

**2010**

**“PIANO ATTUATIVO”**



**ambito sociale**

**territoriale**

**isernia**

**ufficio di piano**

**Ambito Sociale Territoriale di Isernia**  
**PIANO SOCIALE DI ZONA**  
*Annualità 2010*

**Sezione 1. Presentazione**

**1.1. Presentazione dell'ambito**

Il Piano di Zona in oggetto fa riferimento all'Ambito Territoriale di Isernia che, con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 148 del 28 aprile 2009, la Regione Molise fa coincidere con il Distretto Sanitario di Isernia così come definito dal Piano Sanitario Regionale approvato con l.r.n. 34/08, al fine di programmare e realizzare sul territorio di competenza un sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio-sanitari, a garanzia della qualità della vita e dei diritti di cittadinanza.

Posto che il Distretto Sanitario di Isernia, come definito dal richiamato Piano Sanitario Regionale, comprende i Comuni afferenti l'Ambito Territoriale di Isernia e i Comuni afferenti l'Ambito Territoriale di Frosolone, come definiti dalla precedente programmazione sociale regionale di cui alla Deliberazione del Consiglio Regionale n. 251 del 12 novembre 2004, l'Ambito Territoriale di Isernia risulta così composto: Comune di Bagnoli del Trigno, Comune di Cantalupo, Comune di Carpinone, Comune di Castelpetroso, Comune di Castelpizzuto, Comune di Chiauci, Comune di Civitanova del Sannio, Comune di Forlì del Sannio, Comune di Frosolone, Comune di Isernia, Comune di Longano, Comune di Macchia d'Isernia, Comune di Macchiagodena, Comune di Miranda, Comune di Monteroduni, Comune di Pesche, Comune di Pescolanciano, Comune di Pettoranello di Molise, Comune di Roccamandolfi, Comune di Roccasicura, Comune di Sant'Agapito, Comune di Sant'Elena Sannita, Comune di Santa Maria del Molise, Comune di Sessano del Molise.

2

**1.2. Finalità del PSZ**

Il Piano Sociale di Zona è lo strumento fondamentale per definire e costruire il sistema integrato di interventi e servizi sociali così come previsto dalla "Legge Quadro per la Realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali - L. 328/00": un sistema che metta in relazione i vari soggetti operanti sul territorio, istituzionali e non, con l'obiettivo di sviluppare e qualificare i servizi sociali per renderli flessibili, omogenei ed adeguati ai bisogni della popolazione.

I Comuni associati programmano il sistema dell'offerta di servizi al cittadino in campo sociale e, in collaborazione con la ASREM, integrano la programmazione sociale con quella sanitaria per offrire risposte unitarie e coerenti al bisogno di salute e benessere dei cittadini di uno stesso territorio.

Il processo di costruzione del Piano Sociale di Zona parte dal territorio e si sviluppa sia attraverso il lavoro dei rappresentanti dei Comuni associati e dell'Amministrazione Provinciale, per la parte politica, sia attraverso il lavoro di tavoli tecnici e tematici cui partecipano non solo le istituzioni, ma anche il mondo della cooperazione sociale e del volontariato, le organizzazioni sindacali e varie forme di associazionismo.

È con questo spirito che è stato redatto il Piano Sociale di Zona del nuovo Ambito Sociale Territoriale di Isernia, che ha accorpato i dodici Comuni che afferivano al vecchio Ambito Sociale di Frosolone. Si è passati così da una gestione a dodici a ventiquattro Comuni. Una sfida per gestire le politiche sociali dando ascolto direttamente alle istanze che provengono dal cittadino.

Ritenendo il Piano Sociale di Zona uno strumento flessibile e dinamico, si è preferito procedere alla programmazione della sola annualità 2010, rimandando ad un momento successivo le eventuali integrazioni che scaturiscono dai nuovi bisogni.

**1.3. Obiettivi generali e specifici**

Il Comitato dei Sindaci, nella seduta del 24.10.2009, tenuto conto di quanto emerso negli incontri dedicati alla concertazione, di ciò che sono i bisogni espressi da ogni singola realtà territoriale e

compatibilmente con le risorse assegnate, ha stilato una scala di priorità degli interventi da realizzare nell'annualità 2010.

Nello specifico ha assegnato le seguenti priorità:

- 1) AREA ANZIANI:
  - Assistenza Domiciliare Integrata
- 2) AREA DISABILI:
  - Assistenza Domiciliare Integrata;
  - Centro Socio Educativo;
- 3) FAMIGLIA, MINORI, ADOLESCENTI E GIOVANI:
  - Fondo per il contrasto del disagio giovanile, dei minori e delle famiglie;
- 4) AZIONI TRASVERSALI:
  - Ufficio di Cittadinanza;
  - Servizio Sociale Professionale;
  - Ufficio di Piano

#### **1.4. Strategie per la realizzazione del PSZ**

Nell'ambito di ciascuna area di intervento sono stati individuati i singoli progetti operativi, dettagliatamente descritti nelle schede di seguito riportate, assicurando la continuità delle attività già avviate.

In via previsionale i progetti si confermano anche per il biennio 2011-2012, incrementati delle maggiori risorse derivanti dalle corrispondenti annualità. Tuttavia la programmazione riferita al biennio 2011-2012 dovrà essere necessariamente rivista sulla base delle risorse definitivamente disponibili.

Bisogna inoltre sottolineare che, a differenza della precedente programmazione, i Comuni, come scelta politica di fondo, hanno deciso di far confluire una minima parte del proprio budget sociale, pari al 20%, nel Fondo d'Ambito ed avocare a sé gran parte delle risorse trasferite a livello comunale.

Va inoltre detto che la ripartizione percentuale delle risorse finanziarie incontra un limite fisico nella presenza di servizi già attivati ai quali va assicurata la necessaria continuità.

Una ulteriore precisazione va fatta in ordine alla scelta politica finalizzata alla gestione associata di ulteriori servizi ad incremento di quelli erogabili con il Fondo d'Ambito. In particolare, con riferimento al servizio di assistenza domiciliare, si segnala che il servizio è presente in quasi tutti i Comuni d'Ambito. Il trasferimento alla gestione unitaria avverrà in modo progressivo a mano a mano che andranno a scadere gli affidamenti in essere. Tale percorso gestionale, ovviamente, si ripete per gli altri servizi convogliati nel Fondo d'Ambito.

#### **1.5. Risultati attesi**

Il Piano Sociale di Zona viene al termine di un periodo positivo di sperimentazione caratterizzato dall'aggregazione di 12 Comuni, oggi 24.

Per la nuova fase si esce dalla sperimentazione e si punta a generalizzare gli aspetti positivi emersi.

