

DOCUMENTO DI DEFINIZIONE DEL PROGETTO DI CO-PROGETTAZIONE

ai sensi dell'art. 55 del D.lgs. n. 117/2017 di interventi nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti - SUB-INV. 1.1.3 - Rafforzare i servizi sociali domiciliari per garantire una dimissione assistita precoce e prevenire il ricovero in ospedale, finanziato dall'Unione Europea - Next Generation Eu - CUP D34H22000500007.

COMUNE DI CREMONA – DIREZIONE POLITICHE SOCIALI A.T.I. – Cooperativa Cospes e Cooperativa Dolce

Premessa:

A seguito della pubblicazione da parte del Comune di Cremona, in qualità di Ente Capofila dell'Ambito Sociale Cremonese, dell'avviso di procedura per l'individuazione di Enti del Terzo Settore disponibili alla co-progettazione, ai sensi dell'art. 55 del D.lgs. n. 117/2017 di interventi nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti - SUB-INV. 1.1.3 - Rafforzare i servizi sociali domiciliari per garantire una dimissione assistita precoce e prevenire il ricovero in ospedale, finanziato dall'Unione Europea - Next Generation Eu - CUP D34H22000500007, Cooperativa Cospes e Cooperativa Dolce, enti gestori accreditati nel Distretto Cremonese per i servizi afferenti all'area anziani quali Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD e SADH), Servizio di Dimissioni protette, Servizio di C-DOM (Cure domiciliari), hanno risposto all'avviso in oggetto come Soggetto Aggregato (A.T.I.), per valorizzare ed implementare le loro competenze in materia e le buone prassi acquisite nei molti anni di esperienza e radicamento territoriale.

Inoltre, il raggruppamento è opportunità per ricomporre le sinergie e le collaborazioni che, come singole realtà, portiamo in dote con altri attori del Terzo Settore, quali cooperative e associazioni di volontariato. Si pensi ad esempio alle tematiche del trasporto/mobilità sociale, per garantire l'accessibilità alle cure e ai servizi di welfare, o ancora alla funzione di prossimità e di antenna dei bisogni del custode/maggiordomo sociale, deputata alla presa in carico leggera del cittadino anziano e fragile.

La presente proposta progettuale verrà realizzata esclusivamente nel territorio afferente all'Ambito Territoriale Sociale Cremonese.

Progettualità Ambito Territoriale Cremonese

Finalità

La situazione attuale del contesto cremonese, sia in termini demografici (Cremona è tra le province più vecchie non solo in Lombardia, ma anche in Italia), sia in termini di tipologia di bisogni – carenza di rete parentale, conformazione geografica del territorio e accentramento dei servizi nel contesto urbano, scarsa e difficoltosa infrastruttura stradale, aumento del rischio di isolamento sociale – rende urgente un investimento di politiche e di interventi al fine di contrastare e quindi procrastinare nel tempo l'istituzionalizzazione degli anziani e degli adulti non autosufficienti, in particolare nella fase temporale del post ricovero e ritorno a domicilio. Pertanto, l'obiettivo generale è garantire una transizione sicura ed efficace a favore di anziani non autosufficienti al momento della dimissione dalla degenza ospedaliera o da strutture residenziali e di persone con media grave fragilità, ai fini di preservare e consolidare le autonomie residue presso il proprio domicilio ed evitare l'istituzionalizzazione. Non solo, in questi ultimi anni il lavoro sui servizi ha incrociato bisogni afferenti alla fragilità anagrafica (anziani) correlati ad una fragilità abitativa, tale da aumentare la complessità dell'intervento e della cura.

Il progetto intende quindi sperimentare l'intercettazione e quindi la presa in carico anche di questa tipologia di utenza, connettendo l'intervento e la competenza domiciliare con la rete dei Soggetti preposti all'housing temporaneo e/o sociale. L'approccio integrato e personalizzato è garante di una transizione confortevole verso il proprio domicilio; riduce l'istituzionalizzazione permanente, nonché il numero di accessi al pronto soccorso e i ricoveri reiterati.

