



**Comune di Asola**  
Provincia di Mantova



**Richiesta della quota premiale per la programmazione sovrazonale prevista dalle Linee di indirizzo per la programmazione 2021-2023 DGR 19 aprile 2021 n. XI/4563**

Il sottoscritto BUSI GIORDANO in qualità di Rappresentante legale dell'Ente capofila dell'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona 2021-2023 dell'Ambito territoriale di ASOLA in rappresentanza di tutti i Comuni afferenti all'Ambito territoriale

**CHIEDE**

la quota premiale, a seguito della valutazione del Gruppo tecnico regionale, secondo quanto previsto dalla DGR 19 aprile 2021 n. XI/4563, per il raggiungimento degli obiettivi delle seguenti macroaree di policy programmati e realizzati a livello sovra zonale:

- A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale
- B. Politiche abitative
- C. Promozione inclusione attiva
- D. Domiciliarità
- E. Anziani**
- F. Digitalizzazione dei servizi
- G. Politiche giovanili e per i minori
- H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro
- I. Interventi per la famiglia
- J. Interventi a favore di persone con disabilità**

Titolo progetto: **MODELLO INNOVATIVO DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANCHE ATTRAVERSO L'USO DELLA CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA**

Si allega alla presente richiesta il Progetto per la realizzazione dell'obiettivo, secondo lo schema regionale, e la relativa documentazione di supporto.

Asola, 11/02/2022

Sindaco Comune di Asola  
*Giordano Busi*  
Documento firmato digitalmente  
ai sensi del D.lgs. 82/2005

### SCHEDA PROGETTO OBIETTIVO SOVRAZIONALE 3

**Titolo progetto:**

**Modello innovativo di integrazione socio sanitaria anche attraverso l'uso della Cartella Sociale Informatizzata**

#### **Macroarea di policy (specificare la macroarea barrando la casella corrispondente)**

- A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale
- B. Politiche abitative
- C. Promozione inclusione attiva
- D. Domiciliarità
- E. Anziani
- F. Digitalizzazione dei servizi
- G. Politiche giovanili e per i minori
- H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro
- I. Interventi per la famiglia
- J. Interventi a favore di persone con disabilità

#### **Punti chiave previste dalle macroaree di policy (specificare i punti chiave barrando la casella corrispondente)**

Indicare i punti chiave, tra quelli previsti nella tabella seguente (Appendice 1 dell'Allegato A della DGR n. XI/4563) e corrispondenti alla macroarea di policy scelta, che si intendono sviluppare nelle attività per il raggiungimento dell'obiettivo. **Indicare almeno un punto chiave.**

<b>Macroarea di policy</b>	<b>Punti chiave</b>
A. Contrasto alla povertà e all'emarginazione sociale	<input type="checkbox"/> Vulnerabilità multidimensionale <input type="checkbox"/> Nuova utenza rispetto al passato <input type="checkbox"/> <i>Working poors</i> e lavoratori precari <input type="checkbox"/> Famiglie numerose <input type="checkbox"/> Famiglie monoreddito
B. Politiche abitative	<input type="checkbox"/> Allargamento della platea dei soggetti a rischio <input type="checkbox"/> Vulnerabilità multidimensionale <input type="checkbox"/> Qualità dell'abitare <input type="checkbox"/> Allargamento della rete e coprogrammazione <input type="checkbox"/> Nuovi strumenti di governance (es. agenzie per l'abitare)
C. Promozione inclusione attiva	<input type="checkbox"/> Facilitare l'accesso alle opportunità di benessere e partecipazione attiva <input type="checkbox"/> Sviluppo delle reti
D. Domiciliarità	<input type="checkbox"/> Flessibilità <input type="checkbox"/> Tempestività della risposta <input type="checkbox"/> Allargamento del servizio a nuovi soggetti <input type="checkbox"/> Ampliamento dei supporti forniti all'utenza
E. Anziani	<input type="checkbox"/> Rafforzamento degli strumenti di <i>long term care</i> <input type="checkbox"/> Autonomia e domiciliarità <input checked="" type="checkbox"/> Personalizzazione dei servizi <input checked="" type="checkbox"/> Accesso ai servizi <input type="checkbox"/> Ruolo delle famiglie e del caregiver <input type="checkbox"/> Sviluppo azioni LR 15/2015 <input checked="" type="checkbox"/> Rafforzamento delle reti sociali <input type="checkbox"/> Contrasto all'isolamento
F. Digitalizzazione dei servizi	<input type="checkbox"/> Digitalizzazione dell'accesso <input type="checkbox"/> Digitalizzazione del servizio <input type="checkbox"/> Organizzazione del lavoro <input type="checkbox"/> Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete

Macroarea di policy	Punti chiave
G. Politiche giovanili e per i minori	<input type="checkbox"/> Contrasto e prevenzione della povertà educativa <input type="checkbox"/> Contrasto e prevenzione della dispersione scolastica <input type="checkbox"/> Rafforzamento delle reti sociali <input type="checkbox"/> Prevenzione e contenimento del disagio sociale e del suo impatto sulla salute
H. Interventi connessi alle politiche per il lavoro	<input type="checkbox"/> Contrasto alle difficoltà socioeconomiche dei giovani e loro inserimento nel mondo del lavoro <input type="checkbox"/> NEET
I. Interventi per la famiglia	<input type="checkbox"/> Caregiver femminile familiare <input type="checkbox"/> Sostegno secondo le specificità del contesto familiare <input type="checkbox"/> Invertire alcuni trend che minacciano la coesione sociale del territorio <input type="checkbox"/> Contrasto e prevenzione della violenza domestica <input type="checkbox"/> Conciliazione vita-tempi <input type="checkbox"/> Tutela minori
J. Interventi a favore di persone con disabilità	<input checked="" type="checkbox"/> Ruolo delle famiglie e del caregiver <input checked="" type="checkbox"/> Filiera integrata che accompagni la persona nel percorso di vita fino al Dopo di Noi

### Obiettivo progetto (max 600 parole)

Il progetto si propone di:

- Avviare un percorso di integrazione tra i servizi e le attività di carattere socio sanitario e sociale con quelle di natura sanitaria, concorrendo a garantire un adeguato sostegno alla persona (con particolare riferimento ad anziani e disabili) in occasione di "eventi critici" che possano minarne l'autonomia/autosufficienza, tenendo conto del contesto familiare e della comunità di riferimento;
- superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse unità d'offerta, integrando la pluralità di interventi e di prestazioni per le famiglie fragili, nella logica della continuità assistenziale e garantendo la ricomposizione delle risorse disponibili;
- promozione della logica degli sportelli unici (one stop shop) che garantiscano al cittadino che si appropria al sistema dei servizi territoriali di poter ottenere, indipendentemente dal nodo della rete a cui si rivolga, l'informazione corretta e l'invio al servizio più consono al bisogno espresso;
- definire Linee Operative condivise, che potranno prevedere anche specifici approfondimenti per settori di intervento più specialistici, finalizzate all'individuazione di un modello di lavoro che preveda la sistematizzazione del seguente processo nella presa in carico:
  - 1) valutazione multidimensionale del bisogno (sanitario e sociale)
  - 2) unitarietà dell'intervento e del percorso assistenziale, con concorso professionale di personale medico, infermieristico, riabilitativo e di servizio sociale professionale
  - 3) progetto personalizzato che tenga conto:
    - o degli obiettivi di salute/benessere da raggiungere
    - o del responsabile del caso (case manager)
    - o della verifica delle azioni compiute sotto il profilo della qualità (valutazione periodica) e degli esiti.

L'obiettivo, trasversale a tutti gli ambiti della provincia di Mantova, sarà perseguito attraverso la definizione di un Protocollo d'intesa calato nelle specifiche attuative in ogni ambito, sottoscritto con ASST e ATS di riferimento.

Poiché in alcuni ambiti attraverso progettualità ormai consolidate è già presente un terzo settore che svolge un ruolo attivo nella progettazione rispetto al tema proposto, il protocollo

contemplerà per questi ambiti il coinvolgimento nella governance di progetto anche del terzo settore.