Nello specifico il Piano si pone di raggiungere i seguenti risultati:

- integrazione territoriale con l'ASREM attraverso il potenziamento dei servizi ed all'accelerazione dell'integrazione sociosanitaria;
- dare forza ad una cooperazione tra i soggetti che, a diverso titolo, operano sul territorio;
- messa a regime della programmazione d'Ambito attraverso l'analisi dei bisogni, alla fissazione delle priorità operative modulate sulle specificità locali, alla definizione degli spazi di collaborazione tra i vari soggetti;
- superamento della tradizionale frammentarietà dei servizi sociali, con la fissazione di priorità operative comuni e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza;
- creazione di un sistema omogeneo di offerta che garantisca eguali diritti sul territorio;
- maggiore facilità di accesso e fruizione delle prestazioni del *welfare* e nella copertura, per ogni singolo utente, del complesso di bisogni socio assistenziali;
- creazione di un *welfare* a misura dei cittadini, delle famiglie ed in particolare dei giovani;

- azioni dirette al concreto obiettivo di dare servizi adeguati e di qualità, mediante una stringente verifica della concreta realizzazione dei progetti sul territorio e la valutazione dei risultati raggiunti.

## Sezione 2. Organizzazione

### 2.1. Articolazione dell'Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano è l'organo tecnico che realizza le funzioni di cui al precedente punto al fine di garantire una programmazione condivisa ed una regolamentazione omogenea della rete integrata dei servizi sociali e socio-sanitari.

L'Ufficio di Piano si configura come un gruppo tecnico di lavoro, a carattere intercomunale, la cui attività di progettazione esecutiva, gestionale e di monitoraggio del sistema dei servizi socio-sanitari sul territorio di riferimento è finalizzata alla programmazione sociale e alla attuazione del Piano Sociale di Zona.

L'Ufficio di Piano è costituito dal Coordinatore d'Ambito, da un esperto per l'integrazione socio sanitaria, messo a disposizione dall'ASREM tra il proprio personale dipendente e da non più di altri sei operatori con specifiche competenze nel campo della programmazione e gestione dei servizi sociali, amministrativa, legale, contabile.

In sede di avvio del Piano le predette figure si acquisiscono per continuità dagli Uffici di Piano degli Ambiti Sociali Territoriali di Isernia e Frosolone, giusta verbale del Comitato dei Sindaci del 24.09.2009, cui è seguito mandato di incarico nella medesima seduta.

L'Ufficio di Piano è l'organo tecnico che realizza le funzioni di cui al precedente punto al fine di garantire una programmazione condivisa ed una regolamentazione omogenea della rete integrata dei servizi sociali e socio-sanitari.

L'Ufficio di Piano è costituito dal Coordinatore d'Ambito, da un esperto per l'integrazione socio sanitaria, messo a disposizione dall'ASREM tra il proprio personale dipendente e da non più di altri sei operatori con specifiche competenze nel campo della programmazione e gestione dei servizi sociali, amministrativa, legale, contabile.

In sede di avvio del Piano le predette figure si acquisiscono per continuità dagli Uffici di Piano degli Ambiti Sociali Territoriali di Isernia e Frosolone, giusta verbale del Comitato dei Sindaci del 24.09.2009, cui è seguito mandato di incarico nella medesima seduta.

### 2.2. Programmazione, articolazione e gestione degli Uffici di Cittadinanza

L'Ufficio della Cittadinanza è un servizio che, secondo quanto previsto dal Piano Sociale Regionale, ha lo scopo di riorganizzare in modo nuovo e più evoluto le funzioni tipiche del Servizio Sociale di base, rappresentando il primo livello di accesso al sistema territoriale dei servizi.

Uno degli aspetti di maggiore innovazione del servizio è rappresentato dalla presenza al suo interno di un'equipe multidisciplinare che affianca, alla tradizionale figura dell'assistente sociale, due nuove professionalità: l'educatore professionale e il comunicatore sociale.

È un servizio che si rivolge alla totalità dei cittadini per la generalità delle problematiche. Il suo compito è quello di sostenere le persone nell'affrontare la normalità dei bisogni e delle problematiche della vita quotidiana come la solitudine degli anziani, i problemi di relazione con i familiari, le difficoltà economiche.

Le funzioni dirette alle singole persone, alle famiglie e alla comunità sono quelle proprie del segretariato sociale e del servizio sociale di base e si esplicano attraverso:

- l'ascolto;
- l'informazione;
- la comunicazione;
- l'offerta attiva;
- l'accompagnamento;

### **2.3. Costituzione e gestione territoriale del Servizio Sociale Professionale**

Il Servizio Sociale Professionale è finalizzato ad assicurare prestazioni necessarie a rimuovere e/o ridurre situazioni problematiche o di bisogno sociale dei cittadini.

Sono servizi che agiscono per la prevenzione, con interventi immediati in situazioni di forte disagio.

Ai Servizi Sociali Professionali spetta la presa in carico dell'utente e la responsabilità del progetto individualizzato sul singolo caso.

È necessario che l'assistente sociale, quale *case manager*, si assuma la responsabilità istituzionale del progetto individualizzato insieme all'utente, alla sua famiglia e altri servizi o enti se coinvolti.

La presa in carico degli utenti, l'elaborazione del progetto individualizzato, la valutazione del percorso, le scelte di dismissione sono a carico di figure professionali istituzionali che hanno la responsabilità sia della qualità del processo sia della sostenibilità dei costi.

La gestione territoriale del servizio prevede la presenza capillare dell'Assistente Sociale sull'intero territorio dell'Ambito.

Il coordinamento del servizio spetta all'Ufficio di Piano.

### **2.4. Risultati attesi**

L'efficacia dei servizi e degli interventi sociali nel fronteggiare e gestire i problemi della persona, della famiglia, dei gruppi sociali è fortemente legata alla loro qualità, proprio per l'accentuata dimensione personale e relazionale che caratterizza questi interventi.

La qualità va allora progettata, costruita, valutata, in un continuo impegno al miglioramento, cioè a rendere i servizi e gli interventi sempre più adeguati e appropriati rispetto ai bisogni e alle attese delle persone e delle collettività.

Utilizzare la qualità come principio ispiratore dei servizi significa definirne le caratteristiche fondamentali che dovranno tener conto anche delle diversità dei territori, della domanda, delle risorse. A tale proposito i principi fondamentali che tutti i servizi pubblici devono rispettare sono individuati nella Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 27.1.1994. (Principi per l'erogazione dei servizi pubblici.)

