



Allegato A

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 al nucleo di **coordinamento integrato ADS/DSB**, composto dai **referenti individuati all'art. 4 della Convenzione**, che 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 del nucleo, fornendo le dotazioni organiche e strumentali necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione.

Gli enti sottoscrittori provvedono ad assicurare l'integrazione ed il coordinamento interprofessionale in campo sociosanitario, finalizzati a realizzare gli obiettivi individuati dalla programmazione di settore, anche in relazione ai percorsi assistenziali specifici di ciascuna area di integrazione. 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 15 - Pescara, con la supervisione dei coordinatori dell'integrazione socio-sanitaria dei rispettivi Enti firmatari;
 - c) l'attivazione di un sistema informatico 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 équipes 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 15, Direttore Generale ASL, l'Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale e il corrispondente **nucleo di coordinamento distrettuale sanitario e sociale**.

Integrazione istituzionale

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 - P.I.P.P.I., PNRR, React EU, PON inclusione, Reddito di Cittadinanza 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 il nucleo di coordinamento distrettuale sanitario e sociale.

L'integrazione amministrativa si attua attraverso il nucleo con la funzione di gestire gli aspetti più propriamente 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:

L'integrazione gestionale ed operativa dei servizi riguarda:

L'accesso (attraverso il PUA e il segretariato sociale) e la **valutazione multidimensionale** (UU.VV.MM), che sono indispensabili per la presa in carico nell'ambito dei Servizi di cura ad elevata integrazione sociosanitaria complementari ai Lea e di prossimità.

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.

A) Il Punto Unico di Accesso (PUA)

Il Servizio è rivolto prioritariamente alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali ed è finalizzato a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali, vi afferiscono moltissime richieste di varia natura e complessità. L'ultimo atto normativo regionale, riguardante il PUA è il decreto del Commissario ad acta n.107 del 2013 nel quale vengono declinati quali compiti del PUA quello di informare, orientare, decodificare la domanda dell'utente, inoltre:

- effettua una prima valutazione della natura e complessità del bisogno;
- fornisce informazioni circa i servizi esistenti sul territorio per il soddisfacimento del bisogno
- fornisce le risposte assistenziali più appropriate.

In caso di bisogni complessi, il PUA, segnala il caso alla Unità di Valutazione Multidimensionale per una valutazione più approfondita e per le conseguenti determinazioni.

Presso il Distretto Sanitario, nelle sedi di Pe Nord e Pe Sud, il PUA è attivo, con accesso quotidiano da parte dei cittadini dal lunedì al sabato.

Il PUA, in termini professionali e gestionali, è un servizio strategico per l'integrazione socio-sanitaria, che richiede un raccordo più stringente e funzionale tra le diverse componenti sanitarie e sociali, ovvero un collegamento sistematico con il Segretariato Sociale dell'ECAD 15.

Il personale minimo presente nel PUA è composto da un assistente sociale (del distretto o dell'ambito sociale), un operatore professionale sanitario, un amministrativo, un direttore del distretto.

Data la funzione strategica del PUA, per il rafforzamento della sua funzione di porta unitaria, di stretto collegamento con il segretariato sociale dell'ECAD, e l'invio delle situazioni complesse all'UU.VV.MM. in un'ottica di ottimizzazione della presa in carico, i fondi nazionali per la non autosufficienza, hanno previsto la possibilità per l'ente d'ambito distrettuale, di assumere assistenti sociali a tempo indeterminato dedicati al PUA. Tra le azioni di rafforzamento sarà quindi possibile:

- assumere un assistente sociale per l'anno 2023 e due nel 2024, dedicati al PUA e alle UU.VV.MM. (FNNA);

B) L'Unità Valutativa Multidimensionale (UU.VV.MM.)

L'Unità di Valutazione Multidimensionale è costituita da professionalità socio-sanitarie preposte alla valutazione dei bisogni dell'utente, riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche.

L'UU.VV.MM. effettua la valutazione, individua i bisogni e redige il Piano Assistenziale Individualizzato/Progetto di Vita., documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare la valutazione dei bisogni del paziente, con lo scopo di dare l'avvio a un progetto di assistenza e cura, che ha come obiettivo il recupero/mantenimento dell'autosufficienza. L'UU.VV.MM. attraverso unitarietà e omogeneità nelle procedure e validi strumenti di valutazione, definisce quindi il progetto assistenziale individualizzato (P.A.I.) ed il relativo budget di progetto. E' all'interno del budget di progetto che vanno indicate le diverse componenti da integrare, sanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona ha bisogno, e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie.

Per una corretta ed integrata valutazione del bisogno occorre tener conto di tre fattori:

- un approccio bio – clinico e sanitario per la valutazione del richiedente;
- la rete socio-familiare-parentale e dei servizi di cura e di sostegno del richiedente;
- le condizioni reddituali (ai sensi dell'art 6 DPCM 159/2013)

La presenza dell'Assistente Sociale dell'ADS, l'assistente sociale e l'infermiere professionale del DSB, sono le figure che in prevalenza possono essere coinvolte nel svolgere il 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 caregivers, Dopo di Noi, e schede di valutazione per le azioni previste dal FNNA. Nell'area disabilità, un lavoro congiunto tra regione e operatori ha portato negli ultimi anni ad unificare più possibile le scale utilizzate per avere una lettura univoca del bisogno dell'utente, che spesso richiede la partecipazione a più progetti. 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.

