



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: **SPERIMENTAZIONE DI MODELLI DI INTERVENTO DOMICILIARE INTEGRATO NEL SISTEMA TERRITORIALE DEI SERVIZI DI CURA ATTRAVERSO LO STUDIO PER LA RIQUALIFICAZIONE DEI SERVIZI DOMICILIARI**

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 2**Titolo progetto:****Sperimentazione di modelli di intervento domiciliare integrato nel sistema territoriale dei servizi di cura attraverso lo studio per la riqualificazione dei servizi domiciliari****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.**

Macroarea di policy	Punti chiave
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 checked="" type="checkbox"/> Flessibilità <input type="checkbox"/> Tempestività della risposta <input checked="" type="checkbox"/> Allargamento del servizio a nuovi soggetti <input checked="" 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 type="checkbox"/> Personalizzazione dei servizi <input type="checkbox"/> Accesso ai servizi <input type="checkbox"/> Ruolo delle famiglie e del caregiver <input type="checkbox"/> Sviluppo azioni LR 15/2015 <input 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

Macroarea di policy	Punti chiave
	<input type="checkbox"/> Organizzazione del lavoro <input type="checkbox"/> Integrazione e rafforzamento del collegamento tra i nodi della rete
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 type="checkbox"/> Ruolo delle famiglie e del caregiver <input 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 basa sulla rilevazione della presenza del servizio di Assistenza Domiciliare in un'ottica sempre più prestazionale, mirato alla singola persona e ai suoi bisogni primari, non sempre viene considerato il suo contesto di vita -familiare e di vicinato- sia in termini di risorse attivabili, sia in termini di bisogno più complesso; inoltre il servizio non è omogeneo sul territorio mantovano, originando differenziazioni nella cura e riducendo la possibilità di diffusione di buone prassi tra territori.

Per questi motivi, il progetto persegue i seguenti obiettivi, elencati nel loro sviluppo temporale nel biennio restante del Piano di Zona (2022-2023):

- Composizione di un quadro completo della situazione della popolazione anziana non autosufficiente: bisogni espliciti della persona in carico e bisogni non espressi anche provenienti del suo contesto familiare, legati alle prestazioni erogate attraverso i Servizi di Assistenza Domiciliare e di Assistenza Domiciliare Integrata
- Mappatura dei servizi e degli interventi presenti nei diversi Ambiti territoriali, comprensiva delle realtà locali del privato sociale e del volontariato che si connettono ai servizi, soprattutto a partire dalle esperienze in periodo di lock-down; analisi dei diversi modelli presenti
- Definizione di parametri di qualità del servizio di Assistenza Domiciliare volti all'omogeneizzazione degli interventi sul territorio mantovano
- Definizione di Linee Guida per il percorso di long term care, condivise con ASST soprattutto quando le condizioni di non autosufficienza limitano fortemente l'autonomia residua e necessitano di interventi frequenti e significativi di carattere sanitario, in linea con la valutazione multidimensionale prevista anche dal Piano Nazionale di domiciliarità integrata
- Sperimentazione di progettualità di servizio domiciliare integrato che connetta le risorse del territorio rilevate comuni ai diversi Ambiti per offrire interventi ad ampio respiro anche rivolti al nucleo familiare

Obiettivo trasversale e continuativo nel biennio: coinvolgimento attivo e strutturale del Terzo Settore nelle diverse fasi del progetto, anche attraverso la costituzione di un Tavolo della domiciliarità così come auspicato nel documento "Accordi di programma dei Piani di Zona per il triennio 2021-2023" inviato agli Ambiti da Confcooperative e Federsolidarietà Mantova.

ATS che coordina il progetto

ATS Valpadana

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

Comuni degli Ambiti del territorio mantovano

Terzo settore operante nel territorio della provincia di Mantova, con specifiche collaborazioni nei diversi ambiti secondo la storia locale del servizio; in particolare, si ritiene di coinvolgere le RSA per l'attuazione di interventi integrati nella filiera della domiciliarità e nel passaggio dalla struttura ospedaliera al domicilio

Per l'Ambito di Guidizzolo si intende operare inoltre:

- con l'Associazione Auxilia, per la formazione e il supporto degli amministratori di sostegno;
- con le RSA del territorio con le quali è attivo un Protocollo per le dimissioni d'urgenza
- con il volontariato locale, attivato nel periodo dell'emergenza sanitaria, per la gestione di servizi di prossimità quali la spesa a domicilio, la consegna farmaci, il recupero di beni di prima necessità per la cura della persona

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, ...).