- Uguaglianza;
- Imparzialità;
- Continuità;
- Diritto di scelta;
- Partecipazione;
- Efficienza ed efficacia;
- Professionalità;
- Accessibilità;
- Trasparenza.

## **Sezione 3. Programmazione dei Progetti specifici**

Si rimanda alle schede progettuali di dettaglio

### **3.1. Quadro generale delle attività previste**

Le attività previste all'interno del Piano di Zona per l'annualità 2010 sono:

- Assistenza Domiciliare Anziani
- Assistenza Domiciliare Disabili
- Centro Socio Educativo per Disabili
- Fondo per il contrasto del disagio giovanile, dei minori e delle famiglie
- Ufficio di Cittadinanza
- Servizio Sociale Professionale
- Ufficio di Piano
- Coordinatore d'Ambito

**Sezione 4. Descrizione di ogni singolo progetto**

*(Per la descrizione dei progetti si utilizzerà il relativo format, qui di seguito allegato)*

Sezione 4.1. - Progetto n° 1: ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI

Sezione 4.1. - Progetto n° 2: ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI

Sezione 4.1. - Progetto n° 3: CENTRO SOCIO EDUCATIVO PER DISABILI

Sezione 4.1. - Progetto n° 4: FONDO PER IL CONTRASTO DEL DISAGIO GIOVANILE, DEI MINORI E DELLE FAMIGLIE

Sezione 4.1. - Progetto n° 5: UFFICIO DI CITTADINANZA

Sezione 4.1. - Progetto n° 6: SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

## 5. Dimensioni finanziarie del Piano di Zona

### 5.1. Entrate annuali totali previste dal Piano di Zona distinte per tipologia

5.1.1. Entrate da Fondo unico regionale	
Risorse trasferite dalla Regione Molise direttamente all'Ambito Sociale Territoriale di Isernia per la gestione dei servizi:	€ 400.559,50
Risorse trasferite dalla Regione Molise direttamente all'Ambito Sociale Territoriale di Isernia per la copertura degli oneri relativi al costo del Coordinatore:	€ 36.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 436.559,50</b>

5.1.2. Entrate da Enti pubblici locali	
Risorse proprie dei Comuni destinate alla gestione associata con percentuale di cofinanziamento pari al 20%:	€ 160.223,80
<b>TOTALE</b>	<b>€ 160.223,80</b>

7

### 5.2. Spese annuali totali previste dal Piano di Zona distinte per tipologia

5.2.1. Spese generali di Ambito (distinte per centri di costo)	
1) Progetti:	€ 520.559,50
2) Ufficio di Piano	€ 40.223,80
3) Coordinatore d'Ambito	€ 36.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 596.783,30</b>

5.2.2. Riepilogo delle spese per i Progetti	
1. Assistenza Domiciliare Anziani	€ 200.000,00
2. Assistenza Domiciliare Disabili	€ 60.000,00
3. Centro Socio Educativo per Disabili	€ 60.000,00
4. Fondo per il contrasto del disagio giovanile, dei minori e delle famiglie	€ 80.559,50
5. Ufficio di Cittadinanza	€ 73.000,00
6. Servizio Sociale Professionale	€ 47.000,00
7. Ufficio di Piano	€ 40.223,80
8. Coordinatore d'Ambito	€ 36.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 596.783,30</b>

## Allegato n° 1:

### *Format per singolo Progetto del PSZ annuale*

#### **Titolo: “ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI”**

##### a) Motivazioni

- Peso significativo della fascia di popolazione anziana sul totale della popolazione residente nell’Ambito.
- Numero considerevole degli interventi di assistenza domiciliare effettuati su tutto il territorio dell’Ambito, **354 utenti per l’anno 2009**.
- Aumento costante degli interventi di assistenza domiciliare effettuati su tutto il territorio dell’Ambito.
- Aumento costante delle richieste di accesso al servizio di assistenza domiciliare da parte della popolazione anziana e dei familiari.
- Correlazione sempre più frequente tra vecchiaia, invalidità e non autosufficienza.
- Necessità di garantire la continuità del servizio effettuato sulla maggior parte dei Comuni afferenti l’Ambito.

##### b) Obiettivi generali

Il Servizio di Assistenza Domiciliare consiste in un insieme di prestazioni ed interventi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni essenziali della persona allo scopo di:

- evitare l’istituzionalizzazione e l’ospedalizzazione delle persone anziane, garantendo loro la permanenza nel proprio ambito di vita;
- favorire la domiciliarità protetta delle persone anziane, tramite l’attuazione di percorsi di benessere e autonomia da costruirsi nell’ambiente abituale dell’anziano;
- promuovere la responsabilità della famiglia, senza peraltro sostituirsi ad essa;
- contribuire, insieme alle altre risorse presenti sul territorio, ad elevare la qualità di vita delle persone e ad evitare il fenomeno dell’isolamento e dell’emarginazione a livello sociale ,ma anche all’interno del nucleo familiare di appartenenza, degli anziani;
- svolgere attività di prevenzione per consentire un’esistenza autonoma evitando, ritardando o riducendo i processi involutivi fisici- psichici e sensoriali;
- supportare la famiglia dell’anziano non autosufficiente nell’attività di cura dello stesso;
- promuovere l’esigibilità dei diritti sociali da parte dell’anziano e della famiglia, tramite servizio di segretariato sociale da integrare a quello di assistenza domiciliare intesa in senso stretto;
- incentivare l’autonomia delle famiglie a rischio di emarginazione e/o in situazioni di difficoltà;
- riqualificare il servizio integrando gli interventi e le figure professionali di tipo prevalentemente sociale con interventi e figure di tipo sanitario.

##### c) Obiettivi specifici rispetto alle Funzioni: cura-assistenza, accompagnamento-abilitazione, promozione, educazione, informazione-consulenza

- favorire l’autosufficienza nelle attività giornaliere quali, cura dell’igiene personale,vestizione, aiuto nella preparazione e somministrazione dei pasti e/o assunzione dei cibi, mobilitazione delle persone non autosufficienti;
- fornire il supporto necessario per il governo dell’alloggio e delle attività domestiche;
- garantire adeguate condizioni igieniche dell’alloggio;
- garantire interventi igienico – sanitari di semplice attuazione quali, accompagnamento a visite mediche, assistenza per la corretta esecuzione di prescrizioni farmacologiche e mediche in genere;
- favorire la socializzazione e la vita di relazione degli utenti tramite attività di accompagnamento ed accesso ai servizi e attuazione di interventi volti a favorire la socializzazione con vicini e parenti o nell’ambito dei servizi diurni comunali;
- garantire, tramite la stretta collaborazione con il servizio di segretariato sociale, l’informazione su diritti (previdenziali – sanitari – assistenziali- ecc.).

