

Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi di Ambito

PIANO DI ZONA 2010-2012

Annualità: X2010 X2011 X2012

AMBITO DI MOLFETTA-GIOVINAZZO

PROV. DI BARI

Informazioni generali

Ambito di intervento:

- ☒ **X WELFARE D'ACCESSO**
- ☐ **SERVIZI DOMICILIARI**
- ☐ **SERVIZI COMUNITARI A CICLO DIURNO**
- ☐ **SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA**
- ☐ **SERVIZI E STRUTTURE RESIDENZIALI**
- ☐ **MISURE A SOSTEGNO DELLE RESPONSABILITA' FAMILIARI**
- ☐ **INCLUSIONE SOCIALE**

Obiettivo di servizio: X SI ☐ NO

Numero progressivo : 5

Denominazione servizio: Strutturazione, funzionamento, sviluppo e consolidamento della Unità di Valutazione Multidimensionale.

Indicare art. di rif. Reg. regionale n. 4/2007: 3

Destinatari finali: Tipologia di utenti: popolazione residente

n. 597 utenti (dati triennali)

Obiettivi del servizio

L'Unità di Valutazione Multidimensionale rappresenta lo strumento cardine per l'approccio socio-sanitario alla persona con difficoltà di carattere psico-fisico e per la valutazione della natura e dell'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale della persona.

Principali attività previste

- Raccordo operativo con la P.U.A.
- Valutazione del bisogno, attraverso una scheda che consente l'esame di una serie di indicatori collegati alla funzionalità psico-fisica (SVAMA)

- Elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato
- Presenza in carico dell'utente

Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio

Medico Coordinatore
Assistenti Sociali (Comuni e Distretto)
Medico Specialista
Medico di base
Infermiere professionale coord.
Assistente Sociale referente del caso

Soggetto titolare¹ ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio

L'Unità di Valutazione Multidimensionale ha sede nel Comune di Molfetta, presso il Distretto Socio-Sanitario ed interessa l'intero Ambito Distrettuale .

Modalità di gestione del servizio

X gestione in economia

☐ gestione diretta con affidamento a terzi

(specificare procedure di affidamento :)

☐ delega a soggetto terzo (specificare _____)

☐ altra modalità di gestione (specificare _____)

Spesa totale prevista

COSTO COMPLESSIVO DEL SERVIZIO: Euro 10.000,00(costo triennale)

MACROVOCI DI SPESA

- | | |
|------------------------------------|----------------|
| - risorse umane | Euro |
| - attrezzature | Euro |
| - altri costi generali di gestione | Euro |
| - altri costi generali di gestione | Euro 10.000,00 |
