



DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

Servizio "Programmazione Politiche Attive del Lavoro, Formative e Sociali"
Ufficio "Programmazione Politiche Sociali. Osservatorio Sociale Regionale"

Viale Bovio, 425, 65100 Pescara

Allegato B

SCHEDA di PROGETTO

L.R. 2.05.1995, N. 95
PIANO REGIONALE DI INTERVENTI IN FAVORE DELLA FAMIGLIA
ANNO 2013

1. dati relativi al progetto

Titolo

ASSISTENZA DOMICILIARE PER FAMIGLIE CON PORTATORI DI HANDICAP E ANZIANI

Sede di svolgimento

COMUNE DI ORTONA, ENTE D'AMBITO SOCIALE N. 28 ORTONESE
Ufficio di Piano dei servizi socio integrati territoriali c/o Polo Eden
Corso Garibaldi – 66026 ORTONA (CH)

2. dati relativi al soggetto proponente

Denominazione Ente/Organismo	COMUNE DI ORTONA, ENTE D'AMBITO SOCIALE N. 28 ORTONESE
tipologia ⁽¹⁾	Comuni associati in Ambiti pluricomunali Territoriali Sociali come determinati dalla Regione Abruzzo ai sensi della L. 328/2000
Sede legale	Via Cavour 1, 66026 Ortona
Rappresentante legale	Dott. Vincenzo D'Ottavio – Sindaco Comune di Ortona
Recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica)	Tel: (+39) 08590571 Fax: (+39) 085 9066037 sindaco@comuneortona.ch.it
Responsabile del progetto (qualifica, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica)	Dott. Domenico Galanti Dirigente IV Settore Tel: (+39) 0859069138 Fax: (+39) 085 9066330 d.galanti@comuneortona.ch.it
Estremi Atto di iscrizione al Registro regionale del Volontariato ⁽²⁾	
Codice IBAN:	

⁽¹⁾ tipologia Enti/organismi:

- Comune singolo degli Ambiti monocomunali Territoriali Sociali;
x Comuni associati in Ambiti pluricomunali Territoriali Sociali, come determinati dalla Regione Abruzzo ai sensi della L. 328/2000;
- Consultorio pubblico (Azienda ASL);
- Consultorio privato;
- Associazione di famiglie o Associazione per la famiglia.

⁽²⁾ dato riservato alle Associazioni di famiglie e alle Associazioni per la famiglia

Dati riservati alla Sezione A (Comune singolo degli Ambiti monocomunali Territoriali Sociali, Comuni associati in Ambiti pluricomunali Territoriali Sociali)

n.	Comuni aderenti al progetto ⁽³⁾	quota a carico del Comune	popolazione residente alla data del 31.12.2012
1	Comune di Ortona	€ 3.500,62	23425
2	Comune di Arielli	€ 172,45	1154
3	Comune di Canosa Sannita	€ 215,19	1440
4	Comune di Crecchio	€ 441,00	2951
5	Comune di Filetto	€ 150,34	1006
6	Comune di Giuliano Teatino	€ 189,19	1266
7	Comune di Orsogna	€ 594,02	3975
8	Comune di Poggiofiorito	€ 134,65	901
9	Comune di Tollo	€ 602,54	4032
Totale		€6000	40150

⁽³⁾ almeno il 50% dei Comuni ricompresi nell'Ambito Territoriale Sociale o ricomprensenti il 70% della popolazione residente nell'Ambito Territoriale Sociale alla data del 31.12.2012 (ultima rilevazione ISTAT).

3. descrizione del progetto (per tutti gli organismi proponenti)

analisi del contesto/territorio

Invecchiamento della popolazione

L'allungamento della vita media ed il progressivo invecchiamento della popolazione, particolarmente marcato in Abruzzo, comportano il contestuale aumento dell'incidenza e prevalenza di poli-patologie cronico-degenerative e la progressiva perdita dell'autosufficienza.

L'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" si inserisce a pieno titolo in tale processo poiché presenta un aumento consistente della sua popolazione anziana dovuto sia ad un allungamento della vita media delle persone che al fenomeno del drastico calo delle nascite.

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

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

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

È quindi da evidenziare il fatto che cresce il numero degli anziani per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione e, al contempo, diminuisce la disponibilità di assistenti informali.

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

TAB 1 -Andamento di significative classi di popolazione - EAS 28 ORTONESE

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

Applicando il tasso di non autosufficienza (pari al 18,7% secondo stime Istat) alla popolazione anziana dell'EAS 28 Ortonese, il numero dei non autosufficienti supererebbe le 1800 unità.