#### d) Attività previste distinte per Aree organizzative: strutture, servizi, tipologie

Le attività, in termini di servizi, che possono essere erogate all'interno del progetto del Servizio di Assistenza Domiciliare sono:

- 1) Aiuti volti a favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere:
  - cura dell'igiene personale
  - vestizione
  - aiuto nella somministrazione dei pasti e/o assunzione dei cibi
  - mobilitazione delle persone non autosufficienti;
- 2) Aiuto per il governo dell'alloggio e delle attività domestiche:
  - cura delle condizioni igieniche dell'alloggio
  - riordino del letto e delle stanze
  - cambio biancheria
  - piccolo bucato – stiratura – cucito
  - preparazione dei pasti
  - assistenza nell'organizzazione dell'attività economica domestica
  - spese – commissioni varie;
- 3) Interventi igienico – sanitari di semplice attuazione:
  - accompagnamento a visite mediche
  - assistenza per la corretta esecuzione di prescrizioni farmacologiche e mediche in genere in collaborazione con il Servizio Sanitario
  - semplici esercizi di riabilitazione motoria in collaborazione con il Servizio Sanitario
  - segnalazioni al Servizio Sociale e al Servizio Sanitario competente di base delle anomalie nelle condizioni psico-fisiche dell'utente;
- 4) Interventi volti a favorire la socializzazione e la vita di relazione degli utenti:
  - accompagnamento ed accesso ai servizi
  - partecipazione ad attività ricreative – culturali del territorio o promosse da servizi comunali e di Ambito
  - interventi volti a favorire la socializzazione con vicini e parenti o nell'ambito dei servizi diurni comunali e di Ambito;
- 5) Collaborazione nel settore del segretariato sociale e dell'educazione sanitaria:
  - informazioni su diritti ( previdenziali – sanitari – assistenziali- ecc.) pratiche e servizi
  - disbrigo di semplici pratiche personali
  - informazioni sull'educazione sanitaria;

Le attività complementari a quelle del servizio domiciliare, da effettuarsi, secondo procedure d'accesso prestabilite, anche in collaborazione con altri servizi e/o strutture presenti sul territorio dell'Ambito sono.

- 1) Contributo alla realizzazione delle attività da svolgersi presso i Centri di aggregazione e socializzazione presenti nell'Ambito:
  - aiuto all'utente nell'inserimento nelle varie attività;
- 2) Interventi di accompagnamento :
  - presso i Centri Sociali ed altre strutture residenziali e di cura accreditate dall'Ambito.

#### e) Localizzazione degli interventi

Il Progetto interessa l'intero Ambito Territoriale Sociale di Isernia e il Servizio verrà espletato essenzialmente a domicilio degli utenti dei Comuni afferenti l'Ambito.

#### f) Tipologie dei destinatari

Anziani ultrasessantenni residenti nei 24 Comuni afferenti l'Ambito che rientrano nei requisiti del regolamento di accesso al Servizio.

#### g) Tempi di organizzazione e gestione dei servizi

Durata prevista 12 mesi. Anno di riferimento 2010.

Il titolare dell'intervento sarà l'Ambito Sociale Territoriale di Isernia in forma integrata con la ASREM - Distretto di Isernia.

La gestione del servizio sarà affidata mediante apposita Convenzione con Cooperative e soggetti del Terzo Settore accreditati ai sensi della normativa regionale di riferimento.

#### h) I rapporti con il territorio (soggetti istituzionali, formazioni sociali, popolazione)

Il presente Progetto interessa l'intero Ambito Sociale Territoriale di Isernia.

Il soggetto titolare e responsabile per la gestione dello stesso è l'Ambito Sociale Territoriale di Isernia in forma integrata con la ASREM - Distretto di Isernia.

Il Servizio di Assistenza domiciliare, per quanto attiene le competenze prettamente di ordine sanitario, si avvarrà del contributo professionale degli operatori del Distretto Sanitario di Isernia tramite sottoscrizione di apposito protocollo di intesa con la ASREM al fine della realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria degli interventi previsti.

La competenza dell'Ambito Territoriale consiste nel garantire la presenza degli operatori domiciliari che si prenderanno cura dell'anziano, dell'abitazione e quant'altro previsto nella scheda SAD Anziani.

Al fine di rendere l'intervento più rispondente alle esigenze della persona anziana, e per evitare sovrapposizioni di interventi simili e frammentari, il Servizio sarà coordinato dall'Ufficio di Piano e dal Coordinatore di Ambito, nel pieno rispetto del progetto personalizzato che ogni Assistente Sociale competente del caso svilupperà.

Il presente Servizio verrà espletato essenzialmente a domicilio degli utenti, dagli operatori delle Cooperative accreditate tramite le procedure previste dalla normativa regionale di riferimento.

Il Servizio attraverso la metodologia del lavoro di rete vedrà coinvolti gli Enti Locali dell'Ambito Territoriale, la ASREM, il Volontariato Sociale ed il Terzo Settore.

#### i) Modalità di raccordo/integrazione con altri servizi/interventi

- Attività di raccordo effettuata dall'Ufficio di Piano e dal coordinatore di Ambito, tra l'Ufficio di Cittadinanza, il Servizio Sociale Professionale d'Ambito, la porta unica d'accesso (pua), gli operatori dei servizi socio sanitari del distretto sanitario locale, i dirigenti e funzionari dei comuni dell'ambito e dell'amministrazione provinciale.
- sottoscrizione di apposite convenzioni con centri e strutture sociali e soggetti operanti nel Terzo Settore, presenti sul territorio dell'Ambito.
- sottoscrizione del protocollo d'intesa per l'integrazione dei servizi socio-sanitari con il Distretto Sanitario locale.

#### l) Eventuali azioni informative e formative previste

- Attività costante di informazione e orientamento effettuata presso l'Ufficio di Piano e gli Uffici di Cittadinanza dell'Ambito.
- Pubblicazione e pubblicizzazione di ogni attività e/o informazione sul sito ufficiale dell'Ambito.
- Comunicati stampa
- Pubblicazione e diffusione di Bandi, Avvisi e Manifesti

#### m) Strumenti di documentazione degli interventi che si intendono adottare

- regolamento di accesso al servizio di assistenza domiciliare anziani
- modulistica per la formulazione della richiesta di accesso al servizio
- scheda di valutazione e verifica dei requisiti di accesso al servizio.

