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del D.P.C.M. 14 febbraio 2001).

Obiettivi: Le borse terapeutiche sono finalizzate alla occupabilità dei soggetti deboli appartenenti all'area della salute mentale segnalati dai servizi territoriali, attraverso lo sviluppo dei programmi di accompagnamento al lavoro e terapeutico-riabilitativi, elaborati dalla équipe tecnica integrata del SAL, concertati con i servizi segnalanti e realizzati con il supporto degli operatori della mediazione lavorativa.

ALLEGATO N. 2**PIANO FINANZIARIO**

Aree di intervento	Servizi	2018
		Comune
DISABILI	Assistenza domiciliare disabili	
	Centri diurni socio-riabilitativi ed educativi per minori e adulti disabili incluso servizio di mobilità	
	ADI DISABILI	
	ADI MINORI	
	POLLICINO	
ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENZA	Assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata per persone non autosufficienti	
	Integrazioni rette	
	Centro diurno per anziani non-autosufficienti	
	Residenza protetta e comunitaria	
	Assegni di cura e di sollievo	
SALUTE MENTALE	Assistenza domiciliare	
	Assistenza semiresidenziale e residenziale	
INSERIMENTO LAVORATIVO	Borse Terapeutiche	
TECNICO AMMINISTRATIVA		1.620,00
SERVIZI VARI	TRASPORTO	
	TELESOCCORSO	
TOTALE		1.620,00