Questa progettualità si ispira al Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 e all'Investimento 1.1 della Missione 5 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), concentrandosi sull'azione specifica Sub INV 1.1.3.

Tale riferimento normativo fornisce una solida base per lo sviluppo e l'implementazione del programma, garantendo l'allineamento con le priorità nazionali e regionali nel settore dell'assistenza agli anziani e nel sostegno ai propri familiari senza tralasciare la specificità dei diversi contesti territoriali all'interno dell'ambito interessato.

Obiettivi

1. Garantire una transizione sicura ed efficace per gli anziani e degli adulti non autosufficienti al momento della dimissione dall'assistenza ospedaliera o da strutture residenziali riabilitative o similari.
2. Offrire un approccio integrato e personalizzato per garantire una transizione confortevole verso il proprio domicilio.
3. Ridurre l'istituzionalizzazione permanente presso strutture.
4. Diminuire il numero di accessi al pronto soccorso e i ricoveri reiterati.
5. Rafforzare l'offerta di servizi di assistenza domiciliare socioassistenziale con particolare attenzione alle situazioni di ritiro sociale e fragilità abitativa.
6. Aumentare le competenze del personale domiciliare.

Destinatari

I destinatari sono persone anziane over 65 residenti nell'Ambito cremonese, non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone di età under 65 non supportate da rete formale o informale adeguata, per i quali gli interventi sono rivolti al rientro ed alla permanenza al domicilio.

Persone senza dimora o in condizioni di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio dell'Ambito che a seguito di episodi acuti (accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri)

necessitano di assistenza nella cura della persona in strutture di accoglienza per un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute.

Attività e area di intervento

Le attività progettuali connesse agli obiettivi vengono di seguito descritte in forma sintetica:

1. Valutazione multidimensionale delle esigenze dell'anziano o dell'adulto non autosufficiente al fine di sviluppare un piano personalizzato di dimissione e assistenza domiciliare.
2. Coinvolgimento attivo del paziente e dei suoi familiari nel processo decisionale, garantendo un supporto emotivo e informativo.
3. Coordinamento tra gli operatori sociosanitari, i servizi sociali e attivazione delle risorse comunitarie territoriali (filiera del terzo settore, associazionismo, volontariato) per garantire un supporto continuo e completo dopo la dimissione.
4. Erogazione di servizi domiciliari, come prestazioni di cura personale, assistenza infermieristica, fisioterapia, supporto psicologico attraverso le cure domiciliari integrate.
5. Monitoraggio regolare della salute e del benessere dell'anziano o dell'adulto non autosufficiente per prevenire complicanze e ridurre la necessità di accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri.

La domiciliarità post ricovero si articola nelle seguenti fasi:

1. Valutazione delle Esigenze Individuali

L'uscita di un paziente non autosufficiente dalla struttura ospedaliera è un momento cruciale che richiede un'attenta pianificazione e valutazione delle sue esigenze. Questa fase critica richiede una valutazione approfondita e multidisciplinare per garantire un adeguato supporto fisico, psicologico e sociale per il paziente appena dimesso.

La valutazione del caso potrà prevedere il coinvolgimento di diverse figure professionali quali ad esempio medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti del Sistema Pubblico e Referente ATI (figura della ATI dedicata appositamente per tale progettualità) e Oss/Asa con esperienza nell'assistenza domiciliare, nelle diverse fasi della valutazione integrata del beneficiario degli interventi. Questo permette di considerare una vasta gamma di aspetti, tra cui le condizioni fisiche, lo stato psicologico e le risorse sociali disponibili, oltre che la valutazione abitativa del paziente stesso.