L'integrazione tra gli attori coinvolti sarà garantita dai seguenti elementi:

- Costituzione di un gruppo di lavoro per ogni ambito, da definirsi a livello locale, che diventi il luogo di confronto e di raccordo tra i diversi attori territoriali, composto indicativamente da:
 - referente dell'Ufficio di Piano per l'area della domiciliarità
 - servizio sociale professionale
 - operatori ASST
 - referenti delle RSA
 - enti del Terzo Settore erogatori del Servizio di Assistenza Domiciliare
 - realtà del privato sociale e del volontariato coinvolte negli interventi afferenti all'area in oggetto
 - eventuali altre componenti valutate rilevanti ai fini dei diversi scopi specifici delle convocazioni del gruppo di lavoro.

Sarà compito del singolo ambito raccogliere "i diversi sguardi" sul tema e farne sintesi rispetto al livello provinciale.

Il livello di ambito sarà lo snodo cruciale nelle due direzioni di comunicazione con il livello di governance provinciale: la raccolta dei dati e la successiva analisi, la restituzione ai territori della più ampia lettura provinciale del panorama sociale sulla popolazione anziana non autosufficiente, la partecipazione alla definizione delle linee Guida e alla eventuale loro declinazione locale, l'implementazione a livello locale, in sinergia con il livello provinciale, degli strumenti e dei dispositivi già

esistenti nella gestione del servizio e dei bisogni dell'area oggetto della progettazione, la sperimentazione di azioni mirate e specifiche sul proprio territorio

- Costituzione di un Tavolo provinciale sulla domiciliarità, composto da almeno un referente/responsabile per ognuno dei 6 ambiti sociali, da ATS, da ASST, da una rappresentanza del Terzo Settore diversamente connotato (cooperazione, associazionismo specifico, volontariato), da una rappresentanza delle Fondazioni/RSA.

Compiti del Tavolo, orientati alla sintesi e al monitoraggio del lavoro dei gruppi di Ambito, sono: la definizione degli strumenti operativi per la raccolta dei dati e la mappatura dei servizi, la raccolta e la sistematizzazione dei dati per una lettura complessiva dell'area studiata, la stesura delle Linee Operative del Servizio di Assistenza Domiciliare integrato nella rete territoriale, la definizione delle implementazioni necessarie degli strumenti già esistenti, definizione delle sperimentazioni.

Il servizio di Assistenza Domiciliare considerato come sistema ad elevata integrazione territoriale necessita di una importante ricomposizione degli interventi: sanitari, sociali, interventi afferenti alle diverse misure regionali (RSA aperta, FNA, voucher reddito d'autonomia), applicazione delle Legge Regionale 15/2015), interventi offerti dai territori a livello di comunità locale, mirati all'inclusione sociale e alla riduzione dell'isolamento della persona assistita e dei suoi familiari, interventi formativi, di affiancamento e supporto al caregiver familiare.

In questa direzione sarà possibile sperimentare la ricomposizione dei budget, nell'ottica di un "budget di progetto" derivante da diverse fonti di finanziamento che in diversa misura contribuiscono alla realizzazione del progetto individuale

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, ...).

Le persone che usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare comunale sono sempre più vecchie, con patologie plurime e/o decadimenti cognitivi o demenze. Crescono i casi di anziani completamente soli che richiedono interventi urgenti, se non emergenziali, di una certa rilevanza. La conseguenza è che il SAD spesso è considerato come un servizio residuale, destinato soprattutto agli anziani poveri e soli, che risulta però poco appetibile per buona parte della potenziale utenza oltretutto poco inclusivo nei confronti di destinatari diversi.

Le criticità del sistema di assistenza agli anziani e/o delle persone non autosufficienti sono riconducibili alla frammentazione delle risposte, in capo alle ASST per gli interventi sanitari e socio-sanitari e ai Comuni per gli interventi sociali e socio-assistenziali rispondenti a obiettivi e criteri di accesso diversi, che ne rendono difficile la loro ricomposizione in un progetto di presa in carico unitario e condiviso.

Alla frammentazione delle risposte si aggiungono diversi modelli di intervento caratterizzati da una scarsa capacità degli interventi erogati di ispirarsi alla necessaria cura multidimensionale.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), di titolarità delle ASST, offre in prevalenza specifici interventi di natura infermieristico-medica, standardizzata e di durata limitata: viene rilevato un dato medio di ore di assistenza ADI pari a 25 ore all'anno per utente.