La base di partenza è l'esperienza rappresentata dal sub ambito di Viadana (Ambito Oglio Po), che ha dato avvio ad un percorso strutturato di co-progettazione e di sperimentazione sul campo condiviso da operatori sociali e operatori sanitari. Il progetto è finalizzato al superamento della frammentazione settoriale delle risposte e volto ad integrare gli interventi di carattere socio sanitario e sociale con quelli di natura sanitaria.

### **ATS che coordina il progetto**

ATS Val Padana

### **Ambiti territoriali coinvolti**

Ambito di Ostiglia, Ambito di Suzzara, Ambito di Asola, Ambito di Mantova, Ambito di Guidizzolo e sub ambito di Viadana (Ambito Oglio Po)

### **ASST coinvolte**

ASST DI MANTOVA

### **Altri Enti coinvolti**

Terzo settore

### **Modalità di integrazione (max 600 parole)**

Indicare le modalità scelte per garantire l'integrazione tra gli attori coinvolti, la ricomposizione delle risorse messe a sistema e i modelli di governance di monitoraggio dei processi di integrazione (cabine di regia territoriali, figure responsabili del processo, ...).

La co-progettazione tra gli attori coinvolti si articolerà su tre livelli:

1. Cabina di regia (livello di governance)
2. Tavolo distrettuale (livello di governance distrettuale)
3. Staff di progetto (livello operativo/sperimentale)

La Cabina di Regia, costituita sull'area territoriale di riferimento per ASST di Mantova, sarà composta da un responsabile di progetto individuato da ciascun ambito territoriale, da tre rappresentanti di ASST ( uno per Direzione socioSanitaria , uno per l'Area Sociale ed uno per il Dipartimento Fragilità) e da un rappresentante di ATS. La CdR è incaricata:

1. Della definizione di un modello organizzativo condiviso, da applicare a livello provinciale, per l'integrazione tra i servizi sociosanitari di ASST (case della comunità, SSO, dimissioni protette, Centri MultiServizi, ADI ecc.) e servizi socioeducativi gestiti dagli Enti Locali (SSB,SAD, ecc.) soprattutto rivolti all'area della fragilità;
2. Della definizione di linee operative condivise per la gestione dei casi di persone fragili e/o famiglie multiproblematiche in relazione con i servizi sociosanitari e socioeducativi, anche facendo di riferimento ad eventuali linee di indirizzo nazionali o regionali
2. Il tavolo distrettuale è costituito, su ciascun Distretto SocioSanitario, allo scopo di adeguare il modello generale, condiviso in cabina di regia, alla realtà locale ed alla rete dei servizi concretamente presenti sul territorio. Ne fanno parte, per ASST il direttore del Distretto sociosanitario ed il referente per l'Area Sociale, per gli ambiti i Direttori delle Aziende che hanno in gestione i Piani di zona attivi sul territorio. Per migliorare l'efficacia della coprogettazione dell'articolazione della rete dei servizi integrati, la partecipazione al tavolo distrettuale può essere estesa alle principali organizzazioni del terzo settore presenti sul territorio, in sintonia con gli interventi previsti nei piani di zona.
3. Gli Staff di progetto sono costituiti dagli operatori territoriali impegnati nella diretta gestione dei casi. Le Risorse Umane sono rappresentate dal personale sociale e sanitario dei servizi coinvolti. La composizione delle équipes integrate viene definita in base alla situazione specifica

ed in riferimento ai servizi/soggetti coinvolti nel progetto personalizzato. La sperimentazione avviene con modalità "work in progress" utilizzando un metodo di lavoro operativo che valorizzi lo studio/analisi e la progettazione integrata dei casi.

#### **La ricomposizione avviene essa stessa a due livelli:**

- **la ricomposizione delle competenze** (saperi professionali e specialistici), logiche di intervento ed azioni capaci di sostenere un'efficace multidisciplinarietà nella presa in carico, secondo un'ottica di corresponsabilità rispetto agli obiettivi e di verifica dei risultati dei progetti costruiti con e a favore delle famiglie vulnerabili.
- **La ricomposizione delle risorse** garantita dalla riconduzione al sistema integrato, qualsiasi sia il punto di accesso alla rete dei servizi da parte del cittadino. Questo presuppone un efficiente sistema di informazione e formazione degli operatori degli sportelli informativi.