- a) **Bisogni Fisici:** la valutazione dei bisogni fisici si concentrerà sulla salute generale del paziente, ad opera dei diversi attori competenti per materia, comprese le condizioni mediche preesistenti, le lesioni recenti o in via di guarigione e le necessità di assistenza quotidiana, come la gestione delle medicine, l'alimentazione e l'igiene personale. Inoltre, si terrà conto della capacità motoria e della necessità di terapie riabilitative
- b) **Bisogni emotivo-relazionali:** è fondamentale considerare gli aspetti emotivo-relazionali del paziente, inclusi eventuali segni di depressione, ansia o confusione mentale. L'attenzione verso questi aspetti consentirà una facilitazione nell'entrare in relazione con lo stesso e potrà orientare gli interventi adeguandoli alla situazione specifica. Tenendo conto delle eventuali difficoltà emotive legate alla transizione dall'ambiente ospedaliero a quello domestico e a pianificare interventi appropriati per garantire il benessere del paziente
- c) **Bisogni Sociali:** la valutazione dei bisogni sociali esaminerà le autonomie residue, la presenza di un caregiver e sostegni disponibili per il paziente una volta a casa. Ciò include la rete familiare e di supporto, i servizi comunitari disponibili e le possibilità di un'adeguata assistenza domiciliare. L'obiettivo è garantire che il paziente abbia un ambiente sicuro e accogliente dove ricevere il supporto necessario.

2. Pianificazione dell'intervento

Sulla base della valutazione multidisciplinare, verrà sviluppato un piano personalizzato per il supporto post-dimissione del paziente. Questo piano includerà raccomandazioni specifiche di tipo sanitario in capo alla struttura dimettente e di tipo sociale a carico degli assistenti sociali e dello staff domiciliarità dell'ATI, nonché indicazioni su come accedere a servizi e risorse aggiuntive, se necessario.

Una valutazione approfondita delle esigenze individuali del paziente prima della dimissione ospedaliera è essenziale per garantire una transizione sicura e senza problemi verso l'ambiente domestico. Attraverso un approccio multidisciplinare e personalizzato, ogni paziente non autosufficiente o in condizione di fragilità riceverà il supporto necessario per vivere in modo adeguato e dignitoso dopo il suo ricovero in ospedale.

A seguito della valutazione saranno individuate le attività di tipo prestazionale e di sistema utili al rientro al domicilio del paziente, attività che potranno essere di diverso tipo e di diversa intensità sulla base dei bisogni valutati in sede di dimissione.

Sarà individuato un Case manager dell'A.T.I., che funga da riferimento per il paziente e da tramite con la parte pubblica. Lo stesso, dopo alcuni giorni dalla valutazione e dimissione riferirà all'équipe multidisciplinare circa le condizioni del beneficiario e l'andamento del progetto in vista della seconda valutazione dell'équipe.

A tal proposito si prevede una seconda valutazione a carico della micro-équipe, dopo alcuni giorni dalla valutazione e dalla dimissione ospedaliera per monitorare l'andamento del servizio e la corrispondenza con i bisogni della persona.

Si prevedono una serie di prestazioni al domicilio che, previa condivisione con l'équipe possano essere rimodulate, in base al cambiamento dei bisogni e del percorso di guarigione, oltre che rispettose del principio di autodeterminazione: la progettazione del percorso di supporto domiciliare non può prescindere dai desideri e dalla volontà del paziente.

Tali azioni saranno in capo alla gestione e al coordinamento dell'A.T.I. e potranno prevedere delle risorse comunitarie territoriali allo scopo di valorizzare la rete di collaborazioni che da anni l'A.T.I. porta avanti nelle sue diverse progettualità, sia di rimodulare le risorse economiche della progettazione stessa in condivisione con l'équipe.

