

L.R. 2.5.1995, N. 95
 PIANO REGIONALE DI INTERVENTI IN FAVORE DELLA FAMIGLIA
 ANNO **2010**

1. dati relativi al progetto

Titolo

"OLTRE L'ASSISTENZA"

Sede di svolgimento

Coordinamento: Ufficio di Piano c/o Polo EDEN dei servizi socio-integrati del Comune di Ortona – Corso Garibaldi 66026 ORTONA (CH)
Attuazione: Domicilio dell'utente

2. dati relativi al soggetto proponente

Denominazione Ente/Organismo	AMBITO TERRITORIALE 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	Comune di ORTONA Via Cavour sn. – 66026 Ortona (CH)
Rappresentante legale	Sindaco Ing. Nicola FRATINO
Recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica)	0859066323 pianodizona@eas28.it
Responsabile del progetto (qualifica, recapito telefonico, indirizzo di posta elettronica)	Responsabile Amministrativo Giovanni de MARINIS – Dirigente del IV Settore del Comune di Ortona - tel. 085.9057404 Responsabile Tecnico Antonio SAVONE – Coordinatore tecnico del Piano di Zona tel. 085.9066323 - pianodizona@eas28.it
Estremi Atto di iscrizione al Registro regionale del Volontariato ⁽²⁾	
Codice IBAN:	IT04D0555077781000000549152

⁽¹⁾ tipologia Enti/organismi:

- Comune singolo degli Ambiti monocomunali Territoriali Sociali;
- 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 31.12.2008
1	COMUNE DI ORTONA	€ 4.482,70	23.876
2	COMUNE DI ARI	€ 232,25	1.237
3	COMUNE DI ARIELLI	€ 221,17	1.178
4	COMUNE DI CANOSA SANNITA	€ 280,12	1.492
5	COMUNE DI CRECCHIO	€ 575,45	3.065
6	COMUNE DI FILETTO	€ 193,95	1.033
7	COMUNE DI GIULIANO TEATINO	€ 253,46	1.350
8	COMUNE DI ORSOGNA	€ 779,35	4.151
9	COMUNE DI POGGIOFIORITO	€ 184,93	985
10	COMUNE DI TOLLO	€ 796,62	4.243
Totale		€ 8.000,00	42.610

⁽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 31.12.2008 (ultima rilevazione ISTAT).

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

analisi del contesto/territori

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.

All'interno dell'Ambito "Ortonese", comunque, la distribuzione demografica non è omogenea, la presenza di abitanti di età superiore ai 65 anni è maggiore specie nei Comuni territorialmente più interni (fenomeno particolarmente emergente nei Comuni di Ari e Filetto in cui il peso della popolazione residente con età maggiore ai 65 anni è intorno al 30,7%) rispetto ai Comuni limitrofi alla fascia costiera adriatica (in particolare il Comune di Ortona in cui il peso della popolazione residente con età maggiore ai 65 anni è del 21,5%).

L'indice di vecchiaia relativo all'intero Ambito Sociale evidenzia che per 100 ragazzi (età < 14 anni) si contano 186 anziani (età > 65 anni) con differente distribuzione nei diversi Comuni. I Comuni con l'indice di vecchiaia più alto sono i Comuni di Filetto (con 273 anziani), Ari (con 268 anziani)

ogni 100 ragazzi), Crecchio (con 246 anziani) e Canosa Sannita (con 242 anziani) . Il Comune con l'indice di vecchiaia più basso è quello di Ortona con 166 anziani ogni 100 ragazzi.

Tabella: Popolazione residente, Indice di Vecchiaia e di Dipendenza per Comune

COMUNI DELL'AMBITO "ORTONESE"	POPOLAZIONE AL 31/12/2009					INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI DIPENDENZA
	Pop. residente totale	Pop. residente >65 anni	Peso % su pop. residente	Pop. residente <14 anni	Peso % su pop. residente		
Ari	1237	388	31,4	126	10,2	268,3	71,1
Arielli	1178	291	24,7	138	11,7	210,9	57,3
Canosa Sannita	1492	407	27,3	168	11,3	242,3	62,7
Crecchio	3065	799	26,1	324	10,6	246,6	57,8
Filetto	1033	309	29,9	113	10,9	273,5	69,1
Giuliano Teatino	1350	346	25,6	161	11,9	214,9	60,1
Orsogna	4151	1016	24,5	563	13,6	180,5	61,4
Ortona	23876	5141	21,5	3089	12,9	166,4	52,6
Poggiofiorito	985	232	23,6	119	12,1	195,0	55,4
Tollo	4243	993	23,4	513	12,1	193,6	55,0
TOTALE	42610	9922	23,3	5314	12,5	186,7	53,6