L'UU.VV.MM. trasmette al PUA l'esito della valutazione effettuata per i successivi adempimenti.

La tipologia di attivazione richiesta alle UU.VV.MM. negli ultimi anni e l'aumento dei casi da prendere in carico con bisogni complessi, ha portato ad una riflessione congiunta tra l'ECAD 15 e la Asl di Pescara, prevedendo nuove modalità di lavoro da avviare con il piano sociale distrettuale 2023/2025. Verrà infatti strutturata una equipe UU.VV.MM. dedicata alla disabilità ed alle valutazioni di casi complessi ad alta integrazione sociosanitaria, con un incontro settimanale dedicato per i casi del distretto di Pescara nord ed uno per quello di Pescara sud. Tale modalità lavorativa, anche in previsione delle nuove assunzioni di assistenti sociali per i PUA, porterà ad una reale presa in carico congiunta dei casi ed un costante monitoraggio degli stessi, una specifica individuazione del case-manager, una elaborazione del Progetto di vita e definizione del budget di progetto.

In particolare, il PSR riprende il percorso già avviato con il precedente piano sociale regionale, prevedendo di rafforzare ulteriormente le strategie ed i servizi per la disabilità e la salute mentale. Il modello del "Dopo di Noi" per lo sviluppo dei servizi residenziali, le azioni innovative del PNRR e l'integrazione delle azioni progettuali anche con la missione 6 del PNRR, si propongono di migliorare le strategie ad oggi utilizzate, potenziando l'adozione di scale specifiche per la valutazione del bisogno e la programmazione degli interventi personalizzati (PAI/PEI, budget di cura e di salute). A tal fine si prevede la realizzazione di progetti individualizzati per le persone con disabilità ai sensi dell'art 14 legge 328/2000, attuando interventi integrati sulla materia della diagnosi, cura e riabilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie, favorendo percorsi d'integrazione e d'inclusione sociale di persone con disturbi mentali a scopo preventivo e inclusivo.

Si predispongono altresì servizi dedicati alle persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) ed altre disabilità complesse e gravissime, nonché la previsione della asl di attivare cure palliative domiciliari.

B.1. L'UU.VV.MM. e l'invio presso strutture socio-sanitarie.

In questo intervento l'integrazione sociosanitaria, garantita dall'ECAD 15, 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 15 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.

B.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 di 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:

- Servizio di Assistenza Domiciliare e di Assistenza Domiciliare Integrata;
- Servizio di Taxi Sociale (servizi culturali, ricreativi, sportivi e riabilitativi);
- Trasporti presso centri diurni in favore degli utenti inseriti, se previsto nel PAI;
- Budget di Cura, distinti per patologie gravi e gravissime;
- Progetti per la Vita Indipendente;
- Eventuali interventi di integrazione retta per persone inserite nel semi residenziale, già inseriti nel FNNA;
- Altri servizi utili a raggiungere la maggiore autonomia possibile della persona con disabilità anche in relazione all'abitazione.

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.

B.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 15, 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.

B.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 deistituzionalizzazione 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 15 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.

B.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 causato dall'emergenza epidemiologica da Covid 19 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.

C) La gestione integrata dei Servizi di cura domiciliare.

Tra i servizi afferenti a questa tipologia di gestione troviamo le cure prestazionali SAD, ADI, e ad elevata intensità, 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.

C.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.

Il Comune 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 SAD è erogato a favore della persona residente nel Comune di Pescara, su richiesta dell'interessato o del caregiver ed è soggetto a eventuale compartecipazione secondo le fasce ISEE, come da disposizioni comunali.

Invece, 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 **caregiver**, 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 neuropsicologici

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 comunale 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) trovando le opportune modalità e strutturando uno specifico gruppo di lavoro.

C.2. Dimissioni Protette

La "dimissione protetta" è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità assistenziale 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, 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.

Altro obiettivo delle dimissioni protette è quello di promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria anche per contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri e aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Le dimissioni protette, nuovo LEPS introdotto con il PSN 2021-2023, sono state quindi, oggetto di rafforzamento nei progetti del PNRR nell'ambito del sub-investimento 1.1.2. L'ECAD 15, capofila, in partenariato con ECAD 16 Metropolitano, ECAD 17 Montagna pescarese, ECAD 18 Montesilvano, ECAD 19 Vestina, ha ottenuto un finanziamento relativamente all'azione 1.1.2- "Autonomia degli anziani non autosufficienti".

Si prevede di allestire diverse unità immobiliari (due a Penne e due/tre a Pescara) e una struttura residenziale a Turrivalignani, dotate di dispositivi di domotica, teleassistenza e monitoraggio a distanza, per permettere di favorire l'autonomia degli anziani parzialmente o temporaneamente non autosufficienti al fine di prevenire la loro istituzionalizzazione. I destinatari, nell'arco del triennio progettuale, sono 100 persone con un'età uguale o superiore a 65 anni, residenti nei Comuni degli ECAD partecipanti e che si trovano in una delle seguenti condizioni: in dimissione ospedaliera, che non possono usufruire dell'ADI sanitario in quanto prive di caregiver, che necessitano di assistenza anche se solo temporanea o che non sono eleggibili per l'inserimento in RSA.