Questo dato evidenzia l'importanza di intervenire su fattori di rischio modificabili, poiché ad una riduzione del tasso di prevalenza della non autosufficienza corrisponde una significativa riduzione del numero dei soggetti in stato di bisogno. Nella tabella 2 sono riportati nel dettaglio i dati relativi agli anziani presenti nel territorio per classi di età e sesso: dai dati è evidente il progressivo invecchiamento e la presenza sempre più massiccia di ultranovantenni (5,8%), andamento destinato ad aumentare.

TAB 2 -Distribuzione della popolazione ultra 65enne per sesso e fasce d'età - ANNO 2012 - EAS 28						
	Maschi	val %	Femmine	val %	totale	val %
65-69	1024	24,1	1161	20,9	2185	22,2
70-74	1063	25,0	1164	20,9	2227	22,7
75-79	907	21,3	1147	20,6	2054	20,9
80-84	727	17,1	1014	18,2	1741	17,7
85-89	371	8,7	674	12,1	1045	10,6
90-94	123	2,9	308	5,5	431	4,4
95 e >	39	0,9	99	1,8	138	1,4
TOTALE	4254		5567		9821	

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

(Nota: Nelle tabelle relative al territorio afferente l'EAS 28 è stata computata anche la popolazione residente nel comune di Ari, che ha stabilito di non aderire all'Eas. Per questa ragione i dati tra la tabella 1 – andamento delle classi di popolazione e la tabella riepilogativa nel precedente paragrafo non coincidono nei totali).

La disabilità

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

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

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

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

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

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

Tale scenario impone la necessità di individuare un sistema di offerta assistenziale che sappia dare risposte efficaci e appropriate lungo tutto il percorso assistenziale degli utenti/pazienti (ospedale, residenzialità extra-ospedaliera, domicilio) al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza in tutte le fasi di sviluppo delle patologie. La puntuale analisi e l'elaborazione dei dati hanno permesso di evidenziare e sottolineare le seguenti tematiche:

- progressivo invecchiamento della popolazione e incremento dell'indice di vecchiaia;
- aumento della presenza di persone portatrici di handicap o non più autosufficienti nella fascia di persone con età superiore ai 65anni;
- crescente bisogno dei servizi socio assistenziali e socio sanitari da erogare a domicilio;
- crescente carico assistenziale sulla famiglia che sempre meno riesce a gestire problematiche man mano più complesse ed onerose.

collaborazioni (elenco dei soggetti coinvolti, tipo di collaborazione, ruolo dei singoli partners coinvolti e modalità organizzative)

elenco dei soggetti coinvolti	tipo di collaborazione	ruolo dei singoli partner coinvolti e modalità organizzative
ASL Lanciano Vasto Chieti	Accordo di Programma di adozione del PdZ del 2011/2013	Programmazione integrata dei servizi ed interventi socio-sanitari per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, per assicurare l'efficace valutazione multidimensionale del bisogno e per definire il progetto integrato personalizzato.
DSB Ortona	Protocollo per l'integrazione socio sanitaria (all. C al Piano di Zona 2011/2013)	Operatività del PUA per assicurare le funzioni di accoglimento della domanda, la decodifica del bisogno, l'orientamento nella rete dei servizi socio-sanitari e l'invio all'UVM. Il DSB coordina l'operatività dell'UVM in modo da assicurare la predisposizione del PAI al fine di favorire la presa in carico condivisa tra Servizi Sociali e Servizi Sanitari secondo percorsi integrati a garanzia della continuità assistenziale.
Ambulatorio Psico-geriatrico	Protocollo per l'integrazione socio sanitaria (all. C al Piano di Zona 2011/2013)	Esso è un servizio integrato tra Distretto sanitario e CSM; il suo ruolo è quello di favorire l'integrazione delle diverse branche per attivare un sistema efficace ed appropriato delle prestazioni; per assicurare la valutazione multidimensionale del bisogno e per definire il PAI.
Associazioni familiari di volontariato	Stipula di accordi di collaborazione	La collaborazione diretta con associazioni di volontariato presenti nel territorio porta ad creare una rete più efficiente e ad individuare in maniera più semplice le famiglie che maggiormente necessitano di interventi, in modo da attivare tempestivamente i servizi.

partecipazione delle famiglie nella fase di ideazione e gestione del progetto

La strategia di lavoro dell'EAS 28 Ortonese è improntata sul coinvolgimento del cittadino/utente nelle varie fasi di realizzazione degli interventi. Infatti, dalla fase di analisi dei fabbisogni si procede alla rilevazione, attraverso modalità differenti di partecipazione e consultazione di soggetti che a vario titolo sono presenti nella realtà locale: dai testimoni privilegiati (amministratori e rappresentanti di organizzazioni rappresentative del territorio) ai diretti interessati (utenti e loro famiglie). La partecipazione attraverso la cittadinanza sociale vengono garantite dall'Ente d'Ambito Ortonese che costantemente:

- coinvolge i cittadini e le famiglie nelle fasi sia progettuali che attuative dei servizi;
- garantisce il diritto di accesso alle informazioni;



DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

Servizio "Programmazione Politiche Attive del Lavoro, Formative e Sociali"
Ufficio "Programmazione Politiche Sociali. Osservatorio Sociale Regionale"

Viale Bovio, 425, 65100 Pescara

-attiva strumenti idonei di informazione;
-assicura il controllo della qualità dei servizi attraverso strumenti oggettivi di valutazione.
Il progetto che qui si va a presentare sarà inserito nella Carta per la Cittadinanza Sociale dell'Ambito; ne seguirà le procedure in modo da assicurarne la qualità.
Nella fase di ideazione del progetto la partecipazione delle famiglie è attivata attraverso strumenti indiretti, ovvero azioni specifiche realizzate dagli sportelli di Segretariato sociale e Servizio sociale professionale, coinvolgendo tutti gli utenti dei servizi e le loro famiglie. All'atto pratico, il coinvolgimento è stato effettuato attraverso:

- incontro domiciliare di verifica di soddisfazione delle istanze specifiche e di analisi delle esigenze della famiglia in generale;
- compilazione di un questionario di soddisfazione dei propri fabbisogni per la rilevazione di eventuali fabbisogni latenti.

Nella fase di gestione del progetto, si precede nuovamente la riattivazione delle due metodologie utilizzate in fase di ideazione, quali gli incontri domiciliari ed uno questionario per la rilevazione del livello di soddisfazione. Tale necessità nasce sicuramente dal bisogno, in primis, di verificare la sussistenza degli stessi fabbisogni rilevati in fase di ideazione e su cui la progettazione si è basata, dato anche il lasso di tempo che intercorre tra la fase progettuale e quella di attuazione. In caso di rilevazione di nuovi bisogni o di cambiamento degli stessi, verranno applicate le idonee azioni correttive in modo da rendere aderente la realizzazione delle attività alle esigenze delle famiglie. La partecipazione delle famiglie diventa in tale ottica fondamentale per fornire risposte semplici a delle istanze che, talvolta, possono sembrare molto complesse nella loro soluzione a famiglie che hanno un notevole carico assistenziale. L'azione di coinvolgimento delle famiglie funge anche da supporto alla valutazione nella fase attuativa del progetto, attraverso la compilazione di questionari semistrutturati di soddisfazione e attraverso la possibilità di esprimere suggerimenti o reclami.

risultati attesi (descrivere il contributo che l'azione proposta intende apportare in relazione ai bisogni emersi dall'analisi del contesto territoriale)

L'intervento ideato per l'attuale Piano per la Famiglia intende contribuire a realizzare le migliori condizioni che consentano alle persone con disabilità grave e/o anziane non autosufficienti (con più di 65anni) con bisogni socio assistenziali di permanere al proprio domicilio assistite ed in condizioni di sicurezza. L'attivazione di questi percorsi di una assistenza socio/sanitaria va a garantire il supporto a quegli utenti per i quali non è possibile un inserimento in strutture residenziali.

Gli interventi così strutturati, attivati per mezzo di prestazioni socio assistenziali fornite a domicilio, secondo un progetto personalizzato, intendono inoltre contrastare l'emarginazione delle persone compromesse sul piano cognitivo e /o funzionale e delle loro famiglie.

Tale finalità viene perseguita attraverso lo sviluppo continuo di una rete di interventi sociosanitari a sostegno della assistenza domiciliare e della famiglia che si fa carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone anziane o portatrici di handicap. In sintesi, l'intervento proposto consiste in un insieme di prestazioni socio assistenziali fornite a domicilio e finalizzate al soddisfacimento dei bisogni essenziali della persona per:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sociale e/o socio sanitario suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri



DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

Servizio "Programmazione Politiche Attive del Lavoro, Formative e Sociali"
Ufficio "Programmazione Politiche Sociali. Osservatorio Sociale Regionale"

Viale Bovio, 425, 65100 Pescara

- e l'ingresso in residenza;
- evitare l'istituzionalizzazione delle persone anziane o disabili garantendo loro la permanenza nel proprio ambito di vita;
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, favorendo il recupero o la conservazione delle capacità residue di autonomia e relazionali;
- supportare il *caregiver* fornendo supporto e sollievo da eccessivi carichi assistenziali anche trasmettendo loro delle competenze che possano tradursi in autonomia d'intervento.