#### **Contesto (max 1200 parole)**

Descrivere le condizioni esistenti che spingono alla realizzazione del progetto (es. indicatori socio-economici, condizioni di vulnerabilità diffuse sul territorio, nuova domanda sociale, ...).

I casi che richiedono interventi integrati di natura sociale e sanitaria e che pertanto necessitano del coinvolgimento di più servizi non trovano attualmente risposte coordinate e percorsi di presa in carico che garantiscano continuità e il superamento della frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse unità d'offerta. Un caso su tre richiede il coinvolgimento di più servizi e tutti i cittadini possono trovare beneficio nella capacità del sistema di condividere le informazioni e di acquisire le competenze per saper dare una risposta adeguata a qualsiasi punto della rete si acceda.

Il progetto è in grado di rispondere al bisogno di:

- integrare le analisi, le letture, le culture operative e le modalità di intervento, allo scopo di concorrere a ridurre la frammentazione esistente nell'offerta rivolta al cittadino;
- programmare, coordinare, monitorare e verificare gli interventi che richiedono processi di integrazione;
- digitalizzare i servizi permettendo il collegamento tra i nodi della rete e garantendo la possibilità sia agli operatori sociali che sanitari di accedere alla CSI ed in particolare di poter condividere le informazioni legate ai progetti individualizzati.

La riforma sanitaria regionale che prevede l'istituzione delle Case della Comunità come luogo di integrazione sanitaria e sociale trovano piena rispondenza nella realizzazione di un percorso come quello proposto, al fine di concretizzarne l'esito. Tali strutture possono rappresentare il "luogo" dove si concretizza un metodo di lavoro condiviso e coordinato dei servizi e delle misure gestiti dalle organizzazioni coinvolte, costituenti la rete socio sanitaria territoriale.

#### **Aspetti che rendono innovativo il progetto (max 600 parole)**

Sulla base del contesto per cui avviene la progettazione, descrivere gli aspetti che rendono innovativo il progetto, anche rispetto ad altre esperienze intra o extra Ambito.

Aspetti innovativi:

La **definizione di Procedure condivise** che prevedono:

- a) la presa in carico, la gestione dei casi e dei rapporti con gli enti a diverso titolo coinvolti;
- b) la definizione della documentazione e della modulistica indispensabile per la gestione operativa di cartelle socio sanitarie integrate.

Il fatto che le procedure dovranno favorire:

- a) il coordinamento e l'integrazione delle funzioni sociali, sanitarie, educative e di promozione dell'autonomia;

- b) la continuità della presa in carico tra servizi ed équipe, a diverso titolo coinvolti, nella progettazione sulla persona/famiglia;
- c) la definizione di un Progetto di Intervento unico ed integrato, inteso come progetto di vita personale e/o familiare orientato all'empowerment.

### **L'utilizzo della tecnologia ed in particolare l'implementazione della cartella sociale informatizzata.**

La CSI dovrà poter prevedere un accesso anche da parte degli operatori sanitari garantendo la condivisione di informazioni e documenti legati a progetti individualizzati condivisi in STAFF DI PROGETTO

**Il coinvolgimento della Scuola e del terzo settore** che verranno chiamati a condividere i paradigmi alla base dell'accordo, le finalità e il metodo di lavoro e potranno essere inseriti nella governance – attraverso la partecipazione alla cabina di regia.

### **Definizione delle attività (max 2400 parole)**

Descrivere le attività di progetto per il raggiungimento dell'obiettivo.

Le attività devono prevedere delle fasi progettuali, con l'indicazione dei compiti specifici attribuiti ai singoli enti coinvolti, ATS ASST e Terzo settore compresi.