Il Progetto garantisce percorsi sociosanitari integrati, in particolar modo per la valutazione sociosanitaria necessaria ad eleggere le persone idonee ad entrare nelle strutture.

La dimissione protetta verrà comunque sostenuta anche dalla seconda azione progettuale: 80 anziani disporranno, direttamente presso il proprio domicilio/contesto di vita, di dispositivi di telesoccorso a distanza. Attraverso la dotazione dei predetti dispositivi attivi h24 infatti, l'anziano riceverà sia un'anamnesi iniziale che il monitoraggio costante dei principali parametri vitali (pressione, saturazione sanguinea ecc.) con la possibilità di attivare al bisogno eventuale assistenza (sia telefonica che domiciliare).

Anche l'investimento 1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità" prevede linee di

intervento rivolte alle dimissioni protette. Il progetto infatti si propone l'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, con la stesura di 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 potranno essere 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 dall'ambito distrettuale;
- 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.

D) Le Equipes 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 15 ed operatori sociali assunti dal Comune di Pescara nell'ambito del Fondo Povertà;
- 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 (educatore, docenti, operatori Centro per Impiego, etc.);
- soggetti del privato Sociale attivi nei servizi/attività di sostegno alla persona.

Le équipes multidisciplinari opereranno 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 bio-psico-sociali 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'èquipe 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:

D.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'èquipe 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.

D.1.1 Equipe Territoriale per Affidato e Adozioni

Con Determinazioni Dirigenziali n. 152 del 30/09/2021 e n. 12 del 07/02/2022 – Dipartimento DPG – Servizio DPG023 si è provveduto ad aggiornare la composizione delle Equipe Territoriali a riorganizzarle da un punto di vista operativo, disponendo l'unificazione delle èquipe dedicate all'affido ed all'adozione, rinominandole "Equipe Territoriali per Affidato e Adozioni".

Per l'ECAD 15 l'Equipe Territoriale Affidato e Adozione è costituita da 2 Assistenti Sociali del Comune di Pescara e dalla Psicologa del Consultorio Familiare della ASL ed opera per i cittadini residenti nel comune di Pescara.

Pescara partecipa con la propria èquipe anche al gruppo di coordinamento Affidato e Adozioni a titolo di capoluogo di provincia, ed ha contribuito alla revisione delle Linee Guida Operative per l'Affidamento familiare e per le Adozioni in collaborazione con la Regione Abruzzo – Servizio DPG023 Tutela Sociale e Famiglia – Ufficio Integrazione Sociale in convenzione con l'I.D.I.

All'interno delle nuove Linee Guida per l'Affidamento familiare, è stato riconosciuto l'affiancamento familiare quale livello essenziale di prestazione. In questo nuovo scenario i Servizi Sociali dell'ECAD 15- Pescara e la ASL, continuano la loro opera di tutela dei minori che si trovano:

-in stato di abbandono e per i quali i Servizi lavorano affinché possa concretizzarsi l'accoglienza definitiva del minore in un nucleo familiare;

- in famiglie che riversano in una momentanea situazione di fragilità e difficoltà e per i quali l'èquipe lavora

per l'individuazione di una famiglia che accolga temporaneamente il minore.

Le modalità di collaborazione tra ECAD e Asl prevedono l'integrazione tra le figure professionali delle assistenti sociali e della psicoterapeuta del consultorio ASL. Quest'ultima, partecipa alla valutazione delle persone aspiranti l'adozione, l'affido familiare e l'affiancamento familiare. In riferimento all'affido avrà inoltre la funzione di supervisione dell'Equipe Multiprofessionale (costituita dalle 2 assistenti sociali dell'ECAD e dalle Psicologhe che collaborano all'interno del Centro Servizi Famiglie dell'ECAD 15). Infine, contribuisce alla redazione della valutazione conclusiva e restituiva degli aspiranti affidatari e famiglie affiancanti.

Le attività dell'Equipe, relativamente all'adozione, riguardano:

- informazione generale sull'adozione nazionale ed internazionale, sulle relative procedure, sul ruolo e le attività proprie e degli enti autorizzati; accoglienza e orientamento con le coppie su: condizioni dell'Infanzia in difficoltà e forme di sostegno e di tutela (comunità educative, affido familiare, case famiglia ecc);
- disciplina nazionale ed internazionale che regola l'adozione; procedure e funzioni svolte dai vari soggetti coinvolti nel percorso dell'adozione (servizi, enti autorizzati, tribunale);
- conoscenza e riflessione su tutti gli aspetti connessi al processo adottivo, propedeutica allo sviluppo di una scelta ponderata e di una genitorialità consapevole;
- formazione delle coppie attraverso percorsi specifici ed obbligatori della durata di almeno 12/15 ore, con il coinvolgimento da un minimo di cinque ad un massimo di quindici coppie.
- valutazione effettuata attraverso: colloqui psico-sociali, psicologici e visite domiciliari volti ad acquisire gli elementi sulla situazione personale, familiare, sanitaria degli aspiranti genitori adottivi, sul loro ambiente sociale, sulle motivazioni che li determinano, sulla loro attitudine a farsi carico di un'adozione nazionale e/o internazionale.
- visite domiciliari sia nella fase pre-adottiva che in quella post adottiva;
- colloqui post-adozione con le singole famiglie adottive;
- incontri mensili di gruppo post-adozione;
- Partecipazione dell'Equipe Affidato al Tavolo Regionale sull'Affido Familiare e Adozioni istituito dalla Regione Abruzzo.