INDICE DI VECCHIAIA: rapporto % tra la popolazione di oltre 65 anni e quella inferiore e uguale a 14 anni.

INDICE DI DIPENDENZA: rapporto % avente a numeratore la somma tra la popolazione di età <= a 14 anni e >= a 65 anni e a denominatore la popolazione di età da 15 a 64 anni.

L'indice di dipendenza relativo all'intero Ambito Sociale mostra che per 100 abitanti in età attiva (tra i 14 e i 65 anni) ce ne sono ben 53 in età di dipendenza (< 14 anni o > 65 anni). Tale indice mostra una minore dispersione fra i diversi Comuni dovuto all'effetto del bilanciamento fra i due fenomeni inversi, cioè della differente distribuzione della popolazione giovane e di quella anziana, con andamento contrario, nei diversi Comuni. A livello indicativo, i Comuni che mostrano un indice di dipendenza maggiore sono Ari e Filetto con rispettivamente 71 e 69 abitanti in età di dipendenza ogni 100 abitanti, mentre il Comune con l'indice minore è Ortona con 52 abitanti in età di dipendenza ogni 100 abitanti.

L'indice di vecchiaia, per effetto del processo demografico in atto, è destinato a continuare a crescere in misura evidente nei prossimi anni. Infatti, come successivamente illustrato nella comparazione dei dati della popolazione residente fra gli anni 1991, 2001 e 2009, la crescita progressiva di tale indice è già in atto.

Tabella: Variazione Popolazione, Indice di Vecchiaia e di Dipendenza per Comune.

COMUNI DELL'AMBITO ORTONESE	POPOLAZIONE RESIDENTE			INDICE DI VECCHIAIA			INDICE DI DIPENDENZA		
	Pop. 1991	Pop. 2001	Pop. 2009	Indice di Vecchiae a 1991	Indice di Vecchiae a 2001	Indice di Vecchiae a 2009	Indice Dipend. 1991	Indice Dipend. 2001	Indice Dipend. 2009
Ari	1413	1346	1237	226	308,2	268,3	60	77,9	71,1
Arielli	1265	1231	1178	168	194,0	210,9	50	58,0	57,3
Canosa Sannita	1586	1532	1492	169	236,9	242,3	53	61,0	62,7
Crecchio	3184	3146	3065	145	210,8	246,6	48	60,6	57,8
Filetto	1224	1167	1033	227	266,9	273,5	58	78,5	69,1
Giuliano Teatino	1367	1326	1350	176	231,3	214,9	57	69,5	60,1
Orsogna	4111	4006	4151	162	174,0	180,5	55	59,6	61,4
Ortona	22601	23527	23876	120	147,9	166,4	49	58,3	52,6
Poggiofiorito	1028	947	985	140	193,9	195,0	57	65,5	55,4
Tollo	4130	4189	4243	132	181,5	193,6	46	59,6	55,0
TOTALE	41909	42417	42610	137	171,8	186,7	51	60,6	53,6

La variazione della popolazione registrata in questi ultimi 18 anni non è omogenea. Nei Comuni territorialmente limitrofi alla fascia costiera adriatica, quali Ortona e Tollo, la popolazione complessiva è sostanzialmente aumentata rispettivamente del 5,3% e del 2,7%, invece in tutti gli altri Comuni territorialmente più interni l'andamento demografico presenta un decremento determinato dal calo piuttosto accentuato del tasso di natalità. Tale fenomeno è particolarmente vistoso specie nel Comune di Filetto che presenta un decremento della popolazione residente negli ultimi 18 anni del 18,5% ed Ari con un decremento del 14,2%.