#### n) Strumenti e procedure interne di verifica e monitoraggio degli interventi che si intendono adottare

- predisposizione di progetti individualizzati
- previsione di obiettivi a breve-medio e lungo periodo da verificare sistematicamente attraverso riunioni periodiche tra l'Ufficio di Piano, i referenti delle Cooperative che gestiscono il servizio e gli assistenti sociali del servizio sociale professionale coinvolti nei singoli casi.

#### o) Indicatori previsti per la valutazione degli interventi che si intendono adottare

Momenti essenziali per il monitoraggio e la valutazione della riuscita del progetto servono a definire i reali effetti prodotti sull'utenza e sul territorio. In tali momenti si avrà cura di verificare:

- la risposta dell'anziano e della famiglia agli interventi realizzati;
- il grado di soddisfazione dell'anziano e della famiglia rispetto all'intervento realizzato;
- il livello di interazione e di raccordo raggiunto tra gli operatori del servizio e tra questi e gli altri soggetti istituzionali e non, coinvolti nell'azione;
- il grado di integrazione del Servizio con altre Istituzioni territoriali (ASREM);
- la percezione dell'utilità del Servizio da parte degli enti coinvolti.

Gli indicatori che si intendono assumere sono i seguenti:

Indicatori di risultato:

numero anziani assistiti **354 utenti**, pari al numero di assistiti relativi all'anno 2009.

Indicatori di impatto:

- incontri con i parenti dell'utente anziano;
- incontri con gli operatori;
- Numero di nuove domande d'intervento accolte;
- Riduzione sul territorio di fenomeni quali l'abbandono della persona anziana;
- Maggiore coinvolgimento della rete parentale;
- Aumento delle richieste di prestazioni del Servizio viste non come uno sgravio di responsabilità da parte della famiglia ma come condivisione delle problematiche della persona anziana e come diminuzione di fenomeni quali l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione.

p) Risorse finanziarie

€ 200.000,00 per la sola annualità 2010.

q) Risorse professionali

Operatori domiciliari qualificati (affidenti le Cooperative convenzionate e messe a disposizione dalla ASREM locale), assistenti sociali del servizio sociale professionale, psicologi.

## Allegato n° 2:

### *Format per singolo Progetto del PSZ annuale*

#### **Titolo: “ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI”**

##### a) Motivazioni

- Peso significativo della fascia di popolazione anziana sul totale della popolazione residente nell’Ambito.
- Numero considerevole degli interventi di assistenza domiciliare disabili effettuati su tutto il territorio dell’Ambito, **35 utenti per l’anno 2009**.
- Aumento costante degli interventi di assistenza domiciliare disabili effettuati su tutto il territorio dell’Ambito.
- Aumento costante delle richieste di accesso al servizio .
- Correlazione sempre più frequente tra vecchiaia, invalidità e non autosufficienza.
- Necessità di garantire la continuità del servizio effettuato sulla maggior parte dei Comuni afferenti l’Ambito.

##### b) Obiettivi generali

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili consiste in un insieme di prestazioni ed interventi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni essenziali della persona allo scopo di:

- evitare l’istituzionalizzazione e l’ospedalizzazione delle persone disabili, garantendo loro la permanenza nel proprio ambito di vita;
- favorire la domiciliarità protetta, tramite l’attuazione di percorsi di benessere e autonomia da costruirsi nell’ambiente abituale dell’utente;
- promuovere la responsabilità della famiglia, senza peraltro sostituirsi ad essa;
- contribuire, insieme alle altre risorse presenti sul territorio, ad elevare la qualità di vita delle persone e ad evitare il fenomeno dell’isolamento e dell’emarginazione a livello sociale, ma anche all’interno del nucleo familiare di appartenenza;
- svolgere attività di prevenzione per consentire un’esistenza autonoma evitando, ritardando o riducendo i processi involutivi fisici- psichici e sensoriali;
- supportare la famiglia della persona non autosufficiente nell’attività di cura dello stesso;
- promuovere l’esigibilità dei diritti sociali da parte del disabile e della famiglia, tramite servizio di segretariato sociale da integrare a quello di assistenza domiciliare intesa in senso stretto;
- incentivare l’autonomia delle famiglie a rischio di emarginazione e/o in situazioni di difficoltà;
- riqualificare il servizio integrando gli interventi e le figure professionali di tipo prevalentemente sociale con interventi e figure di tipo sanitario.

##### c) Obiettivi specifici rispetto alle Funzioni: cura-assistenza, accompagnamento-abilitazione, promozione, educazione, informazione-consulenza

- favorire l’autosufficienza nelle attività giornaliere quali, cura dell’igiene personale, vestizione, aiuto nella preparazione e somministrazione dei pasti e/o assunzione dei cibi, mobilitazione delle persone non autosufficienti;
- fornire il supporto necessario per il governo dell’alloggio e delle attività domestiche;
- garantire adeguate condizioni igieniche dell’alloggio;
- garantire interventi igienico – sanitari di semplice attuazione quali, accompagnamento a visite mediche, assistenza per la corretta esecuzione di prescrizioni farmacologiche e mediche in genere;
- favorire la socializzazione e la vita di relazione degli utenti tramite attività di accompagnamento ed accesso ai servizi e attuazione di interventi volti a favorire la socializzazione con vicini e parenti o nell’ambito dei servizi diurni comunali;
- garantire, tramite la stretta collaborazione con il servizio di segretariato sociale, l’informazione su diritti (previdenziali - sanitari - assistenziali - ecc.).

#### d) Attività previste distinte per Aree organizzative: strutture, servizi, tipologie

Le attività, in termini di servizi, che possono essere erogate all'interno del progetto del Servizio di Assistenza Domiciliare sono:

1) Aiuti volti a favorire l'autosufficienza nelle attività giornaliere:

- cura dell'igiene personale
- vestizione
- aiuto nella somministrazione dei pasti e/o assunzione dei cibi
- mobilitazione delle persone non autosufficienti;

2) Aiuto per il governo dell'alloggio e delle attività domestiche:

- cura delle condizioni igieniche dell'alloggio
- riordino del letto e delle stanze
- cambio biancheria
- piccolo bucato - stiratura - cucito
- preparazione dei pasti
- assistenza nell'organizzazione dell'attività economica domestica
- spese - commissioni varie;

3) Interventi igienico - sanitari di semplice attuazione:

- accompagnamento a visite mediche
- assistenza per la corretta esecuzione di prescrizioni farmacologiche e mediche in genere in collaborazione con il Servizio Sanitario
- semplici esercizi di riabilitazione motoria in collaborazione con il Servizio Sanitario
- segnalazioni al Servizio Sociale e al Servizio Sanitario competente di base delle anomalie nelle condizioni psico-fisiche dell'utente;

4) Interventi volti a favorire la socializzazione e la vita di relazione degli utenti:

- accompagnamento ed accesso ai servizi
- partecipazione ad attività ricreative – culturali del territorio o promosse da servizi comunali e di Ambito
- interventi volti a favorire la socializzazione con vicini e parenti o nell'ambito dei servizi diurni comunali e di Ambito;

5) Collaborazione nel settore del segretariato sociale e dell'educazione sanitaria:

- informazioni su diritti ( previdenziali – sanitari – assistenziali- ecc.) pratiche e servizi
- disbrigo di semplici pratiche personali
- informazioni sull'educazione sanitaria;

Le attività complementari a quelle del servizio domiciliare, da effettuarsi, secondo procedure d'accesso prestabilite, anche in collaborazione con altri servizi e/o strutture presenti sul territorio dell'Ambito sono.