Le attività dell'Equipe, relativamente all'affidamento familiare, riguardano:

- realizzazione di campagne di sensibilizzazione volte a diffondere una cultura dell'accoglienza e della solidarietà familiare (come ad esempio, l'evento del "Mese dell'Affido e dell'Accoglienza" realizzato in collaborazione con il CSF in collaborazione con i diversi servizi e le varie realtà territoriali che si occupano di famiglie ed accoglienza familiare);
- Organizzazione di corsi informativi/formativi rivolte alle persone e alle famiglie interessate ai temi dell'Affido familiare e dell'Affiancamento Familiare;
- Valutazione psico-sociale dell'aspirante affidatario, al fine di preparare e valutare famiglie per l'Affido etero-familiare;
- visite domiciliari, colloqui di sostegno e verifica con le famiglie affidatarie ed il minore affidato per garantire il monitoraggio dell'andamento dell'affido;
- Attivazione di supporto educativo qualora si ritenga necessario (attraverso il Servizio dell'educativa domiciliare in appalto all'interno del servizio socio psicopedagogico) e psico-sociale alla famiglia affidataria lungo tutto l'arco del periodo di affidamento;
- Gruppi mensili di auto mutuo aiuto rivolto a tutte le famiglie affidatarie ed affiancanti che stanno vivendo o che aspettano di sperimentare l'esperienza dell'accoglienza del minore attraverso l'affido etero-familiare o l'affiancamento familiare;
- La predisposizione di tutti gli atti relativi ai dispositivi di affidamento familiare;

- L'erogazione di un contributo economico, previsto per gli affidi etero-familiari, le famiglie affiancanti ed i tutor;
- La copertura assicurativa per Responsabilità Civile verso terzi ed il rischio grave, a carico dell'Amministrazione Comunale, per ogni minore inserito in famiglia affidataria o famiglia affiancante;
- Aggiornamento del data base contenente i dati delle famiglie disponibili all'affido;
- Partecipazione dell'Equipe Affido al Tavolo Regionale sull'Affido Familiare e Adozioni istituito dalla Regione Abruzzo;
- Partecipazione dell'Equipe agli incontri del Coordinamento Nazionale Servizi Affido.

D.1.2 Un sorriso per i bambini in ospedale

Il progetto intende promuovere il benessere socio-emotivo dei bambini ospedalizzati e dei genitori e familiari dei reparti pediatrici dell'ospedale Civile di Pescara, garantendo loro un'atmosfera generalizzata di serenità, leggerezza e di fiducia nelle cure valorizzando anche il rapporto con il personale medico e paramedico, al fine di rendere migliore la modalità di "vivere" l'esperienza ospedaliera. Le attività previste sono: interventi di Clownterapia, accompagnamento nella sala "Peter Pan" di genitore e minore all'intervento, sostegno pratico ai genitori dei bambini ricoverati anche prevedendo eventuale aiuto nell'assistenza ai bambini, laboratori espressivi e ludici nei reparti e animazione a tema durante l'anno. Il servizio è svolto all'interno della struttura ospedaliera.

Il progetto è coerente con il PSR in quanto in Linea con l'intervento 1.5 . Strategia europea integrata sui diritti dei minori 2021 e Child Guarantee – Agenda 2030 dell'ONU, e rientra tra obiettivi della salute.

D.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, al Servizio Socio psico-pedagogico, al Centro Servizi per le Famiglie (servizi attivati dall'ECAD 15) per i seguenti interventi:

- 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 15 per la valutazione delle condizioni sanitarie (screening urgenti) a favore di minori stranieri non accompagnati da collocare in comunità educativa.

D.1.4 Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione "P.I.P.P.I."

Per l'attuazione del programma P.I.P.P.I. l'integrazione sociosanitaria si declina soprattutto in ordine ai seguenti punti:

- Individuazione di uno psicologo e un neuropsichiatra infantile di riferimento che faccia parte dell'Equipe Multidisciplinare (EM);
- valutazione del livello di sviluppo del bambino, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di osservazione previsti dal programma;

- sostegno nella funzione educativa dei genitori nelle occasioni programmate dal servizio di incontro con la famiglia e motivare la sua partecipazione al progetto P.I.P.P.I.
- presa in carico dell'intero nucleo familiare partecipando alla stesura del progetto e alla sua attuazione.
- Partecipazione al tavolo di rete per la definizione di un protocollo operativo tra ECAD 15 Pescara, Neuropsichiatria ed Istituti Comprensivi del territorio.

P.I.P.P.I. attualmente è finanziato con FNPS e PNRR e rientra tra i Livelli essenziali di prestazione, permettendo a tutti gli enti d'ambito distrettuale di apprendere tale metodologia lavorativa affinché diventi nel tempo Politica Sociale.