La valutazione pre e post dimissione consente la programmazione e realizzazione delle seguenti attività prestazionali:

- **Prestazioni assistenziali:** saranno fornite prestazioni assistenziali direttamente presso il domicilio del paziente. Queste includeranno assistenza all'igiene della persona, cambio dei pannolini, monitoraggio base delle condizioni di salute, monitoraggio assunzione terapia farmacologica.
- **Cura degli ambienti e adeguamento degli spazi domestici:** si effettueranno interventi mirati per garantire un ambiente domestico sicuro. L'adeguamento degli spazi domestici per le persone fragili è una pratica essenziale per garantire non solo il loro comfort, ma soprattutto la loro sicurezza. Particolare attenzione dovrà essere data alle situazioni di degrado abitativo connesso al fenomeno dell'accumulo, che di fatto rendono impossibile il rientro a domicilio della persona e impediscono l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare. L'obiettivo sarà di intervenire su persone anziane/fragili che vivono sole al loro domicilio, prive di una rete naturale di riferimento o non adeguata, in condizioni di degrado igienico sanitario, abitativo e che richiedono l'attenzione coordinata delle diverse istituzioni competenti ad agire. Le problematiche e i disagi di questo tipo investono non solo la qualità della vita dei diretti interessati, ma anche quella dei vicini di casa e di interi condomini. Il problema viene



ricosciuto anche a livello di DSM V identificandolo come “disturbo da accumulo”. Tale problematica che va dall’incuria alla conservazione di quantità enormi di rifiuti, fino alla presenza di un numero importante di animali da compagnia (fenomeno definito come “animal hoarding”) richiede la realizzazione di interventi di sanificazione delle abitazioni e di ripristino condizioni di vivibilità per le persone coinvolte attraverso l’impiego di ditte specializzate. Molto spesso non si tratta solo di effettuare uno sgombero, ma è necessario instaurare un rapporto di fiducia con il beneficiario dell’intervento. In tali situazioni sarà funzionale l’affiancamento di personale dedicato adeguatamente formato in grado di agire da facilitatore del ripristino e mantenimento delle condizioni abitative adeguate. Tale figura avrà il compito di supportare il beneficiario nell’attività di sgombero e di ripristino, monitorare nel medio periodo il grado di tenuta della persona rispetto alle condizioni igieniche minime per la permanenza presso il proprio domicilio e per l’eccesso dei servizi domiciliari. Tale progettualità rappresenta l’occasione per addivenire al coinvolgimento delle realtà territoriali in grado di intervenire in tali contesti al fine anche di predisporre protocolli operativi condivisi.

- Disbrigo pratiche e accompagnamento alle visite mediche: sarà offerto supporto nell'affrontare pratiche amministrative e burocratiche, come la gestione di documenti medici e l'accesso a servizi e agevolazioni sociali. Oltre che un servizio di accompagnamento alle visite mediche e agli appuntamenti specialistici, sarà garantita all'anziano/fragile la possa di accedere alle cure necessarie in modo agevole e sicuro laddove sia sprovvisto di una rete significativa di riferimento, pur mantenendo l'obiettivo di stimolare e riattivare le reti di prossimità. Ove necessario si attiveranno i Servizi di trasporto attivi sul territorio tramite l’associazionismo locale.
- Spesa e preparazione pasti: sarà fornito supporto per l'acquisto di generi alimentari e la preparazione dei pasti, garantendo che il beneficiario riceva una dieta equilibrata e adeguata alle proprie esigenze dietetiche. Ulteriore obiettivo sarà promuovere l'autonomia dello stesso avvicinandolo a servizi di consegna spesa al domicilio anche attraverso il coinvolgimento l'associazionismo locale. In casi specifici, ove i bisogni alimentari siano peculiari e connessi a particolari esigenze mediche si provvederà all’attivazione di pasti a domicilio tramite fornitori esterni, a partire da quelli con cui la rete è già in rapporto.
- Aiuto nella vita di relazione e costruzione di una rete informale di supporto: si offrirà sostegno per mantenere e ampliare le relazioni sociali del beneficiario, facilitando la partecipazione ad attività di socializzazione e la costruzione di una rete informale di supporto familiare e comunitario, in rete con le realtà associative e di volontariato territoriali, la filiera di housing cittadino e il sistema di centri diurni del territorio.