Il servizio di assistenza domiciliare comunale (SAD) risponde spesso oltre che allo stato di non autosufficienza anche in presenza di problematiche dell'anziano legate a reti familiari carenti e ridotte risorse economiche.

L'offerta di questi due servizi trovano oggi ancora pochi punti di convergenza e di integrazione oltre ad una carenza di un più ampio ventaglio di supporti al nucleo familiare che spesso presenta ulteriori fragilità. Ad oggi si possono individuare diverse modalità o analogie di gestione e di schemi di intervento da parte delle varie istituzioni e attori per far fronte a specifiche condizioni di bisogno. Accade quindi che varie strutture organizzative territoriali possano avere ripercussioni sui percorsi assistenziali differenti per situazioni analoghe di bisogno. Queste disomogeneità territoriali possono quindi determinare una certa disegualianza e disparità di trattamento. La mancata conoscenza reciproca delle risposte tra istituzioni diverse rende più complicato la messa a sistema di cure "multidimensionali".

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.

Ri-progettare o ri-modulare l'assistenza domiciliare comunale in integrazione con l'assistenza socio-sanitaria e sanitaria. Il percorso si caratterizza per un allargamento dell'ambito di operatività comunale/d'ambito verso una co-responsabilità tra enti pubblici (ASST e Comuni/Ambiti territoriali) e terzo settore. Il processo di lavoro prende avvio dalla scelta maturata tra i 6 Ambiti del Distretto di Mantova di innovazione "istituzionale" per promuovere i servizi di cura domiciliare. Si tratta di costruire un partenariato aperto a sviluppi futuri, che parte da un'articolazione tra tutti i soggetti coinvolti. L'intervento parte da una fase conoscitiva per la raccolta e l'analisi di dati funzionali a conoscere il sistema di risposte a domicilio delle persone con fragilità e l'analisi dei bisogni emergenti nei territori. Si tratta di conoscere il quadro complesso e articolato dei servizi con caratteristiche specifiche, di diverse intensità, competenza e natura istituzionale. Nel panorama dei servizi istituzionali, le persone e i loro familiari incontrano difficoltà nella ricerca e nel contatto con le variegate forme d'offerta.

Il progetto vuole essere una sperimentazione funzionale a tenere uniti i fili dei percorsi di cura.

Serve un sistema di governance di multilivello: serve la costituzione di un pool territoriale di distretto comprendente i referenti del centro multiservizi ASST/ATS, gli enti gestori dei servizi SAD, i MMG, gli infermieri di famiglia e gli enti erogatori dei servizi ADI/SAD.

Serve definire in modo congiunto i percorsi assistenziali che devono essere caratterizzati da unitarietà e garanzia di continuità tra i vari passaggi. Occorre definire nei vari territori del Distretto di Mantova i processi e percorsi tra le aree delle procedure di accesso, della valutazione multidisciplinare, della presa in carico e della continuità degli interventi integrati sociosanitari.

La definizione di linee guida della continuità assistenziale potrà stabilire la sincronizzazione dei passaggi di cura fra i vari nodi del sistema sociosanitario e socioassistenziale. L'azione di governo del sistema condivisa tra istituzioni e territori consentirà di fornire regole chiare ed uniformi nel distretto di Mantova.

Un'analisi delle criticità nelle diverse fasi (segnalazione, valutazione, attivazione servizi, integrazione dei servizi ecc.) del sistema che finiscono per gravare sulla rete familiare, è indispensabile per far fronte alle carenze del sistema pubblico.

L'innovazione del progetto sta nel costruire un nuovo sistema territoriale di domiciliarità a favore dei soggetti fragili anche attraverso la corresponsabilità e la coprogettazione tra

Ente pubblico, ASST/ATS e terzo settore; nel garantire la realizzazione di servizi uniformi con contemporanea attenzione alla salvaguardia delle peculiarità territoriali.

Il progetto si basa sulla ri-costruzione delle modalità di gestione e degli schemi di intervento dei servizi di cura domiciliari, dei percorsi assistenziali sociali e sociosanitari per far fronte a specifiche condizioni di bisogno. La strutturazione di Laboratori di co-progettazione, aperti a tutti i soggetti istituzionali e del terzo settore è connessa alla costruzione di ipotesi di lavoro e/o innovazioni di servizio in particolare su alcune tematiche specifiche:

- le dimissioni protette,
- l'Amministrazione di Sostegno
- sostegno a soggetti con problemi psichiatrici

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.