D.1.5 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 15 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 usufruirne di tale servizio gli alunni frequentanti le scuole dell'obbligo residenti nel Comune di Pescara e quelli iscritti alle scuole superiori, le cui sedi sono nel territorio dell'ECAD 15, residenti nella regione Abruzzo.

D.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 SERD 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 anche grazie all'utilizzo di risorse messe in campo da progetti specifici quali, ad esempio, il progetto 'Outreach Pescara'.

D. 3) La gestione integrata dei Servizi per persone con disabilità psichica.

Nell'ambito degli interventi a favore di persone con disabilità psichica, il PSR 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.

D.3.1 Artis - Educativa Domiciliare per pazienti psichiatrici

Il Progetto prevede l'erogazione di un Servizio Domiciliare di Assistenza Riabilitativa Terapeutica a favore della persona con disabilità psichica. L'obiettivo è il raggiungimento della più alta autonomia possibile dell'utente anche volte all'autonomia abitativa. Il servizio è rivolto a n. 20 persone con disabilità mentale, residenti nel Comune di Pescara ed individuate dal CSM in collaborazione con il Servizio Sociale professionale dell'ECAD 15. E' prevista la possibilità di erogare non meno di 15 ore mensili a ciascun beneficiario. In considerazione della tipologia dell'utenza e delle finalità del progetto, le ore potranno essere distribuite nell'arco dell'intera settimana ed in pacchetti quadrimestrali, permettendo una maggiore flessibilità nell'organizzazione delle attività. Gli utenti inseriti in ARTIS non possono usufruire contemporaneamente di altri servizi erogati dal DSM (borse lavoro, centri diurni ecc...) La durata del progetto potrà essere di un solo anno, prorogabile al massimo fino a due.

L'Integrazione socio-sanitaria del Progetto si realizza attraverso il co-finanziamento in egual misura da parte dei due Enti sottoscrittori, la condivisione progettuale ed il monitoraggio delle attività svolte dalle Associazioni che fattivamente erogano il Servizio.

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

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.

D.3.2 Borse Lavoro per Utenti con disagio psichiatrico

Le Borse Lavoro sono finalizzate alla promozione di inserimenti lavorativi a favore delle persone con disabilità psichica, su valutazione da parte dal Centro di Salute Mentale che li ha già in carico.

L'integrazione sociosanitaria si realizza nella disponibilità di postazioni lavoro in diversi contesti esperenziali/lavorativi. Le Borse Lavoro sono disciplinate da una convenzione fra Asl e Comune nella quale vengono definiti i compiti dei sottoscrittori.

Il progetto rientra nei servizi ad alta integrazione sociosanitaria, anche con l'adozione di protocolli operativi e 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 di riferimento.

D.3.3 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 15 – 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.

Integrazione Professionale

Ai sensi dell' art. 4 della Convenzione 'Coordinamento interprofessionale e multidisciplinare' si precisa che gli strumenti di integrazione saranno:

- utilizzo di piattaforma informatica per la redazione dei progetti di vita, nell'ambito dell'investimento 1.2 della MC5 del PNRR ;
- condivisione della modulistica/scale di valutazione per gli utenti in carico ai servizi socio-sanitari;
- riunioni trimestrali dei componenti del nucleo di coordinamento finalizzate alla presentazione dei casi complessi e all'eventuale rimodulazione del PAI/Progetto di Vita. Alla riunione parteciperanno anche gli assistenti sociali comunali ed gli operatori sanitari e socio-assistenziali coinvolti nella gestione del caso;
- riunioni semestrali del nucleo di coordinamento finalizzate alla verifica globale delle attività realizzate, alla valutazione del rapporto tra risultati attesi e ottenuti e alla valutazione dell'efficacia in termini operativi. Questa attività sarà documentata attraverso redazione di verbali e report di monitoraggio.

Si precisa, altresì che, sia il Piano Sociale nazionale 2021-2023 sia il PSR, richiamano la necessità di promuovere la formazione congiunta degli operatori dell'area sociale e sanitaria. A tal proposito, uno dei LEPS riguarda la formazione, l'aggiornamento continuo e la supervisione del personale sociale e sociosanitario, per rafforzare le capacità e le modalità di collaborazione professionale e di dialogo tra i servizi. Vanno in questa direzione la linea di intervento 1.1.4 "Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn-out tra gli operatori sociali" e la linea di intervento 1.1.3 "rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità" del PNRR, finalizzati a:

- rafforzare la qualità del servizio sociale professionale prevenendo stati di stress e di malessere connessi all'esercizio di professioni di aiuto e di supporto a portatori di particolari bisogni e a persone in difficoltà;
- prevedere una supervisione organizzativa per superare le differenze procedurali, favorendo procedure uniformi di intervento;
- attivare e garantire un modello gestionale omogeneo, unitario e continuativo nei 5 Ambiti territoriali della Provincia di Pescara per la gestione integrata e coordinata degli interventi ;
- costituire equipe professionali sociosanitarie, 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 dei pazienti dagli ospedali.
- Istituire 5 Equipe Multidisciplinari integrate con la ASL, 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.