Tali finalità vengono perseguite attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete, composta ed organizzata, di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e dei nuclei familiari che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone anziane e portatrici di handicap.

Nello specifico la strategia adottata per il conseguimento degli obiettivi è un elevato livello di integrazione socio-sanitaria attraverso la:

- condivisione della metodologia di valutazione dell'utenza non autosufficiente o con bisogni socio-sanitari di natura complessa;
- progettazione multidimensionale del Piano Assistenziale Individuale;
- realizzazione di percorsi assistenziali integrati;
- presa in carico del caso;
- continuità assistenziale.

L'intervento è quindi rivolto alle famiglie che assistono in casa persone anziane e persone portatrici di handicap residenti nei Comuni facenti parte dell'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" quali: Arielli, Canosa Sannita, Crecchio, Filetto, Giuliano Teatino, Orsogna, Ortona, Poggiofiorito e Tollo. Al fine di prevenire processi di emarginazione e di istituzionalizzazione è data particolare attenzione, nella presa in carico, alle fasce più deboli, che non potrebbero accedere a servizi alternativi:

- disabili certificati in situazione di gravità (L. 104/1992 art. 3 co. 3);
- anziani ultrasessantacinquenni in stato di non autosufficienza;
- utenti con bisogni socio-sanitari complessi in stato di non autosufficienza che necessitano di interventi integrati sociali e sanitari.

dettaglio delle fasi di realizzazione e modalità attuative

L'intervento progettuale del Piano per la Famiglia per l'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" intende potenziare l'offerta territoriale dei servizi a domicilio socio-assistenziali, quali:

1. Assistenza domiciliare socio-assistenziale

Il servizio è rivolto a persone che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione. Sono servizi rivolti alla cura ed igiene della persona e aiuto nella gestione della propria abitazione e sostegno psicologico. Le prestazioni erogate dal servizio di assistenza domiciliare sono:

- a) Aiuti volti a favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere:
 - cura dell'igiene personale
 - vestizione
 - aiuto nella somministrazione dei pasti e/o assunzione dei cibi
 - mobilitazione delle persone non autosufficienti;
- b) Aiuto per il governo dell'alloggio e delle attività domestiche:
 - cura delle condizioni igieniche dell'alloggio
 - riordino del letto e delle stanze
 - cambio biancheria



- preparazione dei pasti;
- c) Interventi igienico – sanitari di semplice attuazione:
 - aiuto per la prevenzione delle piaghe da decubito in collaborazione con il Servizio Sanitario;
- d) Sostegno all'anziano e alla famiglia;
- e) Collaborazione nel settore del segretariato sociale.

2. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Servizio finalizzato ad evitare ricoveri impropri e mantenere l'anziano nel suo ambiente di vita attraverso l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate a domicilio a persone anziane non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera. Le prestazioni che sono erogate dal servizio di Assistenza Domiciliare Integrata sono:

- a) Prestazioni di tipo sanitario (medico, specialistiche, infermieristiche e riabilitative);
- b) Prestazioni di tipo socio-assistenziale (cura ed igiene della persona).

Le fasi di sviluppo temporale ed operativo del Piano per la Famiglia sono le seguenti:

1. Fase I: Procedure per l'assegnazione dei servizi socio-assistenziali
2. Fase II: Valutazione del bisogno assistenziale e predisposizione del P.A.I.
3. Fase III: Erogazione dell'intervento personalizzato di assistenza
4. Fase IV: Monitoraggio periodico e finale del PAI

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

L'Ambito sociale n. 28 "Ortonese", al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati, ha adottato un sistema di gestione di qualità dei servizi prevedendo processi formalizzati per la richiesta e l'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari di Ambito. Per quanto riguarda specificatamente i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, in collaborazione con il Distretto Sanitario di Ortona, sono state formalmente esplicitate sia le procedure di accesso al servizio che le modalità organizzative e attuative dei servizi. A completamento dell'iter tali indicazioni sono state ricomprese nel Protocollo per l'integrazione socio-sanitaria e nel Regolamento per l'Assistenza Domiciliare agli anziani e alle persone diversamente abili dell'Ambito Territoriale Sociale n. 28 "Ortonese" (all. C e all. E al Piano di Zona 2011-2013)

Le azioni ricomprese in questa prima fase sono:

- diffusione dell'intervento progettuale del Piano della Famiglia presso tutti gli sportelli di Segretariato Sociale presenti nei Comuni facenti parte dell'Ambito Sociale, predisponendo adeguato materiale informativo e verificando la presenza di liste di attesa per i servizi socio-assistenziali domiciliari o la presenza di bisogni socio-assistenziali complessi parzialmente o totalmente non soddisfatti;
- supporto all'utente o familiare per la "richiesta servizio" e relativi allegati per facilitare l'accesso al servizio, anche attraverso adeguati percorsi per rendere manifesti bisogni socio-assistenziali altrimenti latenti;
- realizzazione delle operazioni amministrative da parte dell'operatore di Segretariato sociale che verifica la completezza della domanda con gli allegati previsti e se richiesto verifica l'eventuale contribuzione secondo il proprio reddito ISEE.