Le attività principali previste in ordine cronologico sono le seguenti:

1. Composizione dei due livelli di governance: tavolo provinciale sulla domiciliarità e gruppo di lavoro di ambito. Ogni ambito valuterà quali e quanti componenti faranno parte del gruppo di lavoro, anche differenziandone le parti secondo le azioni da implementare nelle diverse fasi del progetto; ad esempio, sarà interessante il coinvolgimento della comunità soprattutto nella parte della valutazione degli interventi della rete territoriale ad integrazione dell'assistenza primaria (spesa a domicilio, sostegno ai caregivers, piccole commissioni burocratiche, trasporti) e nella fase di sperimentazione, così come il monitoraggio delle azioni sperimentali e di cura sarà più significativo se sarà anche il risultato della voce degli operatori impegnati nel servizio di Assistenza Domiciliare.
Gli elementi peculiari locali andranno poi valorizzati nella ricomposizione del Tavolo provinciale, in un'ottica di omogeneizzazione da un lato, per il diritto del cittadino ad una medesima presa in carico seppur residente in territori diversi, ma anche di trasmissione e disseminazione di buone prassi.
2. Definizione degli strumenti di raccolta dei dati, a partire dal confronto con ATS e il suo osservatorio distrettuale. I dati di interesse afferiscono sia alla tipologia delle prestazioni erogate, dalle quali si possono inferire le caratteristiche della popolazione anziana non autosufficiente e i bisogni espressi, sia alla situazione di vita del nucleo familiare, laddove presente, e/o al contesto domiciliare, di vicinato e di comunità. Si valuterà la possibilità di redarre questionari di soddisfazione del servizio, all'inizio e verso il termine del biennio, che possano esplorare anche la situazione generale della famiglia e la sua valutazione del bisogno e degli elementi mancanti nel percorso di cura.
Sarà fondamentale anche la mappatura delle realtà di volontariato locale per l'integrazione degli interventi, degli enti erogatori del servizio di Assistenza Domiciliare e delle forme di gestione del servizio.
3. Declinazione degli strumenti nei diversi territori ad opera dei gruppi di Ambito e raccolta dei dati, anche attraverso la distribuzione di questionari alle famiglie. Mappatura locale del Terzo Settore coinvolto.

4. Sistemizzazione dei dati e lavoro di lettura/interpretazione al fine di redarre un documento finale di sintesi della realtà del territorio provinciale, sia in termini di caratteristiche della popolazione anziana non autosufficiente, sia in termini di servizi e interventi esistenti.
5. Definizione dei parametri di qualità e stesura delle Linee Guida del servizio
6. Implementazione degli strumenti di cura e dei dispositivi di integrazione delle risorse (ad esempio approfondimento della valutazione multidimensionale attraverso la collaborazione con il Centro Multiservizi/altra forma di servizio secondo la riforma della Legge regionale e/o PNRR, diffusione a copertura dell'intero territorio provinciale degli sportelli assistenti familiari, definizione della collaborazione tra RSA ed Enti locali per le dimissioni protette, o per la misura RSA aperta...). Sperimentazioni di progetti individuali integrati nella rete territoriale di servizi e interventi.

L'ultima fase è da definire nel dettaglio secondo gli esiti della raccolta dati e la situazione che emergerà dallo studio e dall'analisi della rete di interventi presenti sui territori, nonché dalle trasformazioni in atto sopra citate. È ipotizzabile la necessità di un lavoro di sviluppo degli strumenti già attivi, per renderli chiaramente definiti ed uniformi sul territorio provinciale, prima ancora di una sperimentazione di azioni specifiche legate a progetti individuali; o ancora è possibile la differenziazione della fase finale nei diversi territori, secondo gli elementi emersi e lo stato di attuazione del servizio negli Ambiti, motivi per i quali è ipotizzabile la realizzazione di azioni sperimentali diverse e specifiche.

Vi sono anche attività trasversali presenti durante l'intera durata del biennio di realizzazione del progetto, con cadenza periodica costante e/o continuative; in particolare:

- Incontri mensili del gruppo di lavoro di ambito
- Incontri almeno trimestrali del Tavolo provinciale sulla domiciliarità
- Monitoraggio delle diverse fasi di realizzazione del progetto e del rispetto dei tempi previsti
- Verifica delle azioni svolte e dei risultati attesi
- Verifica dell'impatto sociale del progetto, in particolare nelle azioni di coinvolgimento della comunità e del volontariato locale

Integrazione tra macroaree di policy

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

L'orientamento progettuale è mirato all'approfondimento della domiciliarità e all'innesto del Servizio di Assistenza Domiciliare nella rete territoriale dei servizi e degli interventi. Si integra con l'area Anziani (area di policy D), essendo mirato in particolar modo alla popolazione anziana non autosufficiente, con l'area della Famiglia e della Disabilità per il sostegno alla figura del caregiver familiare (aree di policy I e J).