- a) Coinvolgimento degli operatori sociali e sanitari in incontri preliminari di confronto sul tema dell'integrazione, della valutazione multidimensionale del bisogno, della progettazione condivisa focalizzando l'attenzione sulle criticità riscontrate nella realizzazione di queste attività;
- b) Promozione di percorsi di formazione rivolti agli operatori, al fine di sviluppare competenze specifiche e migliorare l'integrazione tra le diverse professionalità;
- c) Avvio delle attività di co-progettazione che si articolerà su due livelli:
  - a. istituzione di una Cabina di regia incaricata della supervisione del processo di sperimentazione e della stesura di Linee Operative per la gestione dei casi complessi;
  - b. sperimentazione degli Staff di progetto costituiti dagli operatori territoriali impegnati nella gestione dei casi a livello distrettuale e definizione, con modalità "work in progress", di un metodo di lavoro operativo che valorizzi lo studio/analisi e la progettazione integrata dei casi;
- d) Coinvolgimento della Scuola e del privato sociale nelle attività di governance ma anche nella sperimentazione in Staff di progetto (nei casi di minori disabili);
- e) Individuazione delle Procedure di definizione delle Linee Operative che prevedono:
  - a. la presa in carico, la gestione dei casi e dei rapporti con gli enti a diverso titolo coinvolti;
  - b. la formalizzazione della documentazione e della modulistica indispensabile per la gestione operativa delle cartelle socio sanitarie integrate;
- f) Digitalizzazione dei servizi che permetta il collegamento tra i nodi della rete garantendo la possibilità sia agli operatori sociali che sanitari di accedere alla CSI ed in particolare di poter condividere i progetti individualizzati.

### **Integrazione tra macroaree di policy**

Indicare una eventuale trasversalità tra due o più macroaree di policy.

Le macroaree di policy coinvolte sono almeno 6 ma in realtà il raggiungimento di questo obiettivo permette il coinvolgimento di molte più macroaree. L'avvio di un percorso di integrazione tra servizi sociali e sanitari, diventando strutturale, può incidere su tutte le aree di policy.

Una rete di servizi integrati e coordinati che può contare su un modus operandi condiviso anche dagli altri soggetti della comunità, ingaggiati a più livelli, ci permetterà di lavorare in modo organico intervenendo preventivamente e potendo contare su strumenti in grado di promuovere l'autonomia e l'autosufficienza.

### **Deliverable e indicatori di risultato (max 1200 parole)**

Descrivere i risultati che devono essere prodotti per completare le attività o parte di esse (deliverable intermedi), avendo cura di indicare per ogni deliverable degli indicatori di risultato, che garantiscano in fase di monitoraggio della realizzazione del progetto una misurabilità tra obiettivi posti e risultati effettivamente ottenuti.

Risultati attesi:

- integrare le attività di carattere socio sanitario e sociale con quelle di natura sanitaria, concorrendo all'accompagnamento della persona anziana e/o disabile nel contesto della comunità di riferimento.
- Garantire un coordinamento che renda più efficaci, più flessibili e meno frammentati gli interventi e la ricomposizione delle risorse disponibili;
- superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse unità d'offerta, integrando - sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno - la pluralità di interventi e di prestazioni per le famiglie fragili, nella logica della continuità assistenziale.
- concretizzare un metodo di lavoro condiviso e coordinato dei servizi e delle misure gestiti dalle organizzazioni costituenti la rete socio sanitaria territoriale.
- rafforzare il rapporto con le famiglie, la Scuola, il Privato sociale e l'integrazione con il tessuto sociale del territorio;
- garantire la riconduzione al sistema integrato, qualsiasi sia il punto di accesso alla rete dei servizi da parte del cittadino;
- accompagnare la persona e la famiglia d'appartenenza nel percorso di vita sostenendoli in particolare nei momenti difficili e nelle crisi legate al cambiamento, garantendo la continuità di risposte attraverso l'individuazione della figura del Case Manager;
- formazione continua degli operatori al fine di sviluppare competenze specifiche e migliorare l'integrazione tra le diverse professionalità

Indicatori di risultato:

1. numero di casi segnalati per attivazione STAFF di progetto condiviso/ numero di casi valutati ai fini della stesura di un Progetto individualizzato = 100%
2. numero dei casi in cui vi è adesione al Progetto proposto da parte della persona/famiglia/ n. casi valutati  $\geq$  90 %
3. grado di soddisfazione della persona/famiglia rispetto all'intervento realizzato valutato mediante questionario di customer satisfaction
4. grado di fluidità/efficacia/efficienza dei rapporti tra i Servizi territoriali coinvolti.