Per quanto riguarda la variazione dell'indice di vecchiaia fra gli anni 1991, 2001 e 2009, l'andamento è crescente in tutti i Comuni del territorio in oggetto, anche se presenta una dispersione intorno alla media piuttosto ampia. Tale dato costituisce una conferma diretta della presenza del fenomeno dell'invecchiamento costante della popolazione, anche se l'andamento di tale processo demografico è piuttosto disomogeneo nei diversi Comuni dell'Ambito.

La vecchiaia viene dai più vissuta e immaginata come un luogo dove si concentrano solo aspetti negativi e dove i rapporti di dipendenza perdono i tratti di accettabilità per assumere quelli dell'inutilità e dell'accidentalità. Nell'infanzia e nell'adolescenza il tratto della dipendenza viene associato alla necessità di dare aiuto e protezione a chi è impegnato nella fase evolutiva. Le condizioni psicologiche e sociali dell'anziano che si trova in posizione di dipendenza sono ben diverse: egli non è in una fase di passaggio, bensì è relegato in una posizione definitiva che necessita di cure e assistenza.

Altro dato fondamentale da acquisire per un completo profilo sociale locale del bisogno di assistenza 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.

Tabella: Portatori di handicap al 31/12/2008

COMUNI DELL'AMBITO ORTONESE	MINORI		18-65 ANNI		ULTRA 65 ANNI		TOTALE
	H	HG	H	HG	H	HG	
Ortona	28	39	177	169	74	520	1007
Arielli	3	2	15	16	12	17	65
Canosa Sannita	5	3	16	24	8	36	92
Crecchio	3	6	18	22	21	66	136
Orsogna	10	15	27	27	18	57	154
Poggiofiorito	2	0	12	4	5	14	37
Tollo	4	10	40	34	52	119	259
TOTALE	55	75	305	296	190	829	1750

Fonte: Dati Distretto Sanitario di Base di Ortona - ASL di Lanciano-Vasto-Chieti

Per quanto riguarda, invece, la distribuzione in fasce di età emerge che la maggior parte dei portatori di handicap del territorio di riferimento ha un'età maggiore ai 65 anni. Tale dato mette in evidenza come spesso la vecchiaia sia tristemente correlata anche ad un aumento delle patologie invalidanti che riducono l'autonomia personale e sociale dell'individuo.

Altro problema sempre più diffuso e presente nella società odierna è quello relativo al disagio sociale che va ad accrescere in maniera esponenziale il disagio esperito dai soggetti in cura psichiatrica e insito nella natura stessa della malattia mentale. In particolare i dati forniti dal Centro di Salute Mentale di Ortona, permettono di evidenziare quanti cittadini negli anni 2007, 2008 e 2009 hanno usufruito di cure psichiatriche.

La popolazione che ha usufruito di cure presso il CSM di Ortona è stata di 854 nell'anno 2007, di 809 nell'anno 2008 e di 891 nel 2009, pari a circa il 2% della popolazione totale. Per quanto riguarda la differenziazione territoriale, il numero maggiore di pazienti è presente nel Comune di Ortona, seguito dai Comuni di Tollo e Crecchio, situazione che rispecchia abbastanza fedelmente la diversa grandezza dei Comuni.

Tabella: Utenza del Centro di Salute Mentale di Ortona - Anni 2007 - 2008 - 2009

COMUNI AMBITO ORTONESE	ANNO DI RIFERIMENTO 2007				ANNO DI RIFERIMENTO 2008				ANNO DI RIFERIMENTO 2009			
	0-17	18-64	>= 65	Tot.	0-17	18-64	>= 65	Tot.	0-17	18-64	>= 65	Tot.
Ortona	4	300	235	539	0	280	218	498	0	306	229	535
Ari	0	7	3	10	0	4	2	6	0	6	5	11
Arielli	0	11	10	21	0	5	9	14	0	4	6	10
Canosa Sannita	0	13	7	20	0	19	7	26	0	19	8	27
Crecchio	0	57	25	82	0	48	22	70	0	62	45	107
Filetto	0	2	1	3	0	2	2	4	0	5	1	6
Giuliano	0	9	5	14	0	9	5	14	0	9	7	16
Teatino												
Orsogna	0	33	17	50	1	35	22	58	0	36	20	56
Poggiofiorito	0	11	5	16	0	11	5	16	0	13	6	19
Tollo	0	54	45	99	0	40	63	103	0	54	50	104
TOTALE	4	497	353	854	1	453	355	809	0	514	377	891