1) Contributo alla realizzazione delle attività da svolgersi presso i Centri di aggregazione e socializzazione presenti nell'Ambito:

- aiuto all'utente nell'inserimento nelle varie attività;

2) Interventi di accompagnamento :

- presso i Centri Sociali ed altre strutture residenziali e di cura accreditate dall'Ambito.

#### e) Localizzazione degli interventi

Il Progetto interessa l'intero Ambito Territoriale Sociale di Isernia e il Servizio verrà espletato essenzialmente a domicilio degli utenti dei Comuni afferenti l'Ambito.

#### f) Tipologie dei destinatari

Cittadini residenti nei 24 Comuni afferenti l'Ambito, con indice di disabilità medio-grave, a prescindere dall'età e dal tipo di handicap.

#### g) Tempi di organizzazione e gestione dei servizi

Durata prevista 12 mesi. Anno di riferimento 2010.

Il titolare dell'intervento sarà l'Ambito Sociale Territoriale di Isernia in forma integrata con la ASREM - Distretto di Isernia.

La gestione del servizio sarà affidata mediante apposita Convenzione con Cooperative e soggetti del Terzo Settore accreditati ai sensi della normativa regionale di riferimento.

#### h) I rapporti con il territorio (soggetti istituzionali, formazioni sociali, popolazione)

Il presente Progetto interessa l'intero Ambito Sociale Territoriale di Isernia.

Il soggetto titolare e responsabile per la gestione dello stesso è l'Ambito Sociale Territoriale di Isernia in forma integrata con la ASREM - Distretto di Isernia.

Il Servizio di Assistenza domiciliare, per quanto attiene le competenze prettamente di ordine sanitario, si avvarrà del contributo professionale degli operatori del Distretto Sanitario di Isernia tramite sottoscrizione di apposito protocollo di intesa con la ASREM al fine della realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria degli interventi previsti.

La competenza dell'Ambito Territoriale consiste nel garantire la presenza degli operatori domiciliari che si prenderanno cura del disabile, dell'abitazione e quant'altro previsto nella scheda SAD Disabili.

Al fine di rendere l'intervento più rispondente alle esigenze della persona, e per evitare sovrapposizioni di interventi simili e frammentari, il Servizio sarà coordinato dall'Ufficio di Piano e dal Coordinatore di Ambito, nel pieno rispetto del progetto personalizzato che ogni Assistente Sociale competente del caso svilupperà.

Il presente Servizio verrà espletato essenzialmente a domicilio degli utenti, dagli operatori delle Cooperative accreditate tramite le procedure previste dalla normativa regionale di riferimento.

Il Servizio attraverso la metodologia del lavoro di rete vedrà coinvolti gli Enti Locali dell'Ambito Territoriale, la ASREM, il Volontariato Sociale ed il Terzo Settore.

#### i) Modalità di raccordo/integrazione con altri servizi/interventi

- Attività di raccordo effettuata dall'Ufficio di Piano e dal coordinatore di Ambito, tra l'Ufficio di Cittadinanza, il Servizio Sociale Professionale d'Ambito, la porta unica d'accesso (pua), gli operatori dei servizi socio sanitari del distretto sanitario locale, i dirigenti e funzionari dei comuni dell'ambito e dell'amministrazione provinciale.
- sottoscrizione di apposite convenzioni con centri e strutture sociali e soggetti operanti nel Terzo Settore, presenti sul territorio dell'Ambito.
- sottoscrizione del protocollo d'intesa per l'integrazione dei servizi socio-sanitari con il Distretto Sanitario locale.

#### l) Eventuali azioni informative e formative previste

- Attività costante di informazione e orientamento effettuata presso l'Ufficio di Piano e gli Uffici di Cittadinanza dell'Ambito.
- Pubblicazione e pubblicizzazione di ogni attività e/o informazione sul sito ufficiale dell'Ambito.
- Comunicati stampa
- Pubblicazione e diffusione di Bandi, Avvisi e Manifesti

#### m) Strumenti di documentazione degli interventi che si intendono adottare

- regolamento di accesso al servizio di assistenza domiciliare disabili
- modulistica per la formulazione della richiesta di accesso al servizio
- scheda di valutazione e verifica dei requisiti di accesso al servizio.

#### n) Strumenti e procedure interne di verifica e monitoraggio degli interventi che si intendono adottare

- predisposizione di progetti individualizzati
- previsione di obiettivi a breve-medio e lungo periodo da verificare sistematicamente attraverso riunioni periodiche tra l'Ufficio di piano, i referenti delle Cooperative che gestiscono il servizio e gli assistenti sociali del servizio sociale professionale coinvolti nei singoli casi.

#### o) Indicatori previsti per la valutazione degli interventi che si intendono adottare

Momenti essenziali per il monitoraggio e la valutazione della riuscita del progetto servono a definire i reali effetti prodotti sull'utenza e sul territorio. In tali momenti si avrà cura di verificare:

- la risposta del disabile e della famiglia agli interventi realizzati;
- il grado di soddisfazione del disabile e della famiglia rispetto all'intervento realizzato;
- il livello di interazione e di raccordo raggiunto tra gli operatori del servizio e tra questi e gli altri soggetti istituzionali e non, coinvolti nell'azione;
- il grado di integrazione del Servizio con altre Istituzioni territoriali (ASREM);
- la percezione dell'utilità del Servizio da parte degli enti coinvolti.

Gli indicatori che si intendono assumere sono i seguenti:

Indicatori di risultato:

- numero disabili assistiti **35 utenti**, pari al numero di assistiti relativi all'anno 2009.

Indicatori di impatto:

- incontri con i parenti dell'utente;
- incontri con gli operatori;
- numero di nuove domande d'intervento accolte;
- maggiore coinvolgimento della rete parentale;
- aumento delle richieste di prestazioni del Servizio viste non come uno sgravio di responsabilità da parte della famiglia ma come condivisione delle problematiche della persona disabile e come diminuzione di fenomeni quali l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione.

p) Risorse finanziarie

€ 60.000,00 per la sola annualità 2010.