Ai sensi dell'art. 3 'Partecipazione' si precisa che :

- i cittadini possono segnalare bisogni socio-sanitari di tipo complesso presso i Punti Unici di Accesso (PUA), attivi nelle due sedi di Pescara Nord e di Pescara Sud del Distretto Sanitario;
- I Progetti Assistenziali Individualizzati/Progetti di Vita, elaborati dalle UU.VV.MM., prevedono la

partecipazione dell'utente alla propria valutazione, inoltre, è possibile, per questo ultimo, indicare nominativi di familiari/care givers o rappresentanti di associazioni per lui significativi da cui desidera essere affiancato;

- Le Associazioni e i rappresentanti della ASL del Gruppo di Piano faranno parte di un Tavolo Tecnico Permanente Socio-Sanitario, che si riunirà con cadenza annuale e sarà di supporto all'Ufficio di Piano.

Sintesi delle priorità della programmazione integrata

La presente Convenzione intende sviluppare soprattutto l'integrazione organizzativa e professionale dei percorsi assistenziali nelle varie fasi di accesso al servizio: presa in carico, attivazione delle prestazioni assistenziali e verifica degli esiti di salute.

L'accesso ai servizi e alle attività correlate saranno disciplinate dall'apposito 'Regolamento unitario di Accesso ai Servizi' elaborato dall'ECAD 15 a seguito dell'attivazione del nuovo Piano Sociale.

Le priorità che sottendono la presente Convenzione sono:

- rafforzamento integrazione dei servizi sociosanitari (in particolare tra PUA e Segretariato Sociale ECAD 15);
- rafforzamento e incremento delle UU.VV.MM. sia in termini di personale che per la stesura dei progetti di vita e relativi budget di cura, anche con la predisposizione di una giornata a settimana dedicata alla disabilità ed alle valutazioni dei casi complessi ad alta integrazione sociosanitaria;
- rafforzamento integrazione gestionale e interprofessionale attraverso messa a sistema delle EE.MM per i servizi specificati nel presente documento;
- formazione congiunta per gli operatori dell'ECAD 15 e del DSB per rafforzare la capacità e le modalità di collaborazione professionale e di dialogo tra i Servizi.

Infine, verrà dedicata particolare attenzione all'utilizzo di una piattaforma informatica per la redazione dei progetti di vita nell'ambito dell'investimento 1.2 della MC5 del PNRR.

In linea con l'obiettivo di digitalizzazione della documentazione dei servizi sociali e sociosanitari, previsto dal PSR, le Linee di Indirizzo per l'integrazione sociosanitaria prevedono:

- la progressiva digitalizzazione degli strumenti di gestione documentale dei casi trattati (strumenti di accesso utilizzati dal PUA, strumenti di valutazione e progettazione utilizzati dall'UU.VV.MM., etc.);
- il monitoraggio costante del sistema di erogazione e degli esiti delle prestazioni e degli interventi socio-sanitari.

Risultati attesi: garantire ai cittadini una porta unitaria di accesso a tutti i servizi sociosanitari del territorio e una capillare informazione su tutti i percorsi a cui gli utenti possono accedere. Inoltre si intende promuovere la continuità del percorso assistenziale all'interno della rete sociale e sanitaria.

L'integrazione sociosanitaria, per tutte le situazioni complesse, permette inoltre di implementare il sistema per il controllo di gestione di tipo quantitativo e qualitativo: ex-ante, la programmazione dell'offerta di servizi e di interventi in relazione alle dinamiche osservate per i periodi di esercizio precedenti; in itinere, l'adeguamento dell'offerta di servizi, attraverso il potenziamento di quelli maggiormente richiesti a scapito di quelli destinatari di risorse che si evidenziano come non completamente utilizzate; ex-post, la produzione di rapporti (es. rendiconti) relativi all'utilizzo dei fondi, come richiesto dagli organismi concedenti.

Eventuali modifiche e/o integrazioni alla presente Convenzione, potranno essere apportate in riferimento all'evoluzione normativa e alle disposizioni in materia sociale e socio-sanitarie, emanate a livello nazionale e regionale (PSN, PNA, FIS, PSR, FSE/FSC, PNRR/REACT – EU, Fondo povertà e altre misure settoriali).

La durata della Convenzione è equivalente a quella del piano sociale distrettuale 2023-2025, fatte salve eventuali proroghe. L'esercizio associato delle funzioni socio-sanitarie sarà garantito a livello gestionale dall'Ufficio di Coordinamento.

La presente Convezione viene stipulata tra il Sindaco, legale rappresentante dell'ECAD n. 15 Avv. Carlo Masci e l'Azienda Sanitaria Locale di Pescara, rappresentata dal Direttore della Funzione di Coordinamento Territoriale nonché Direttore della UOC Area Distrettuale di Pescara, Dr.ssa Rita Mazzocca, giusta delega prot. n. 0109154/22 del 03.10.2022 rilasciata dal Direttore Generale della ASL.