In questa sede l'operatore di segretariato realizza la fase di orientamento dell'utente nel sistema procedurale e organizzativo dei servizi anche integrati di assistenza domiciliare (ADI), illustrandone il processo e la relativa tempistica di trattamento della "richiesta servizio" e di predisposizione delle graduatorie per l'attribuzione del punteggio ed eventuale attivazione del servizio. A tal fine trasmette la "richiesta servizio" e affida la pratica al Servizio sociale professionale.



2. Fase II: Valutazione del bisogno assistenziale e predisposizione del P.A.I.

L'assistente sociale del Servizio sociale professionale acquisisce la "richiesta servizio", contatta l'utente o familiare e prende l'appuntamento per la realizzazione della visita domiciliare. Entro 30 giorni dalla ricezione della "richiesta servizio" si reca al domicilio dell'utente per realizzare la valutazione sociale attraverso la compilazione della scheda delle cure domiciliari e la scala IADL.

L'assistente sociale inserisce il punteggio della scheda delle cure domiciliari e della scala IADL in database e il nominativo dell'utente confluisce nella graduatoria secondo il punteggio risultante. Gli utenti saranno suddivisi in casi semplici e casi complessi in base alle direttive regionali.

Per quanto riguarda i casi complessi il Servizio sociale professionale invia al PUA le schede di valutazione sociale delle cure domiciliari, scala ADL e IADL e certificazioni sanitarie consegnate dall'utente. Il PUA effettua la pre-valutazione del caso per verificare se sono in corso prestazioni sanitarie e in seguito invia all'UVM distrettuale la pratica completa dei casi complessi da valutare.

L'assistente sociale del Servizio sociale professionale, l'assistente sociale dell'Ambito delegata all'integrazione socio-sanitaria e il coordinatore di riferimento partecipano alla seduta UVM per la valutazione integrata del caso e la predisposizione del P.A.I.

Il servizio sociale indica il numero delle ore di assistenza in base alla tipologia del servizio e alla valutazione sociale del caso e, al termine, acquisisce copia del PAI, consegna una copia al coordinatore e archivia una copia nella cartella utente presso il Segretariato sociale di riferimento.

I casi semplici invece sono valutati dall'assistente sociale del Comune di riferimento e l'operatore di Segretariato sociale che, sulla base del quadro di fattibilità indicano il numero delle ore e la tipologia delle prestazioni elencando nel verbale gli utenti della graduatoria che possono essere assistiti e ne trasmette copia al coordinatore di riferimento.

3. Fase III: Erogazione dell'intervento personalizzato di assistenza

L'operatore di Segretariato sociale redige le lettere informative all'utente di assegnazione o non assegnazione del servizio e ne cura la spedizione. Per l'assegnazione si comunica anche il termine ultimo entro cui l'utente deve recarsi presso il segretariato sociale per l'accettazione delle condizioni del servizio o eventualmente per la rinuncia, specificando che la mancata presentazione dell'utente comporta il decadimento automatico della richiesta.

L'utente si reca presso il segretariato sociale del comune di riferimento entro i termini previsti per l'accettazione/rifiuto del servizio. In caso di accettazione è tenuto a:

- indicare la cooperativa a cui vuole affidarsi per l'erogazione del servizio;
- firmare per accettazione il documento di "informativa" circa il Piano Assistenziale Individualizzato predisposto per soddisfare i suoi bisogni assistenziali;
- allega l'eventuale contribuzione al servizio in base al reddito ISEE consegnato per il ricevimento dei voucher;
- ritiro dei voucher spettanti.

L'operatore di Segretariato sociale contatta la cooperativa erogatrice dei servizi di assistenza per trasmettere i nominativi degli utenti e la tipologia delle prestazioni richieste.

La cooperativa sociale sottoscrive le informative degli utenti, circa i Piani Assistenziali Individualizzati, ed eroga il servizio nelle modalità richieste, in base alla convenzione stipulata con l'Ente d'Ambito Sociale (EAS).

Il coordinatore di area predispose il piano di monitoraggio e valutazione del servizio e istruisce l'eventuale operatore incaricato alla raccolta dei dati.