15

q) Risorse professionali

Operatori domiciliari qualificati (afferenti le Cooperative convenzionate e messe a disposizione dalla ASREM locale), assistenti sociali del servizio sociale professionale, psicologi.

## Allegato n° 3:

### *Format per singolo Progetto del PSZ annuale*

#### **Titolo: “ASSISTENZA DOMICILIARE DISABILI”**

##### a) Motivazioni

- Numero considerevole degli utenti residenti nei comuni dell’Ambito che frequentano le strutture esistenti, **22 utenti per l’anno 2009.**
- Aumento costante degli interventi di assistenza domiciliare disabili effettuati e richiesti su tutto il territorio dell’Ambito.
- Necessità di garantire la continuità del servizio effettuato sulla maggior parte dei Comuni afferenti l’Ambito.
- Necessità di garantire un indispensabile punto di riferimento e di sostegno per i soggetti disabili e per le loro famiglie e necessario ai fini della promozione dei diritti sociali e dell’autonomia dei soggetti con diversa abilità.

##### b) Obiettivi generali

- favorire i processi di sviluppo della massima autonomia nei soggetti con disabilità;
- prevenire e arginare le situazioni di disagio e di emarginazione sociale;
- favorire l’inserimento nel mondo lavorativo dei soggetti con disabilità;
- promuovere la socializzazione e l’integrazione sociale dei soggetti disabili;
- sostenere i nuclei familiari in cui sono presenti soggetti disabili, dando un contributo significativo ai processi educativi;
- generale miglioramento della qualità della vita del disabile e dell’intero nucleo familiare.

##### c) Obiettivi specifici rispetto alle Funzioni: cura-assistenza, accompagnamento-abilitazione, promozione, educazione, informazione-consulenza

- favorire l’autosufficienza nelle principali attività giornaliere quali, cura della persona e dell’ambiente, mobilitazione delle persone non autosufficienti;
- favorire l’autonomia, il movimento, la manualità, le attività artistiche e di tempo libero, le attività ricreative esterne, adattandole, di volta in volta, alle caratteristiche peculiari degli utenti presenti e alle esigenze delle famiglie;
- favorire la socializzazione e la vita di relazione degli utenti tramite attività di accompagnamento ed accesso ad altri servizi e attuazione di interventi volti a favorire la socializzazione con vicini e parenti o nell’ambito dei servizi diurni comunali;
- garantire, tramite la stretta collaborazione con il servizio di segretariato sociale, l’informazione su diritti (previdenziali - sanitari - assistenziali - ecc.).

##### d) Attività previste distinte per Aree organizzative: strutture, servizi, tipologie

###### 1) Attività educative indirizzate all’autonomia ed a favorire l’autosufficienza nelle attività giornaliere:

- cura dell’igiene personale
  - vestizione
  - mobilitazione delle persone non autosufficienti;
- ###### 2) Attività espressive psicomotorie e ludiche:
- attività culturale e di formazione;
  - attività didattiche;
  - laboratori;

###### 3) Interventi igienico – sanitari di semplice attuazione:

- semplici esercizi di riabilitazione motoria in collaborazione con il Servizio Sanitario
- segnalazioni al Servizio Sociale e al Servizio Sanitario competente di base delle anomalie nelle condizioni psico-fisiche dell’utente;

###### 4) Attività di socializzazione ed animazione volte a favorire la socializzazione e la vita di relazione degli utenti:

- partecipazione ad attività ricreative – culturali del territorio o promosse da servizi comunali e di Ambito
  - interventi volti a favorire la socializzazione con vicini e parenti o nell'ambito di altri servizi diurni comunali e di Ambito;
- 5) Collaborazione nel settore del segretariato sociale e dell'educazione sanitaria:
- informazioni su diritti ( previdenziali – sanitari – assistenziali- ecc.) pratiche e servizi
  - informazioni sull'educazione sanitaria;

e) Localizzazione degli interventi

Il Progetto interessa l'intero Ambito Territoriale Sociale di Isernia e il Servizio verrà espletato essenzialmente presso i Centri accreditati dall'Ambito.

f) Tipologie dei destinatari

Cittadini residenti nei 24 Comuni afferenti l'Ambito, le cui gravi disabilità rendano impraticabili i percorsi scolastici, formativi e lavorativi. Gli ospiti inseriti al Centro devono avere assolto l'obbligo scolastico; il limite massimo di età previsto per la permanenza è, di norma, fissato a 50 anni.

g) Tempi di organizzazione e gestione dei servizi

Durata prevista 12 mesi. Anno di riferimento 2010.

Il titolare dell'intervento sarà l'Ambito Sociale Territoriale di Isernia in forma integrata con la ASREM - Distretto di Isernia.

La gestione del servizio sarà affidata mediante apposita Convenzione con Cooperative e soggetti del Terzo Settore accreditati ai sensi della normativa regionale di riferimento.

h) I rapporti con il territorio (soggetti istituzionali, formazioni sociali, popolazione)

Il presente Progetto interessa l'intero Ambito Sociale Territoriale di Isernia.

Il soggetto titolare e responsabile per la gestione dello stesso è l'Ambito Sociale Territoriale di Isernia in forma integrata con la ASREM - Distretto di Isernia.

Il Servizio, per quanto attiene le competenze prettamente di ordine sanitario, si avvarrà del contributo professionale degli operatori del Distretto Sanitario di Isernia tramite sottoscrizione di apposito protocollo di intesa con la ASREM al fine della realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria degli interventi previsti.

Il progetto si integra con gli altri interventi e servizi che si andranno ad attuare al fine di favorire il percorso di inclusione sociale dei diversamente abili evidenziando i nodi da sciogliere per una qualità di vita soddisfacente cercando di agire in un'ottica di globalizzazione delle risposte offerte al cittadino- utente nel tentativo di evitare scoordinamenti e frammentazioni.

Al fine di rendere l'intervento più rispondente alle esigenze della persona, e per evitare sovrapposizioni di interventi simili e frammentari, il Servizio sarà coordinato dall'Ufficio di Piano e dal Coordinatore di Ambito, nel pieno rispetto del progetto individualizzato che verrà elaborato da un'equipe multiprofessionale che vedrà coinvolto personale specializzato del Servizio Sociale di Ambito, dell'ASREM e personale specializzato afferente il Centro stesso.

Il presente Servizio verrà espletato essenzialmente presso le strutture esistenti sul territorio dell'Ambito accreditate tramite le procedure previste dalla normativa regionale di riferimento.