Fonte: Dati Centro di Salute Mentale di Ortona - A.SL di Lanciano-Vasto-Chieti

La popolazione che ha usufruito di cure presso il CSM di Ortona è stata di 854 nell'anno 2007, di 809 nell'anno 2008 e di 891 nel 2009, pari a circa il 2% della popolazione totale. Per quanto riguarda la differenziazione territoriale, il numero maggiore di pazienti è presente nel Comune di Ortona, seguito dai Comuni di Tollo e Crecchio, situazione che rispecchia abbastanza fedelmente la diversa grandezza dei Comuni. Per quanto riguarda la fascia di età dei pazienti psichiatrici, la maggior parte appartiene alla fascia di età adulta (18-64 anni) rispetto a quella anziana con un'età maggiore ai 65 anni.

Tale scenario impone la necessità di individuare un sistema di offerta socio-assistenziale che sappia dare risposte efficaci e appropriate lungo tutto il percorso assistenziale degli utenti al fine di garantire prestazioni socio-assistenziali di natura domiciliare a favore delle famiglie con anziani, portatori di handicap o persone con stati di disagio specifici in modo da favorire il mantenimento presso il proprio domicilio della persona

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

Ente / Organismo / Associazione	Tipo di collaborazione	Ruolo dei singoli partners coinvolti	Modalità organizzative
A.S.L. Chieti Distretto Sanitario di Ortona Centro di Salute Mentale di Ortona Ambulatorio Psico- Geriatrico del Distretto di Ortona Medici di Medicina Generale	Come da Accordo di Programma <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrazione socio-sanitaria per l'attività di Assistenza Domiciliare. ▪ UVM per la stesura dei PAI per gli utenti che presentano bisogni complessi di natura socio-sanitaria 	- Direttore di Distretto provvederà al coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nella rete di erogazione dei servizi di natura socio-assistenziale. - UVM collaborerà all'integrazione nei P.A.I. dei servizi di natura socio-assistenziali dove necessario. - I referenti del CSM interverranno per gli utenti psichiatrici sia domiciliari che bisognosi di interventi individualizzati.	La modalità organizzativa atterrà alla predisposizione di un coordinamento tecnico della parte sanitaria e della parte sociale con la partecipazione del Direttore del Distretto e del Coordinatore Tecnico del Piano di zona alla fase di predisposizione delle azioni da realizzare.

		- Psicologa psico-geriatrica per la valutazione dell'anziano e l'invio al Servizio Sociale Professionale di Ambito - Medici di Medicina Generale attiveranno procedure per facilitare il ritiro di ricette mediche	
FARMACIE del territorio	Previsione di stipula di accordo di collaborazione ad approvazione del progetto	- I Farmacisti prevedranno la possibilità di creare canali "alternativi" di erogazioni delle prestazioni di loro competenza agli utenti del progetto.	La modalità organizzativa sarà definita in fase di stipula dell'accordo di collaborazione
Associazioni familiari e di volontariato	Previsione di stipula di accordo di collaborazione ad approvazione del progetto	- Gli associati nello svolgimento delle loro funzioni potranno individuare le famiglie che si trovano in condizioni di difficoltà e di attivare le prime iniziative per favorire l'accesso ai servizi -	La modalità organizzativa sarà definita in fase di stipula dell'accordo di collaborazione

partecipazione delle famiglie nella fase di ideazione e gestione del progetto

Al riguardo si ritiene opportuno specificare che sono previste, per la realizzazione e gestione del progetto, la partecipazione e consultazione di tutti i servizi e le professionalità che operano in integrazione/collaborazione con l'Ambito Sociale "Ortonese", sia tramite Accordo di Programma e che tramite Convenzioni o Intese di collaborazione, al fine di coinvolgere attivamente tutti gli operatori che quotidianamente entrano in contatto con le famiglie del territorio.

Questa rete di collaborazioni si è rilevata preziosa soprattutto nella fase di predisposizione della presente proposta progettuale, poiché hanno avuto la funzione di essere osservatorio privilegiato dei bisogni e delle richieste delle famiglie del territorio.