4. Fase IV: Monitoraggio periodico e finale del PAI



DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

Servizio "Programmazione Politiche Attive del Lavoro, Formative e Sociali"
Ufficio "Programmazione Politiche Sociali. Osservatorio Sociale Regionale"

Viale Bovio, 425, 65100 Pescara

Il monitoraggio e la verifica finale dell'andamento degli interventi socio-assistenziali attivati e del raggiungimento degli obiettivi pianificati devono essere realizzati sinteticamente dall'assistente del Servizio sociale professionale per i casi semplici e dall'UVM distrettuale per i casi complessi. A tal fine tali referenti si avvarranno della relazione periodica sull'andamento e i risultati conseguiti attraverso gli interventi socio-assistenziali erogati fornita dai responsabili della presa in carico sociale e sanitario. Tali verifiche devono essere finalizzate all'analisi e alla valutazione della documentazione specifica, alla registrazione dell'evoluzione dell'intervento e al controllo del regolare andamento delle attività per la verifica della coerenza delle azioni pianificate con gli obiettivi. In tale sede potrà essere effettuata, eventualmente, anche la rimodulazione degli interventi durante la loro realizzazione per permettere il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PAI.

Lo scopo è quello di monitorare e verificare in tempo reale della funzionalità delle attività e delle risorse impegnate.

Si conclude la fase con la relazione conclusiva del progetto realizzato.

4. risorse organizzative e strumentali

La descrizione delle risorse organizzative e strumentali da impiegare per la realizzazione del progetto non può prescindere dall'attuale sistema locale di gestione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari afferenti al Piano di Zona dei servizi sociali dell'Ente di Ambito Sociale n. 28 "Ortonese". La struttura organizzativa ed operativa dell'azione, quindi, attiene all'Ufficio di Piano e a quanto previsto dal Sistema di Gestione per la Qualità - UNI EN ISO 9001:2008 - e si ispira ai criteri di trasparenza, funzionalità ed economicità di gestione al fine di assicurare la propria azione efficiente ed efficace.

Le risorse organizzative e strumentali, afferendo al sistema gestionale dell'Ufficio di Piano, non necessitano di copertura economica da parte della presente proposta progettuale.

Nello specifico il sistema di servizi sociali che concorre alla realizzazione delle attività sono le seguenti:

1. Area servizi essenziali generali

- Segretariato Sociale

L'attività di Segretariato sociale è finalizzata a garantire: unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.

- Servizio Sociale Professionale

Le funzioni del Servizio sociale professionale sono finalizzate alla lettura e decodificazione della domanda, alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, all'attivazione ed integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione.

- Punto Unico di Accesso (PUA)

La finalità è quella di garantire ai cittadini ed agli operatori una porta unitaria di accesso ai servizi sociosanitari del territorio per affrontare i bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari in modo unitario ed integrato.

2. Area servizi per persone anziane

- Assistenza Domiciliare per Anziani (SAD)

L'assistenza domiciliare è diretta ad anziani con parziale o totale non autosufficienza con lo scopo di salvaguardare l'autonomia personale e la permanenza nel nucleo familiare. Può consistere in un sostegno domiciliare di aiuto domestico, somministrazione pasti e altri interventi connessi alla vita quotidiana, quali la cura e l'igiene della persona.

- Assistenza Domiciliare Integrata per Anziani (ADI) non autosufficienti



DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

Servizio "Programmazione Politiche Attive del Lavoro, Formative e Sociali"
Ufficio "Programmazione Politiche Sociali, Osservatorio Sociale Regionale"

Viale Bovio, 425, 65100 Pescara

Servizio integrato a favore di anziani con mono o pluripatologie non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autosufficienza, finalizzato a fornire contemporaneamente a domicilio dell'assistito prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, a carico dell'ASL e socio-assistenziali, di competenza dell'Ambito, favorendo il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente di vita quotidiano e familiare.

- **Servizio Telesoccorso**

È un servizio per gli anziani in situazione di rischio per problemi sanitari. L'utente dispone di un radiocomando collegato alla linea telefonica che attiva, in caso di necessità, i soccorsi. Il Centro Operativo effettua periodicamente anche una serie di chiamate per verificare le condizioni dell'utente. Il servizio presenta un alto livello di integrazione socio-sanitaria e si raccorda con i servizi di pronto intervento sociale e pronto soccorso.