Per ECAD 15 - Pescara

Avv.to Carlo Masci

Per ASL di Pescara

Dr.ssa Rita Mazzocca

Il presente Allegato A si conclude con :

- A. Schema di sintesi dei Servizi/attività ad integrazione socio-sanitaria, organizzati secondo assi tematici ed obiettivi essenziali di servizio;
- B. lo schema del personale impiegato e ipotesi costi;
- C. il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato;

A. SINTESI dei Servizi/attività ad integrazione socio-sanitaria, organizzati secondo assi tematici ed obiettivi essenziali di servizio;

Tab.1

ASSI Tematici	Obiettivi	Interventi /Servizi
AT1 – Obbiettivi essenziali di servizio	<p>OE1 Accesso;</p> <p>OE2 presa in carico;</p> <p>OE3 pronto intervento sociale;</p> <p>OE4 valutazione del bisogno, progettazione e monitoraggio degli interventi sociali;</p> <p>OE4 Assistenza Domiciliare</p>	<p>PUA, Segretariato sociale;</p> <p>Servizio Sociale Professionale, UU.VV.MM.;</p> <p>Pronto intervento sociale, Servizi di prossimità;</p> <p>Assistenza domiciliare socio assistenziale, assistenza domiciliare integrata;</p> <p>Dimissioni protette e servizio di teleassistenza e telefonia solidale (PNRR 1.1.2 e 1.1.3)</p> <p>Supervisione del personale (PNRR 1.1.4)</p>
<p>AT2- Disabilità e non autosufficienza. Il supporto al care-giver familiare ed altre fragilità</p> <p>Area 2a- Programma locale per la non autosufficienza e sostegno al care giver familiare</p>	<p>OE4 valutazione del bisogno, progettazione e monitoraggio degli interventi sociali</p> <p>OE 4 Assistenza domiciliare</p> <p>OE 4 servizi e interventi per favorire la permanenza a domicilio e l'autonomia nello spazio di vita</p>	<p>Assistenza domiciliare socio assistenziale, assistenza domiciliare integrata; Dimissioni protette (PNRR 1.1.2)</p> <p>Assegno di cura per la non autosufficienza, interventi diretti e indiretti per la vita indipendente, assegno disabilità gravissima;</p> <p>Interventi diretti e indiretti di sostegno al caregiver familiare (bando fondi caregiver e malattie rare per i minori)</p>

<p>Area 2B- Interventi sanitari e socio-sanitari per la non autosufficienza</p> <p>Area 2C- interventi per il sostegno alle disabilità complesse e per l'autonomia della persona</p>	<p>OE 7 Comunità residenziale a favore di minori e persone con fragilità</p> <p>OE 8 Interventi/misure per l'inclusione sociale e l'autonomia; misure di sostegno al reddito e contrasto alla povertà</p>	<p>Strutture comunitarie a carattere socio assistenziale (case di comunità), strutture comunitarie a carattere socio sanitario (casa della salute) (PNRR 1.1.2.)</p> <p>Centri diurni ed altri servizi diurni semiresidenziali, trasporto sociale, interventi comunitari per l'integrazione scolastica-formativa e lavorativa e per l'autonomia personale;</p> <p>Altri interventi settoriali quali sostegno all'autonomia personale, mobilità e abbattimento barriere architettoniche</p> <p>Altri Servizi per la residenzialità temporanea e altri interventi e servizi comunitari e residenziali per il Dopo di Noi (PNRR 1.2)</p>
<p>AT3 – Contrasto alla povertà ed inclusione sociale</p>	<p>OE 5 Servizi di Prossimità</p> <p>OE 7 Comunità residenziale a favore di minori e persone con fragilità</p> <p>OE 8 Interventi/misure per l'inclusione sociale e l'autonomia; misure di sostegno al reddito e contrasto alla povertà</p>	<p>Housing first (PNRR 1.3.1.)</p> <p>Interventi per le fragilità sociali (PNRR 1.3.1, 1.3.2.)</p> <p>Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema; housing first; centri di servizio per le condizioni di indigenza ed esclusione (PNRR 1.3.1 e 1.3.2.)</p> <p>Integrazione rette</p>

		Interventi e servizi per la prevenzione, il contrasto del disagio degli adulti e delle dipendenze e per il reinserimento sociale
AT 4 – Famiglia, diritti e tutela dei minori, Child Guarantee	OE 7 Comunità residenziale a favore di minori e persone con fragilità OE 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) Progetto metodologia PIPPI (PNRR 1.1.1.)
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 -7 Empowerment femminile, contrasto alla violenza di genere e prima infanzia	OE 2 – Presa in carico	Centri antiviolenza e rete antiviolenza.