In particolare i servizi presenti a livello territoriale e che hanno svolto un ruolo di ascolto delle esigenze delle famiglie sono stati i seguenti:

1. SEGRETARIATO SOCIALE e PUNTO UNICO DI ACCESSO

L'attività di Segretariato sociale e di PUA è stata 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.

2. SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE e UVM

Le funzioni del servizio sociale professionale e dell'UVM sono state 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.

3. ASSISTENZA ANZIANO "FRAGILE" CON DISTURBI PSICO-COMPORTAMENTALI

Attivazione Ambulatorio Psicogeriatrico a gestione integrata DSB e CSM con specifiche modalità di accesso su invio del M.M.G. o del Servizio Sociale o del Segretariato Sociale. L'Ambito attiva interventi di assistenza domiciliare rivolti all'anziano in carico all'Ambulatorio Psicogeriatrico.

4. SERVIZIO DI TELEASSISTENZA E TELESOCCORSO

Il servizio si realizza attraverso l'attivazione di un sistema di assistenza telematica e/o telefonica a domicilio, idoneo a garantire sia la pronta disponibilità a ricevere le segnalazioni dell'utente anziano in caso di emergenza, sia un contatto programmato con l'assistito. Il servizio presenta un

alto livello di integrazione socio-sanitaria e si raccorda con i servizi di pronto intervento sociale e pronto soccorso.

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

Il principale risultato che la presente proposta d'intervento si propone di conseguire è quello di favorire la permanenza nel proprio domicilio all'utenza anziana, disabile e/o disagiata, evitando la l'istituzionalizzazione e l'isolamento. Gli interventi posti in essere consistono in prestazioni socio-assistenziali fornite a domicilio, seguendo una progettazione personalizzata, che tendono a contrastare l'emarginazione dell'anziano, del disabile e della persona disagiata nel soddisfacimento dei bisogni primari.

Peraltro, le azioni proposte, si inseriscono in un contesto di rete socio-sanitaria a sostegno della domiciliarità e delle famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone anziane, disabili e/o disagiate.

Sostanzialmente i principali risultati attesi sono:

- ❑ evitare l'istituzionalizzazione, garantendo la permanenza della persona anziana, disabile e/o disagiata nel proprio ambiente di vita;
- ❑ contribuire insieme alle altre risorse presenti sul territorio ed elevare la qualità della vita evitando fenomeni di isolamento;
- ❑ organizzare un servizio di assistenza con un percorso progettuale personalizzato e integrato (socio-sanitario), finalizzato a sviluppare tutte le risorse potenziali dell'individuo;
- ❑ porre la famiglia al centro del sistema dei servizi sociali ricreando attorno alla persona portatrice di un bisogno complesso una rete di supporto assistenziale e parentale affidabile rendendola autonoma;
- ❑ supportare la famiglia evitando il bournout conseguente al gravoso impegno psico-fisico che comporta la cura costante e quotidiana.

dettaglio delle fasi di realizzazione e modalità attuative

FASI DI REALIZZAZIONE	MODALITÀ ATTUATIVE	DURATA
<p>1. Fase divulgativa dell'intervento progettuale e individuazione utenza potenziale</p>	<p>Predisposizione del materiale informativo dell'intervento progettuale secondo codici comunicative e canali distributivi idonei al raggiungimento di tutta l'utenza potenziale presente a livello territoriale (anziani, disabili e/o disagiati).</p> <p>L'utente potenziale può richiedere l'intervento attraverso la compilazione della "Scheda di Richiesta Servizio" relativa, che sarà resa disponibile presso tutti i Segretariati Sociali dei Comuni facenti parte dell'Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" e sarà scaricabile dal sito www.eas28.it nell'area delle informazioni agli utenti.</p> <p>Il Segretariato sociale, coadiuvato dai Coordinatori di Area Sociale Anziani e Disabili, effettuerà una prima valutazione di ammissibilità della domanda alla procedura di assegnazione del servizio. In caso di valutazione positiva si provvederà all'invio della domanda alla relativa équipe multidisciplinare di competenza per la valutazione professionale e</p>	<p>1 mese</p>