- **Servizio di Teleassistenza**

Il servizio è rivolto alle persone anziane parzialmente non autosufficienti e prive di supporto parentale in linea diretta nel comune di residenza. Gli utenti avranno accesso ai servizi attraverso un numero verde gratuito con il quale prenotare la prestazione anch'essa completamente gratuita:

- Telespesa;
- Pagamento di bollette;
- Espletamento pratiche per prenotazioni di visite mediche, terapie o prelievi;
- Ritiro ricette mediche e consegna farmaci a domicilio;
- Telefono amico;
- Mensa a domicilio

Teleprenotazioni: numero verde per prenotare visite specialistiche e accertamenti strumentali afferenti al servizio sanitario

Numero Verde di Emergenza Caldo: riceve segnalazioni di situazioni di rischio e fornisce consigli, informazioni sulla prevenzione e rischi del calore, attivando servizi di emergenza.

3. Area servizi per la disabilità

- **Assistenza Domiciliare per Disabili (ADD)**

L'assistenza domiciliare è diretta a portatori di handicap con lo scopo di salvaguardare l'autonomia personale e la permanenza nel nucleo familiare. Può consistere in un sostegno domiciliare di aiuto domestico, somministrazione pasti e altri interventi connessi alla vita quotidiana, quali la cura e l'igiene della persona.

- **Assistenza Domiciliare Integrata per Disabili (ADI) non autosufficienti**

Servizio integrato a favore di persone disabili con mono o pluripatologie non autosufficienti o ad alto rischio di perdita dell'autosufficienza, finalizzato a fornire contemporaneamente a domicilio dell'assistito prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, a carico dell'ASL e socio-assistenziali, di competenza dell'Ambito, favorendo il mantenimento della persona disabile nel proprio ambiente di vita quotidiano e familiare.

- **Centro Diurno per disabili**

Il Centro diurno per disabili è una struttura semiresidenziale finalizzata alla prevenzione della istituzionalizzazione, al sostegno e sollievo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua dell'adulto con disabilità.

5. risorse professionali

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

- l'analisi della domanda sociale e dei bisogni espressi dal territorio;



DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

Servizio "Programmazione Politiche Attive del Lavoro, Formative e Sociali"
Ufficio "Programmazione Politiche Sociali, Osservatorio Sociale Regionale"

Viale Bovio, 425, 65100 Pescara

- la programmazione degli interventi e dei servizi sociali;
- la gestione dei servizi a livello territoriale;
- la valutazione dei servizi erogati;
- la qualità del sistema.

Le risorse umane, quindi, messe a disposizione dall'Ufficio di Piano sono:

- Responsabile Amministrativo - Dirigente del IV Settore del Comune di Ortona;
- Coordinatore Tecnico del Piano di Zona;
- Coordinatore Area Assistenza del Piano di zona;
- Coordinatore Area Disabilità del Piano di zona.

Nello specifico, la figura referente dell'azione è il Coordinatore dell'Area Anziani che sarà sia il coordinatore delle attività da realizzare, che il referente per il sistema di controllo e valutazione.

Lo staff necessario per l'attuazione dell'azione è composto dalle seguenti figure professionali:

- Assistente Sociale del Segretariato Sociale e del Servizio Sociale Professionale;
- Operatori domiciliari delle Cooperative Sociali accreditate presso l'ATS n. 28.
- eventuali altre figure specialistiche indicate nei Piani di Intervento Assistenziali.

Infine lo staff tecnico di supporto fornirà contributi in merito alle proprie competenze nella realizzazione delle azioni collegate alla qualità del sistema dell'Ambito, quali:

- il Sistema Informativo Centrale (S.I.C.);
- il processo qualità dell'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese";
- il sistema di Monitoraggio e Valutazione;
- il processo formativo esterno ed interno all'Ambito;
- il processo di integrazione socio-sanitaria;
- il processo di collaborazione interistituzionali.

6. modalità di verifica intermedie e finali (indicare gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione del progetto)

L'Ente di Ambito Sociale per attuare il controllo esterno sulle azioni e progetti sociali è dotato di un Sistema di valutazione e monitoraggio gestito dall'Ufficio di Piano, finalizzato al monitoraggio e valutazione delle azioni del Piano e di tutti i servizi sociali territoriali, e ad assicurare il Sistema di gestione per la Qualità, sia per tenere sotto controllo gli obiettivi prefissati che per garantire l'esigibilità dei servizi sociali da parte dei cittadini che ne hanno diritto e per verificare e garantire il rispetto degli standard di qualità fissati nella "Carta per la Cittadinanza Sociale".

Il modello di valutazione e monitoraggio si propone come strumento utilizzabile dal Sistema Informativo Centrale e da tutti gli operatori impegnati nella realizzazione delle attività per verificare, attraverso le modalità e gli strumenti predisposti, il monitoraggio del servizio erogato e il raggiungimento degli obiettivi prefissati in fase di programmazione.