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.

Livelli di governance

Risultati attesi:

- Composizione gruppi di lavoro di ambito
- Composizione Tavolo provinciale domiciliarità
- Incontri cadenzati di programmazione, monitoraggio e verifica
- Confronto e condivisione delle linee di gestione del Servizio di Assistenza Domiciliare, secondo un linguaggio comune maturato nel corso della collaborazione

Indicatori di risultato:

- Numero di incontri dei gruppi di ambito: cadenza mensile (n. 24 incontri)
- Numero di incontri del Tavolo provinciale: cadenza trimestrale (n. 8 incontri)
- Pianificazione del lavoro di sviluppo del biennio: verbali degli incontri, documenti prodotti (relazione finale di sintesi, Linee Guida, accordi di collaborazione locali)

Fase di raccolta dati e mappatura territorio:

Risultati attesi:

- costruzione di strumenti di rilevazione del bisogno – di soddisfazione del servizio
- utilizzo omogeneo degli strumenti sul territorio mantovano
- costruzione di un quadro complessivo
 - dei bisogni del territorio
 - dei servizi presenti in ogni ambito
 - delle realtà del terzo Settore coinvolte a diverso titolo nella gestione del servizio

Indicatori di risultato:

- compilazione degli strumenti - rilevazione del bisogno da parte degli enti locali e degli enti gestori coinvolti: 100%
- restituzione questionari dalle famiglie: 70%
- compilazione quadro delle risorse locali: 80%
- presenza di una relazione finale di sintesi

Fase di elaborazione delle Linee Guida e di definizione delle azioni da mettere in campo:

Risultati attesi:

- Individuazione parametri di qualità del servizio di Assistenza Domiciliare
- Stesura delle Linee Guida per la gestione del Servizio
- Individuazione degli strumenti presenti e dei dispositivi attivi da implementare e sviluppare
- Definizione delle azioni sperimentali per ogni territorio

Indicatori di risultato:

- Sottoscrizione del documento contenente le Linee Guida provinciali del servizio: sottoscrizione dei 6 ambiti

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 finanziamento ... (es. FNPS, Enti terzo settore, ...; descrivere altre tipologie)
COMPOSIZIONE DEI DUE LIVELLI DI GOVERNANCE: TAVOLO PROVINCIALE SULLA DOMICILIARITÀ E GRUPPO DI LAVORO DI AMBITO	€ 2.598,28	€ 399,20	€ 388,16	€ 0,00	€ 192,00	€ 719,52	€ 0,00	€ 899,40
DEFINIZIONE DEGLI STRUMENTI DI RACCOLTA DATI	€ 3.344,54	€ 0,00	€ 291,12	€ 0,00	€ 288,00	€ 359,76	€ 958,56	€ 1.447,10
RACCOLTA DATI – SOMMINISTRAZIONE E RACCOLTA QUESTIONARI - MAPPATURA DELLE REALTÀ LOCALI	€ 16.814,20	€ 0,00	€ 4.990,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.213,00	€ 6.764,96	€ 3.846,24
SISTEMATIZZAZIONE DEI DATI E REDAZIONE RELAZIONE FINALE DI SINTESI	€ 9.932,36	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 7.736,76	€ 2.195,60
DEFINIZIONE DEI PARAMETRI DI QUALITÀ E STESURA DELLE LINEE GUIDA	€ 3.289,28	€ 798,40	€ 0,00	€ 0,00	€ 384,00	€ 0,00	€ 1.107,68	€ 999,20
INDIVIDUAZIONE STRUMENTI E DISPOSITIVI DA SVILUPPARE - DEFINIZIONE SPERIMENTAZIONI	€ 11.607,92	€ 598,80	€ 3.792,40	€ 0,00	€ 384,00	€ 0,00	€ 5.215,32	€ 1.617,40
ATTUAZIONE SPERIMENTAZIONE	€ 40.416,46	€ 449,10	€ 6.287,40	€ 0,00	€ 4.752,00	€ 912,48	€ 16.457,68	€ 11.557,80
MONITORAGGIO E VERIFICA	€ 14.224,62	€ 0,00	€ 4.152,34	€ 0,00	€ 440,00	€ 0,00	€ 4.846,98	€ 4.785,30