	interprofessionale del bisogno.	
2. Fase di predisposizione delle progettualità individualizzate di prestazioni socio-assistenziali da erogare a domicilio	<p>A seconda della tipologia di utenza che avrà presentato domanda di richiesta servizio e della congruenza rispetto ai requisiti richiesti, si provvederà ad attivare l'equipe multidisciplinare di competenza del caso per la predisposizione di specifiche progettualità di prestazioni socio-assistenziali da erogare a domicilio.</p> <p>Per la stesura del progetto individualizzato di prestazioni socio-assistenziali si procederà attraverso l'analisi e studio del bisogno manifestato dall'utente e/o dalla famiglia dell'utente e rilevato attraverso visite domiciliari dell'assistente sociale del Servizio Sociale professionale di Ambito.</p> <p>Dopo attenta analisi si procederà alla predisposizione del progetto individualizzato che dovrà prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la lettura funzionale del caso; - la definizione delle aree assistenziali d'intervento; - il raggiungimento di una gerarchia di obiettivi; - la definizione delle azioni e degli interventi assistenziali e le sue modalità di realizzazione; - la descrizione del compito/competenze dell'operatore; - il monitoraggio dell'intervento. 	1 mese
3. Fase di erogazione delle prestazioni socio-assistenziali individualizzate	<p>A seguito del lavoro integrato realizzato dai componenti dell'équipe multidisciplinare, il Coordinatore di Area Sociale di competenza, procederà alla ricerca, all'attivazione e alla gestione delle risorse di rete per la realizzazione di quanto specificato nel progetto individualizzato elaborato.</p> <p>In primo luogo il Coordinatore di Area Sociale provvederà a pianificare il colloquio di sostegno e di restituzione all'utente e/o alla famiglia dell'utente sulla rete assistenziale da realizzare, poiché il contatto/contratto fra la persona e il servizio per l'attuazione del progetto o dell'intervento personalizzato è un elemento importante della qualità di processo della presa in carico.</p> <p>In secondo luogo il Coordinatore di Area Sociale provvederà ad attivare le risorse di rete per la realizzazione del progetto, attraverso le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - invio ad altri Servizi presenti sul territorio per l'erogazione di specifiche prestazioni (Comune, A.S.L., Associazioni di Volontariato, ecc.); - erogazione di servizi ed interventi socio-assistenziali previsti dal Piano di Zona, PLNA dell'Ambito o da altre leggi di settore che prevedono la gestione d'Ambito; - attivazione di specifiche prestazioni socio-assistenziali finalizzate allo specifico bisogno rilevato e valutato. <p>Oltre ai tradizionali servizi di assistenza domiciliare di</p>	10 mesi

	<p>cura della persona o dell'abitazione, i servizi aggiuntivi programmati sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Telespesa;</i> • <i>Pagamento di bollette;</i> • <i>Accompagnamento per disbrigo pratiche e ritiro pensione;</i> • <i>Espletamento pratiche per prenotazioni di visite mediche, terapie o prelievi;</i> • <i>Ritiro ricette mediche;</i> • <i>Consegna farmaci a domicilio;</i> • <i>Accompagnamento presso strutture socio-sanitarie nel comune di residenza;</i> • <i>Telefono amico;</i> • <i>Mensa a domicilio;</i> • <i>Teleprenotazione.</i> <p>Gli utenti avranno accesso ai servizi attraverso un numero verde totalmente gratuito con il quale prenotare la prestazione anch'essa completamente gratuita.</p>	
--	--	--