B. Schema del personale impiegato e ipotesi costi;

Asse	CE	Servizio	Personale impiegato e Budget ECAD 15	Personale impiegato e Budget ASL
AT1	1	Punto Unico di Accesso	€ 34.032,96 (1 A.S. per 36 ore settimanali per 12 mesi)	€ 253.000,00 stimati n. 2 dirigenti medici, n. 2 assistenti sociali, n.1 amministrativo, n.1 coadiutore amm., n.1 infermiere per 30 ore settimanali.
AT1	2	UU.VV.MM. per 'ADI', 'RSA/RP', 'Utenza Psichiatrica'	€ 34.032,96 (2 A.S. per 18 ore settimanali pro capite per 12 mesi)	€ 730.000,00 stimati n. 2 coordinatori , n.2 medici, n.1 assistenti sociali, n.2 amministrativo, n.2 infermieri; n.7 specialisti per 176 ore complessive a settimana
AT1	4	Assistenza Domiciliare Sociale e Integrata (SAD /ADI)	€ 7.562,88 (2 A.S.per 4 ore settimanali per 12 mesi) € 5.460,00 (n.1 amministrativo per 5 ore settimana)	€ 380.000,00 stimati (n.1 coordinatore, n.2 medici, n.2 amministrativi, n.7 specialisti per 60 ore complessive a settimana, n.2 infermieri, n.2 psicologi per n.250 ore complessive a ore settimana)
AT2 area 2a	2 4	UU.VV.MM. per 'FNNA'	€ 14.180,40 (1 A.S. per 15 ore settimanali per 12 mesi)	€ 86.000,00 stimati (n 4 specialisti per 56 ore complessive a settimana con nucleo fisso UVM)
AT2 area 2a	2 4	UU.VV.MM. per Caregiver familiare	€ 4726,80 (1 A.S. per 5 ore settimanali per 12 mesi)	€30.000,00 stimati (n. 4 specialisti per 10 ore complessive a settimana con nucleo fisso UVM)
AT2 area 2c	2 4	UU.VV.MM. per 'Vita Indipendente'	€ 2.181,00 (1 A.S. per 10 ore settimanali per 3 mesi)	€ 50.000,00 stimati (n. 4 specialisti per 30 ore complessive a settimana con nucleo fisso UVM)
AT2 area 2c	8	UU.VV.MM. per 'Dopo di Noi'	€ 9.453,60 (1 A.S. per 10 ore settimanali per 12 mesi)	€30.000,00 stimati (n. 4 specialisti per 10 ore complessive a settimana con nucleo fisso UVM)

AT2 area 2c	8	Assistenza Specialistica e alternanza scuola lavoro	€ 9453,60 (2 A.S per 10 ore settimanali per 12 mesi)	€. 13.000,00 stimati (Neuro Psichiatria Infantile: 40 ore mese ripartite settimanalmente: Dirigente Medico:2, Inferm:1, Psic.3, A.S:1, Terapista: 3)
AT2 area 2c	8	ARTIS	€ 1.308,96 (1 A.S per 6 ore mensili per 12 mesi)	€. 7.700,00 stimati (CSM: n.1 medico per 3h mese, n.2 A.S per 4 h mese , n.2 Tecnici R. per 4 h mese n. 1 Ammin. Per 8 h mese)
AT2 area 2c	8	Borse Lavoro Utenti con Disagio Psichiatrico	€ 1090,80 (1 A.S per 5 ore mensili per 12 mesi)	€. 7.700,00 stimati (CSM: n.1 medico per 3h mese, n.2 A.S per 4 h mese , n.2 Tecnici R. per 4 h mese n. 1 Ammin. Per 8 h mese)
AT2 area 2c		Servizio Inclusione Attiva per persone con Disabilità	€ 1090,80 (1 A.S x 5 ore mensili per 12 mesi)	€. 42.328,00 stimati CSM (n.1 dirigente medico per 22 h settimanali)
AT 3	8	Le dipendenze e il fenomeno emergente delle new addiction		
AT3	5 8	Outreach Pescara	€ 2.300,00 (1 A.S x 5 ore al mese per 12 mesi)	€. 2.750 stimati (SERD: n. 1 dirigente psicologo per 4h; n.1 ass. sociale per n.6 h mese)
AT4	2	Equipe Adozioni	€ 22.688,64 (1 A.S. per 24 ore a settimana per 12 mesi)	€. 14.600,00 stimati (Consultori Pubblici n. 1 psicologa per h 22 set).
AT4	2 7	Equipe Affidò	€ 14.180,40 (2 A.S. per n.15 ore a settimana per 12 mesi)	€. 9.734,00 stimati (Consultori Pubblici n. 1 psicologa per 6 h mensili).
AT4	5	Un sorriso per i bambini in ospedale	€ 10.000,00 (costo personale per 12 mesi)	0
AT4	1 2 6	Servizi per la famiglia, l'infanzia, l'adolescenza e l'area materno infantile	€ 8.508,24 (1 A.S per 9 ore settimanali per 12 mesi)	€. 20.151,00 stimati (Neuro Psichiatria Infantile : 50 ore mese ripartite settimanalmente: Dirigente Medico:3, Inferm:2, Psic.6, A.S:4)

	8			+ € 3.244 (Consultori Pubblici n. 1 psicologa per 2 h set).
AT4	2	P.I.P.P.I.	€ 4.726,80 (2 A. per 5 ore settimanali S per 12 mesi)	€ 2.687,00 stimati Neuropsichiatria infantile : n.1 Dir.Medico : 6h mese
AT4	8	Minori in stato di fragilità	€ 8.508,24 (1 A.S per 9 ore settimane per 12 mesi)	€ 1.500,00 stimati (n.1 psicologo del CSM per 4 ore mese; + € 3.244,00 stimati (Consultori Pubblici n. 1 psicologa per 2 h set). MMG e PLS
Totale			1.131.393,48	1.687.638,00