Area degli interventi domiciliari in Housing temporaneo e/o sociale

Come già ricordato nel documento di progetto, uno dei target della presente proposta, è quello delle persone con assenza o scarsa autonomia in situazione di post dimissione ma senza stabilità e continuità abitativa. Da anni come cooperative erogatrici di servizi domiciliari (SAD, C-DOM, Pronto Intervento Sociale) collaboriamo con gli staff delle diverse aree del Comune di Cremona e con i servizi sociali dei Comuni dell’Ambito per sostenere percorsi di maggiore precarietà, intercettati da presidi territoriali e servizi specialistici, al fine di rispondere ai primi bisogni di emergenza sociale, tra cui quella abitativa correlata all’assenza di rete di supporto. Il progetto intende sperimentare quindi l’attivazione di interventi in situazioni di domicilio temporaneo della persona attraverso un primo sostegno alle autonomie (igiene, disbrigo pratiche, orientamento ai servizi di welfare). Tale tipologia di intervento richiede una maggiore flessibilità dell’équipe sia nella programmazione che nella realizzazione delle attività, in quanto i bisogni sono tra loro correlati e quindi anche le risposte messe

in campo e gli attori e le risorse preposti al progetto di vita sono plurimi e afferenti a settori tra loro differenti.

Équipe Multidimensionale

Sarà costituita un'équipe composta da Referente per il Comune di Cremona, referente per Azienda Sociale Cremonese, Referente dell'ATI, referente per ASST.

L'équipe avrà il compito di definire i requisiti per l'identificazione dei beneficiari del progetto, valutare e monitorare gli interventi realizzati.

Si riunirà con appuntamenti cadenzati che saranno definiti all'interno della prima riunione operativa.

Si prevede l'individuazione di due coordinatori dell'équipe uno per l'Ambito di Cremona e uno per il Comune di Cremona. I coordinatori avranno il compito di verificare la sussistenza dei requisiti individuati rispetto ai possibili beneficiari.

I coordinatori mantengono contatto diretto con il Referente ATI a cui trasmettono la segnalazione pervenuta e quest'ultimo si attiva per la valutazione e la proposta di attivazione del progetto condiviso con l'équipe multidisciplinare, ne dà aggiornamento all'équipe e riferisce circa gli esiti.

Durata della prestazione

La durata dell'intervento sarà tendenzialmente di 2 settimane con la possibilità di estendere fino a 4 settimane per situazioni particolarmente complesse e/o legate ad una problematicità di accumulo.

Tempi di realizzazione del progetto

Si prevede di iniziare le attività progettuali a partire dal mese di novembre 2024. La conclusione è prevista per il mese di marzo 2026.

Risultati attesi

Saranno interessati almeno 63 persone di cui 13 in condizione di precarietà abitativa.

Area della formazione operatori

Si prevede per tutti gli operatori coinvolti in questa tipologia di progettazione un percorso di formazione, che sarà oggetto di una successiva e più approfondita analisi e condivisione degli argomenti, nonché delle modalità con l'ente capofila.

A partire dalle competenze integrate presenti in coprogettazione da parte dei soggetti accreditati, il progetto rappresenta un'ulteriore opportunità di potenziamento di conoscenze e di competenze in una logica di sistema multidisciplinare e multiservizi.

In coerenza con le finalità e gli obiettivi della linea di finanziamento PNRR di cui al presente progetto, il Comune di Cremona darà attuazione ad un rapporto di collaborazione con un soggetto esterno dotato di specifiche competenze in materia.

Lo scopo della formazione sarà il potenziamento delle competenze del sistema per cercare di ottimizzare la gestione di situazioni di complessità sociale, emerse in situazioni di post ricovero a domicilio, attraverso lo sviluppo di approcci precoci e multidimensionali tesi a garantire un'adeguata risposta personalizzata.