4. risorse organizzative e strumentali

<p>Le risorse organizzative e strumentali saranno messe a disposizione dall'Ufficio di Piano dell'Ente di Ambito Sociale n. 28 "Ortonese", anello di congiunzione tra gli indirizzi e gli orientamenti politici, amministrativi e tecnici da seguire e i bisogni sociali e le esigenze dei cittadini-utenti. Infatti, le attività dell'Ufficio di Piano che metterà a disposizione sono proprio quelle deputate alla realizzazione e verifica di tutte le funzioni specifiche di un Ambito Sociale, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'analisi della domanda sociale e dei bisogni espressi dal territorio; - la programmazione degli interventi e dei servizi sociali; - la gestione diretta dei servizi; - la valutazione dei servizi erogati; - la qualità del sistema. <p>L'Ufficio di Piano è il gruppo amministrativo e tecnico-organizzativo di lavoro, la cui attività di progettazione esecutiva, gestione e monitoraggio per lo sviluppo di un sistema a rete dei servizi socio-sanitari sul territorio di riferimento, è finalizzata alla programmazione sociale e alla attuazione del Piano Sociale di Zona e di tutti gli altri interventi sociali su scala di Ambito.</p> <p>L'Ufficio di Piano è composto da risorse umane adeguate a rispondere al fabbisogno di competenze amministrative e tecniche e di capacità professionali necessarie per svolgere efficacemente ed efficientemente le funzioni ed i compiti assegnati all'Ufficio stesso, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - programmazione e progettazione sociale; - organizzazione dei servizi sociali per tutte le aree prioritarie richiamate dal Piano Regionale delle Politiche Sociali; - programmazione e integrazione sociosanitaria; - programmazione finanziaria, gestione economica e rendicontazione; - predisposizione di tutti gli atti e gli adempimenti amministrativi necessari ad attuare il Piano di Zona, nel rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti; - gestione dei servizi pubblici sociali, contrattualistica e appalti; - ricerca sociale per l'analisi dei bisogni, della domanda e della offerta sociale, per la rilevazione della qualità, e analisi statistica; - l'attivazione del sistema informativo del Piano di Zona sostenendo la realizzazione della messa in rete delle diverse realtà territoriali; - la progettazione e la realizzazione di materiale e strumenti informativi a favore dell'utenza in

collaborazione con i mezzi di comunicazione;

- la costruzione di una vera e propria metodologia di lavoro per progetti integrati e personalizzati in base alle reali esigenze degli utenti dei servizi;
- la predisposizione in accordo con i servizi sociali e sanitari dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare;
- la raccolta delle informazioni e dei dati al fine della realizzazione di sistema di monitoraggio e valutazione.

Gli unici strumenti che si prevede di acquistare per il proficuo svolgimento delle attività progettuali sono:

1. materiale informativo dell'intervento: si prevede di realizzare un'adeguata campagna informativa delle risorse messe a disposizione dal presente intervento progettuale su tutto il territorio di riferimento dell'Ambito Ortonese, in modo che tutti gli utenti potenziali sono messi in condizione di esigere i servizi previsti e soddisfare i loro bisogni di natura assistenziale per mantenere la propria autonomia a livello domiciliare.
2. numero verde per effettuare le chiamate di prenotazione del servizio: si prevede di utilizzare l'attuale convenzione con la società che gestisce la fornitura di un numero verde per gli utenti del servizio di Telesoccorso/Teleassistenza e integrarla con la possibilità di estendere l'uso del numero verde anche agli utenti potenziali del presente progetto per effettuare le chiamate per poter usufruire delle prestazioni socio-assistenziali a domicilio.

5. risorse professionali

Le risorse professionali messe a disposizione dall'Ufficio di Piano dell'Ente di Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" non graveranno a livello economico sul presente progetto e sono le seguenti:

- Responsabile Amministrativo - Dirigente del IV Settore del Comune di Ortona: per l'assolvimento di tutti gli adempimenti di natura amministrativa del progetto.
- Coordinatore Tecnico del Piano di Zona - Responsabile Ufficio InformaGiovani del Comune di Ortona: per l'assolvimento di tutti gli adempimenti di natura tecnico-organizzativa del progetto.
- Coordinatore di Area Sociale Anziani dell'Ufficio di Piano: per l'analisi delle richieste servizio pervenute, la verifica dei requisiti di accesso e la predisposizione degli incontri integrati per la pianificazione delle prestazioni da erogare all'utente secondo un piano individualizzato di prestazioni socio-assistenziali domiciliari;
- Coordinatore di Area Sociale Disabili dell'Ufficio di Piano: per l'analisi delle richieste servizio pervenute, la verifica dei requisiti di accesso e la predisposizione degli incontri integrati per la pianificazione delle prestazioni da erogare all'utente secondo un piano individualizzato di prestazioni socio-assistenziali domiciliari;
- Operatrice amministrativa dell'Ufficio di Piano: per la predisposizione di tutti gli atti di natura amministrativa e per la distribuzione e controllo dei voucher per l'acquisto delle prestazioni di natura socio-assistenziale a domicilio;
- Addetta alle banche dati: per l'immissione dei dati relativi alle richieste servizio dei potenziali utenti e la tenuta del monitoraggio numerico del progetto;
- Lo staff tecnico di supporto per la 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.