Tempo intercorrente tra segnalazione e definizione Progetto  $\leq$  30gg.

### **Cronoprogramma**

Descrivere per ogni attività, fase progettuale (anche suddivisa per compiti specifici) e per deliverable i tempi di durata e di realizzazione specificando le date di inizio e fine tenendo conto



**Risorse**

Indicare le risorse economiche (spese da sostenere e entrate a copertura di costi) e umane impiegate per singola attività e fase progettuale, seguendo a titolo esemplificativo lo schema seguente:

**NOTA**

**Nelle prime due tabelle sono indicate risorse economiche e risorse umane complessive, visto che l'obiettivo è condiviso con tutti gli Ambiti della provincia. Le entrate da ATS e ASST sono specificate nella Tabella riassuntiva provinciale, in quanto vengono messe a disposizione nelle azioni per tutti gli Ambiti coinvolti; la stessa considerazione vale per la compilazione delle risorse umane.**

**Risorse economiche - Livello provinciale (6 Ambiti)**

ATTIVITA'	Costo totale	Entrate da fonti proprie	Entrate da finanziamento Comuni	Entrate da finanziamento ATS	Entrate da finanziamento ASST	FONDO POVERTA'	PREMIALITA'	Entrate da finanziamenti o ... (es. FNPS, Enti terzo settore, ...; descrivere altre tipologie)
COSTITUZIONE DELLA CABINA DI REGIA	4.526,76	1.750,80	881,64	-	-	719,52	576,00	598,80
COSTITUZIONE DEL TAVOLO TECNICO OPERATIVO	15.803,04	3.980,64	-	-	-	3.596,64	2.304,00	5.921,76
STAFF DI PROGETTO	106.375,20	1.056,00	35.424,40	-	-	36.577,20	33.317,60	-
STAFF DI PROGETTO			-	-	-		-	-
DEFINIZIONE DEL PROTOCOLLO GENERALE	6.220,80	1.366,80	-	-	-	1.513,28	2.143,12	1.197,60
DEFINIZIONE DELLE PROCEDURE OPERATIVE	5.389,76	1.566,40	-	-	-	1.480,64	1.406,08	936,64
DEFINIZIONE DEGLI STRUMENTI OPERATIVI (compresa cartella sociale informatizzata)	34.895,84	5.704,00	745,60	-	-	1.081,44	20.768,00	6.596,80
DEFINIZIONE DI PERCORSI DI FORMAZIONE PER OPERATORI	69.613,44	7.533,60	34.719,16	-	-	3.468,48	8.456,00	15.436,20
COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE	15.274,12	9.504,00	399,20	-	-			

					-	3.642,92	1.728,00	-
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	4.940,24	192,00	-	-	-	178,72	3.784,80	784,72
coordinamento complessivo e area integrazione cartelle e presa in carico ATS	2.020,00	2.020,00						
<b>TOTALE</b>	<b>263.039,20</b>	<b>32.654,24</b>	<b>72.170,00</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>52.258,84</b>	<b>74.483,60</b>	<b>31.472,52</b>

### Risorse umane (personale) – Livello provinciale (6 Ambiti)

Tipologia professionale	Proprie	Da Comuni	Da ATS	Da ASST	Da altro ente ... (descrivere altri enti uno per colonna)
Assistente sociale	35	22	1	6	
Educatore	4				3 (terzo settore)
Psicologo	1		1		
Medico	0				
Infermiere	0				
Altra tipologia (descrivere altre tipologie professionali es. amministrativi, ASA/OSS, Pedagogista, volontario, ...) UNA PER RIGA	5		0	2	

### Risorse economiche – Ambito di Asola

ATTIVITA'	Costo totale	Entrate da fonti proprie	Entrate da finanziamento Comuni	Entrate da finanziamento ATS	Entrate da finanziamento ASST	FONDO POVERTA'	PREMIALITA'	FNPS
COSTITUZIONE DELLA CABINA DI REGIA	582,24		582,24					
COSTITUZIONE DEL TAVOLO TECNICO OPERATIVO	2.328,96							2.328,96
STAFF DI PROGETTO	13.585,60						13.585,60	