COORDINAMENTO ATS AREA DOMICILIARITÀ	€ 1.940,00	€ 1.940,00						
TOTALE	€ 104.167,66	€ 4.185,50	€ 19.901,42	€ 0,00	€ 6.440,00	€ 3.204,76	€ 43.087,94	€ 27.348,04

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

Tipologia professionale	Proprie (assegnate ai Comuni)	Da Comuni	Da ATS	Da ASST	RSA	Enti erogatori/Terzo Settore	Totale
Assistente sociale	27	24		7	2		60
Educatore	1					1	2
Psicologo							
Medico			1				1
Infermiere							
Terapista della Riabilitazione							
ASA/OSS			1			1	2
amministrativo	6					1	7
Coordinatore Uff. di Piano	1						1
Totale	35	24	2	7	2	3	73

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
COMPOSIZIONE DEI DUE LIVELLI DI GOVERNANCE: TAVOLO PROVINCIALE SULLA DOMICILIARITÀ E GRUPPO DI LAVORO DI AMBITO	388,16		388,16					
DEFINIZIONE DEGLI STRUMENTI DI RACCOLTA DATI	291,12		291,12					

RACCOLTA DATI – SOMMINISTRAZIONE E RACCOLTA QUESTIONARI - MAPPATURA DELLE REALTÁ LOCALI	2.911,20						1.559,96	1.351,24
SISTEMATIZZAZIONE DEI DATI E REDAZIONE RELAZIONE FINALE DI SINTESI	3.541,96						3.541,96	
DEFINIZIONE DEI PARAMETRI DI QUALITÁ E STESURA DELLE LINEE GUIDA	388,16						388,16	
INIDIVIDUAZIONE STRUMENTI E DISPOSITIVI DA SVILUPPARE - DEFINIZIONE SPERIMENTAZIONI	3.056,76						3.056,76	
ATTUAZIONE SPERIMENTAZIONE	6.453,16						6.453,16	
MONITORAGGIO E VERIFICA	2.407,84		1.407,84					1.000,00
TOTALE	19.438,36		2.087,12				15.000,00	2.351,24

Risorse umane (personale) – Ambito di Asola

Tipologia professionale	Proprie	Da Comuni	Da ATS	Da ASST	RSA	Enti erogatori
Assistente sociale	5	1			1	
Educatore						
Psicologo						
Medico						
Infermiere						
Terapista riabilitazione						
ASA/OSS						1
Amministrativo	1					

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.

I soggetti beneficiari sono le persone non autosufficienti, i loro familiari, gli operatori del welfare e i gestori dei servizi a supporto della domiciliarità.

L'impatto atteso consiste nel fornire risposte integrate tra vari servizi, nell'aumento del numero di utenti che beneficiano di servizi domiciliari rinnovati, nell'ampliamento e nella diversificazione del target dei cittadini a cui il servizio si rivolge.

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.

Carenza di personale nelle attuali organizzazioni sanitarie.

Carenza di risorse da destinare ai servizi domiciliari.

Assegnazione di risorse nazionali o regionali finalizzate a specifiche Misure che ne vincolano l'utilizzo impedendo l'attuazione di sperimentazioni territoriali.

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

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

Organizzare in modo più efficiente e efficace il lavoro di cura da parte dell'ambito pubblico, del privato e del terzo settore dipende anche dalla maggior disponibilità di risorse per la domiciliarità.

Tutti i soggetti coinvolti nel progetto sono chiamati ad individuare soluzioni di medio/lungo periodo che possano contare sul sostegno della collettività, che siano efficaci ed innovative sul versante sociale e socio-sanitario. E' indispensabile una nuova forma di governance che, pur mantenendo una forte regia istituzionale, sia aperta all'apporto di vari stakeholder.

Si auspica che l'esperienza possa apportare cambiamenti nel sistema delle politiche dei servizi domiciliari alla persona a partire dal suo livello di replicabilità. I risultati, positivi e negativi, che emergeranno da questi passaggi dovranno essere condivisi e diffusi, sia per scegliere le esperienze su cui puntare, sia per diventare un patrimonio comune utile alla costruzione di modelli replicabili. La verifica degli esiti delle sperimentazioni mediante analisi dei dati, quindi, costituirà un punto di attenzione e di partenza per la sostenibilità del progetto nei 6 Ambiti territoriali.