Anche per le azioni di verifica degli risultati conseguiti nell'ambito del progetto, si vuole usufruire dell'esperienza e delle competenze sviluppate in seno al Sistema di valutazione e monitoraggio dell'Ufficio di Piano.

monitoraggio fasi	valutazione di risultato fasi
Il monitoraggio si propone come modalità per verificare, attraverso gli strumenti predisposti, la verifica dell'andamento dei servizi erogati a livello territoriale. La finalità del monitoraggio del progetto consisterà nella valutazione di processo, cioè nella valutazione delle fasi di attuazione.	La valutazione di risultato del progetto è relativo alla verifica della qualità degli interventi attivati nell'Ambito territoriale e ha come finalità immediata l'analisi di efficacia e di efficienza. Le fasi del processo di valutazione del progetto consisteranno in:



DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

Servizio "Programmazione Politiche Attive del Lavoro, Formative e Sociali"
Ufficio "Programmazione Politiche Sociali, Osservatorio Sociale Regionale"

Viale Bovio, 425, 65100 Pescara.

<p>del progetto.</p> <p>Le fasi del monitoraggio saranno:</p> <p><i>Fase I: Procedure per l'assegnazione dei servizi socio-assistenziali;</i></p> <p><i>Fase II: Valutazione del bisogno assistenziale e predisposizione del P.A.I.;</i></p> <p><i>Fase III: Erogazione dell'intervento personalizzato di assistenza;</i></p> <p><i>Fase IV: Monitoraggio periodico e finale del P.A.I..</i></p> <p>Gli strumenti del monitoraggio saranno:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Riunioni di verifica tra operatori sociali (Ambito Sociale) e socio-sanitari (Distretto Sanitario) per i processi integrati;2. Incontri di verifica tra operatori afferenti ai servizi sociali territoriali per monitorare la realizzazione delle fasi;3. Schede riassuntive di riepilogo delle attività realizzate. <p>Gli indicatori da rilevare vengono specificati nella tabella sottostante.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Valutazione di risultato;2. Soddisfazione degli utenti;3. Valutazione di successo del progetto. <p>Gli strumenti di valutazione saranno:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Riunioni di valutazione tra operatori sociali (Ambito Sociale) e socio-sanitari (Distretto Sanitario) per i servizi erogati in maniera integrata;2. Incontri di verifica tra operatori afferenti ai servizi sociali territoriali per valutare la soddisfazione delle esigenze degli utenti e delle famiglie;3. Somministrazione alle famiglie di una scheda strutturata per rilevare i carichi assistenziali percepiti prima e dopo la realizzazione dell'intervento;4. Somministrazione alle famiglie della <i>customer satisfaction</i>, e relativa analisi dei suggerimenti o reclami al servizio.
--	---

Tabella descrittiva degli indicatori per la misurazione dell'efficacia ed efficienza dei servizi di assistenza domiciliare con l'obiettivo di potenziare i servizi territoriali domiciliari attraverso interventi diversificati e personalizzati di natura sia assistenziale che socio-sanitaria.

N.	Descrizione Indicatore	Parametro Obiettivo
1	Numero nuove "Richieste servizio" di Assistenza Domiciliare nell'anno	N. Richieste servizio (UTE-03 e UTE-04)
2	Numero visite sociali domiciliari effettuate per i servizi di Assistenza Domiciliare	N. visite effettuate (100% delle Richieste ricevute)
3	Numero valutazioni casi semplici effettuate	N. valutazioni casi semplici (100% delle Richieste ricevute)
4	Numero valutazioni casi complessi effettuate	N. valutazione casi complessi (100% delle Richieste ricevute)
5	Numero utenti totali inseriti in graduatoria (assegnatari più in lista di attesa)	N. utenti in graduatoria (100% delle Richieste servizio)
6	Numero di utenti che hanno usufruito del servizio nell'arco dell'anno	N. utenti assegnatari (<80 % dei richiedenti)
7	Numero di visite domiciliari di valutazione della soddisfazione realizzate	N. effettuato (100% degli utenti assegnatari)
8	Soddisfazione dell'utente/famiglia del servizio ricevuto	Indice di soddisfazione > 80%



DIREZIONE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, FORMAZIONE ED ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI

Servizio "Programmazione Politiche Attive del Lavoro, Formative e Sociali"
Ufficio "Programmazione Politiche Sociali. Osservatorio Sociale Regionale"

Viale Bovio, 425, 65100 Pescara

		€
b) spese funzionamento e gestione		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
c) altro	Voucher socio assistenziale spendibile per l'acquisto di 1 ora di assistenza domiciliare (1600 orex1250)	€ 20.000,00
		€
		€
		€
		€
COSTO TOTALE DELL'INTERVENTO		€ 20.000,00

Ortona, _____

firma del Responsabile del progetto o del
Legale rappresentante