DEFINIZIONE DEL PROTOCOLLO GENERALE	776,32					776,32	
DEFINIZIONE DELLE PROCEDURE OPERATIVE	776,32					638,08	138,24
DEFINIZIONE DEGLI STRUMENTI OPERATIVI (compresa cartella sociale informatizzata)	745,60		745,60				
DEFINIZIONE DI PERCORSI DI FORMAZIONE PER OPERATORI	9.315,84					5.000,00	4.315,84
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	194,08						194,08
<b>TOTALE</b>	<b>28.304,96</b>		<b>1.327,84</b>			<b>20.000,00</b>	<b>6.977,12</b>

### Risorse umane (personale) – Ambito di Asola

Tipologia professionale	Proprie	Da Comuni	Da ATS	Da ASST	Da altro ente ... (descrivere altri enti uno per colonna)
Assistente sociale	6	1			
Educatore					
Psicologo					
Medico					
Infermiere					
Amministrativo	1				

Le Risorse Umane sono rappresentate dal personale sociale e sanitario dei servizi dei comuni, degli ambiti, di ASST e Ats coinvolti. La composizione delle équipe integrate viene definita in base alla situazione specifica ed in riferimento ai servizi/soggetti coinvolti nel progetto personalizzato.

Le sedi operative sono collocate all'interno delle rispettive sedi territoriali dell'Azienda/comune capofila/Consorzio e di ASST Mantova. In entrambe le sedi si dovrà garantire uno spazio idoneo agli operatori per le attività di coordinamento da svolgersi in équipe multiprofessionale.

### **Soggetti beneficiari e impatto atteso rispetto ai bisogni della comunità (max 1200 parole)**

Indicare i soggetti beneficiari del progetto, anche dettagliando se necessario diversi soggetti beneficiari per singola attività e fase progettuale.

Inoltre descrivere l'impatto atteso del progetto rispetto ai bisogni dei suoi beneficiari.

Il progetto rivolge la propria attività alle persone/famiglie portatrici di bisogni complessi che necessitano di un intervento coordinato da parte di più servizi.

### **Criticità di realizzazione (max 1200 parole)**

Indicare eventuali criticità di realizzazione di alcune attività, fasi progettuali e/o deliverable avendo cura di evidenziarne i motivi e le possibili soluzioni.

*Riforma regionale sanitaria: si tratterà di capire l'impatto organizzativo che avrà sui territori;*

*Approccio autoreferenziale dei singoli operatori: a fronte di modalità di lavoro incentrate su un approccio individuale al problema, si dovrà intervenire necessariamente attraverso idonea formazione per arrivare alla creazione di equipe di lavoro.*

*Carenza di personale nelle attuali organizzazioni sanitarie.*

### **Potenzialità e sostenibilità del progetto nel futuro (max 1200 parole)**

Indicare le potenzialità e la sostenibilità del progetto strategico nel medio-lungo periodo.

Il miglioramento della modalità operativa e di organizzazione del lavoro, contribuirà a migliorare l'appropriatezza degli interventi in risposta ai bisogni delle famiglie.

Il progetto prevede prioritariamente la condivisione di un metodo e la riorganizzazione di una rete di servizi già esistente e pertanto non richiede l'impiego di ingenti risorse se non un maggiore investimento in termini di formazione e di digitalizzazione delle informazioni contenute nella CSI.

D'altra parte questo garantirà un risparmio in termini di ore/personale e una maggior consapevolezza degli interventi in atto su un singolo caso condiviso da più servizi.

La ricomposizione delle misure e dei finanziamenti, favorita dal lavoro in équipe socio sanitarie integrate, ne consentirà un miglior utilizzo e sarà possibile liberare risorse da investire in azioni di promozione dell'autonomia e della domiciliarità dando continuità nel futuro agli interventi.

### **Eventuale documentazione allegata**

Allegare l'eventuale documentazione a supporto del progetto, avendo cura di indicare l'allegato nel contesto del progetto.