Gli obiettivi della formazione saranno il miglioramento della capacità di lettura e di rilevamento precoce dei bisogni dell'utente da parte degli operatori attraverso l'utilizzo di strumenti di analisi, l'implementazione delle capacità tecniche e operative del gruppo di lavoro, la promozione di un'attività multidisciplinare diretta ad convogliare le diverse competenze operative in piani di intervento condivisi e integrati.

Tra gli elementi infatti da attenzionare, nella formazione degli operatori che lavorano in percorsi di domiciliarità e/o di territorialità, sarà anche quello delle Case di Comunità e della integrazione sociosanitaria, fondamentale nella costruzione del progetto di vita delle persone in carico.

Il piano della formazione prevede il contributo di tecnici e consulenti esperti in ambito sociale, assistenziale e sanitario. Di seguito alcuni temi specifici dell'attività formativa in previsione:

Percorso di Aggiornamento con IP

All'interno di questo percorso attraverso la professionalità di personale infermieristico si vuole toccare temi come prevenzione delle lesioni da pressione/decubito, rilevazione parametri, alimentazione e idratazione adeguata, relazione con il familiare/caregiver dell'assistito, relazione e comunicazione con il personale Sanitario domiciliare presente al fine di avere un linguaggio unico e condiviso e poter partecipare alla cura in maniera collaborativa e congiunta.

Percorso di Aggiornamento con FKT

All'interno di questo percorso con Fisioterapista, si vuole porre l'attenzione su aggiornamento delle tecniche di mobilizzazione e gestione della mobilizzazione a domicilio (setting diverso rispetto a quello della struttura) e prevenzione di cadute dei pazienti, tecniche di addestramento del caregiver, e prevenzione infortuni per operatori.

Percorso Formativo/informativo Ausili domiciliari

All'interno di questo percorso si vogliono coinvolgere Ditte specializzate e/o ufficio Ausili/Protesi di ASST per illustrare agli operatori domiciliari le nuove tecnologie degli ausili. (valutare se coinvolgere anche alcuni caregiver) per la mobilizzazione del paziente (sollevatori, verticalizzatori di nuova generazione), letti ospedalieri, sedute per bagno, poltrone e carrozzine, ausili per auto, walker.

Oltre a sistemi digitali per la rilevazione parametri o di segnalazione emergenza (come salvavita o telesoccorso).

Questo percorso ha lo scopo di rendere gli operatori domiciliari in grado di informare/formare gli stessi i caregiver per indirizzarli meglio per la cura del proprio caro, garantendo una permanenza a casa sicura per tutti e adeguata ad ogni casa e contesto familiare.

Percorso di avvicinamento alle problematiche legate al disturbo di accumulo

Sarà prevista una formazione specifica in quanto trattasi di un problema complesso che consta di più parti interrelate, che influiscono una sull'altra. Il Disturbo da Accumulo sottende una relazione disfunzionale, oppure può essere sintomo o correlato ad un disturbo psichiatrico e ad un bisogno di controllo. È una problematica con varie sfaccettature:

- L'unicità della persona, che ha un rapporto disfunzionale con gli oggetti e/o con gli animali
- Problemi di Igiene relativa alla casa
- Problema di fruizione degli spazi abitativi
- Problemi di relazione con familiari e/o vicini di casa

Fondamentale è il lavoro di rete già a partire dal presidio ospedaliero dimettente talvolta unico rilevatore di condizioni igieniche non adeguate del paziente giunto in P.S.

Particolare attenzione dovrà essere posta sulla relazione di aiuto, strumento privilegiato di conoscenza e di azione che l'operatore utilizza nel suo lavoro. Spesso la persona è inconsapevole del proprio problema, i famigliari fanno fatica a riconoscerlo, spesso lo stesso soggetto non accetta la sua patologia o non si fida degli operatori, visti come minaccia per il mantenimento del suo equilibrio e del suo stato. È per questo che è prima di tutto necessario lavorare sull'aggancio e costruire una relazione di fiducia e d'aiuto sufficientemente buona da permettere al soggetto di affidarsi. Costruirla ha bisogno di tempo, di un percorso in sinergia con la rete.