Le risorse umane relative alle Assistenti Domiciliari non è personale dell'Ente di Ambito Sociale n. 28 "Ortonese", ma sarà personale messo a disposizione dalle Cooperative operanti sul territorio e iscritto all'Albo delle Cooperative accreditate a fornire servizi di natura assistenziale. In questo modo l'utente ha la possibilità di individuare la Cooperativa a lui più consona e spendere i propri

voucher assistenziali presso di essa secondo quanto previsto dal Piano individualizzato di prestazioni socio-assistenziali stilato per ogni utente.

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

monitoraggio fasi	valutazione di risultato fasi
1. Fase divulgativa dell'intervento progettuale e individuazione utenza potenziale	- Valutazione quantitativa e qualitativa delle azioni informative dell'utenza potenziale dell'intervento attraverso criteri di monitoraggio da applicare all'analisi delle domande di "Richiesta Servizio" ricevute dall'utenza del territorio.
2. Fase di predisposizione delle progettualità individualizzate di prestazioni socio-assistenziali da erogare a domicilio	- Valutazione quantitativa e qualitativa delle progettualità individualizzate predisposte attraverso incontri semestrali realizzati dal Coordinatore di Area Sociale con gli specialisti coinvolti in fase di predisposizione dell'intervento
3. Fase di erogazione delle prestazioni socio-assistenziali individualizzate	- Valutazione del tipo di attività che si è realizzato attraverso incontri semestrali realizzati dal Coordinatore di Area Sociale con gli specialisti coinvolti in fase di predisposizione dell'intervento - Valutazione dei risultati raggiunti con la realizzazione dell'intervento attraverso visite domiciliari realizzate dal segretariato sociale e/o dall'assistente del Servizio Sociale professionale - Impatto delle azioni (<i>Customer Satisfaction</i>) degli utenti destinatari degli interventi

7. altro

L'intervento progettuale si collega pienamente al sistema organizzativo dell'Ente di Ambito Sociale n. 28 "Ortonese" e nello specifico al sistema organizzativo di erogazione dei servizi di assistenza domiciliare per anziani, per disabili e per soggetti con disturbi mentali dell'Ambito. Inoltre il presente intervento si collega alla rete delle risorse dei servizi realizzati in integrazione socio-sanitaria, quali:

- Punto Unico di Accesso;
- UVM integrata per la predisposizione dei P.A.I.;
- Assistenza Domiciliare Integrata (Adi);
- Ambulatorio Psico-geriatrico;
- Servizi di Salute mentale;
- Servizio sociale professionale.

8. costo complessivo del progetto

importo del progetto (vedi limite massimo previsto da ciascuna Sezione di intervento del Piano 2010)	contributo 60% per la Sezione A 60% per la Sezione B 70% per la sezione C	cofinanziamento 40% per la Sezione A 40% per la Sezione B 30% per la sezione C
€ 20.000,00	€ 12.000,00	€ 8.000,00

9. preventivo di spesa:

	voci di costo	importo
a) personale	Assistente domiciliare Acquisito servizio tramite voucher dell'importo di € 12,50 ogni n. 1 ora di prestazione Totale n. 1400 ore	€ 17.500,00
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
b) spese funzionamento e gestione	Predisposizione, stampa e distribuzione del materiale informativo per l'utenza	€ 1.000,00
	Costo delle chiamate al numero verde per la prenotazione del servizio	€ 1.500,00
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
c) altro		€
		€
		€
		€
		€
		€
COSTO TOTALE DELL'INTERVENTO		€ 20.000,00



Direzione POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO, DELLA FORMAZIONE E ISTRUZIONE, POLITICHE SOCIALI
Servizio "Gestione politiche sociali. Rapporti con ASP. Cooperazione sociale.
Osservatorio sociale regionale"

Ufficio "Gestione del Piano Sociale Regionale e degli interventi di politiche sociali"

Luogo e data 20.01.2010

firma del Responsabile del progetto o del
Legale rappresentante