I soggetti che andranno a realizzare il percorso di formazione saranno individuati attraverso la ricerca e l'analisi di precedenti buone prassi (esperienze e/o progettualità) realizzate rispetto a questa specifica problematica.

Piano delle risorse

Risorse Umane Impiegate dall'A.T.I.

- 1 Referente A.T.I.
- 26 Operatori Oss e Asa (il numero rappresenta la soglia massima dell'organico)
- 1 Assistente Sociale
- 2 Coordinatori organizzativo

Risorse Materiali e Strumentali dell'A.T.I.

- Segreteria Aperta dal lunedì al venerdì dalle 9,00 -16,00
- 2 automezzi e 1 bicicletta elettrica per gli spostamenti degli operatori
- Materiali per l'esecuzione dei servizi (materiali igienici, Dpi)
- Sede a disposizione degli operatori con postazioni telefoniche ed informatiche con possibilità di stampa di documenti e archiviazione delle cartelle dei singoli progetti

Modello organizzativo per la gestione delle attività amministrative

Da un punto di vista prettamente amministrativo, il raggruppamento dedica un componente dello staff dell'A.T.I. in modo da garantire il rispetto delle modalità e tempistiche stabilite dal PNRR ai fini delle rendicontazioni e monitoraggio delle attività; nello specifico il referente amministrativo avrà le seguenti funzioni:

- Interfaccia unico per le comunicazioni e gli aspetti contabili/amministrativi
- Rendicontazione periodica degli interventi svolti
- Monitoraggio dell'avanzamento di utilizzo del budget

Viene inoltre messo a disposizione un referente per l'ATI che garantisce l'assetto organizzativo del servizio, prevedendo anche incontri periodici con gli operatori domiciliari e i rispettivi referenti di cooperative coinvolte per una disamina condivisa sulle questioni organizzative e sostanziali del servizio, al fine di individuare strumenti finalizzati all'ottimizzazione e al potenziamento dell'efficacia degli interventi.

Il referente avrà il compito di garantire le seguenti funzioni:

- Gestione dei contatti diretti con la componente sociale dell'équipe multidisciplinare per una valutazione congiunta sulla proposta di sostegno domiciliare;
- Partecipazione ad incontri periodici con l'équipe multidimensionale i Referenti Territoriali per un confronto sulle eventuali criticità e i punti di forza, al fine di aumentare l'efficacia e l'incisività dei vari interventi.

Piano di monitoraggio, verifica e valutazione

È importante tracciare un disegno valutativo, che comprenda sia la fase del monitoraggio quantitativo sia quella più qualitativa di verifica e di avanzamento delle azioni di progetto rispetto agli obiettivi e risultati attesi.

A seguire si indicano una prima batteria di indicatori quali:

- Accessi in pronto soccorso ripetuti nelle fasi temporali post-dimissione, per misurare l'efficacia degli interventi di sostegno domiciliare alla persona e al nucleo familiare
- Tasso di incidenti domestici, per misurare la ripresa delle autonomie rispetto ai principali compiti della quotidianità
- Tasso di gradimento, per misurare il livello di soddisfazione dei beneficiari e del loro nucleo familiare rispetto agli interventi introdotti e alla loro funzionalità in rapporto al raggiungimento di una maggiore sicurezza a domicilio

Altri indicatori potranno essere definiti o integrati, con il supporto anche di strumenti di monitoraggio sintetici e integrati.

Prospetto utilizzo delle risorse

BUDGET PROGETTO di cui:	132.000 €
Erogazione di servizi domiciliari	118.000 €
Formazione del personale	14.000 €