Il Servizio attraverso la metodologia del lavoro di rete vedrà coinvolti gli Enti Locali dell'Ambito Territoriale, la ASREM, il Volontariato Sociale ed il Terzo Settore.

i) Modalità di raccordo/integrazione con altri servizi/interventi

- Attività di raccordo effettuata dall'Ufficio di Piano e dal coordinatore di Ambito, tra l'Ufficio di Cittadinanza, il Servizio Sociale Professionale d'Ambito, la porta unica d'accesso (pua), gli operatori dei servizi socio sanitari del distretto sanitario locale, i dirigenti e funzionari dei comuni dell'ambito e dell'amministrazione provinciale.
- sottoscrizione di apposite convenzioni con centri e strutture sociali e soggetti operanti nel Terzo Settore, presenti sul territorio dell'Ambito.
- sottoscrizione del protocollo d'intesa per l'integrazione dei servizi socio-sanitari con il Distretto Sanitario locale.

l) Eventuali azioni informative e formative previste

- Attività costante di informazione e orientamento effettuata presso l'Ufficio di Piano e gli Uffici di Cittadinanza dell'Ambito.
- Pubblicazione e pubblicizzazione di ogni attività e/o informazione sul sito ufficiale dell'Ambito.
- Comunicati stampa
- Pubblicazione e diffusione di Bandi, Avvisi e Manifesti

m) Strumenti di documentazione degli interventi che si intendono adottare

- modulistica per la formulazione della richiesta di accesso al servizio
- scheda di valutazione e verifica dei requisiti di accesso al servizio.
- registro giornaliero delle presenze degli ospiti;
- cartelle personali degli utenti, con inseriti: la scheda personale, l'anamnesi del soggetto, la copia del certificato di invalidità, la copia del certificato anagrafico attestante la residenza e la composizione del nucleo familiare, progetto educativo individualizzato;
- il diario del Centro Diurno;
- il registro giornaliero degli operatori con l'indicazione dei turni di lavoro, degli orari e delle mansioni svolte;
- il registro delle terapie individuali, nei riguardi dei soggetti che durante la frequenza del Centro Diurno debbono assumere dei farmaci prescritti dal proprio medico di fiducia. A tale scopo il familiare dovrà chiedere formalmente la somministrazione, fornendo al Centro il prodotto farmaceutico in confezione integra con la prescrizione del farmaco, la posologia, l'orario di somministrazione e la durata della prescrizione;
- la tabella dietetica;
- il regolamento interno;

n) Strumenti e procedure interne di verifica e monitoraggio degli interventi che si intendono adottare

- predisposizione di progetti individualizzati
- previsione di obiettivi a breve-medio e lungo periodo da verificare sistematicamente attraverso riunioni periodiche tra l'Ufficio di piano, i referenti delle Cooperative che gestiscono il servizio e gli assistenti sociali del servizio sociale professionale coinvolti nei singoli casi.

o) Indicatori previsti per la valutazione degli interventi che si intendono adottare

Momenti essenziali per il monitoraggio e la valutazione della riuscita del progetto servono a definire i reali effetti prodotti sull'utenza e sul territorio. In tali momenti si avrà cura di verificare:

- risposta dell'utente e della famiglia agli interventi proposti e/o realizzati all'interno del Centro;
- il grado di soddisfazione del disabile e della famiglia relativamente a tutte le attività offerte all'interno del Centro;
- il livello di interazione e di raccordo raggiunto tra gli operatori del servizio e tra questi e gli altri soggetti istituzionali e non, coinvolti nell'azione;
- il grado di integrazione del Servizio con altre Istituzioni territoriali (ASREM);
- la percezione dell'utilità del Servizio da parte degli enti coinvolti.

Gli indicatori che si intendono assumere sono i seguenti:

Indicatori di risultato:

numero frequentanti il centro 22, pari al numero di utenti relativi all'anno 2009.

Indicatori di impatto:

- incontri con i parenti dell'utente;
- incontri con gli operatori;
- numero di nuove domande d'intervento accolte;
- maggiore coinvolgimento della rete parentale;
- aumento delle richieste di prestazioni del Servizio viste non come uno sgravio di responsabilità da parte della famiglia ma come condivisione delle problematiche della persona disabile e come diminuzione di fenomeni quali l'abbandono e l'emarginazione sociale e lavorativa del disabile.

p) Risorse finanziarie

€ 60.000,00 per la sola annualità 2010.

q) Risorse professionali

Assistenti sociali, infermieri e terapisti, psicologi, volontari, psicologo, pedagoga, sociologo, personale medico/riabilitativo e infermieristico, animatori, assistente alla persona, addetti al sostegno, educatore, personale volontario.

**Allegato n° 4:**

*Format per singolo Progetto  
del PSZ annuale*

**Titolo: “FONDO PER IL CONTRASTO DEL DISAGIO GIOVANILE, DEI MINORI E DELLE FAMIGLIE”**

a) Motivazioni

Aumento delle aree di fragilità emergenti a causa dell'acuirsi dei fattori di rischio sociali quali, disagio giovanile, precarizzazione del lavoro e nuove sfide per le giovani famiglie

20

b) Obiettivi generali

- Identificazione e prevenzione del disagio sociale
- Sostegno e aiuto alle giovani famiglie
- Accompagnamento ed inclusione sociale di soggetti a rischio di esclusione
- Promozione e rafforzamento della partecipazione attiva e responsabile nella comunità locale
- Promozione di modelli sulla partecipazione ed integrazione sociale delle persone appartenenti alle fasce sociali deboli e svantaggiate
- Sostegno alle idee progettuali di giovani volti alla valorizzazione del territorio
- Promozione di azioni e modalità rivolte alla prevenzione del disagio minorile e giovanile
- Promozione di forme di volontariato che prevedano il coinvolgimento dei giovani

c) Obiettivi specifici rispetto alle Funzioni: cura-assistenza, accompagnamento-abilitazione, promozione, educazione, informazione-consulenza

- dare piena attuazione alla programmazione concertata e partecipata quale metodo prescelto nell'ambito delle politiche sociali;
- costituire un sistema sociale locale basato sui principi della responsabilità condivisa e della valorizzazione delle risorse presenti nell' Ambito Territoriale adeguatamente per garantire una programmazione efficace;
- riconoscere e agevolare il ruolo dei soggetti del Terzo Settore nell'ambito della programmazione, organizzazione e gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- interpretare i bisogni sociali e dare risposte coordinate ed integrate a coloro che si trovano in situazioni di particolare disagio, in particolare famiglie, giovani e minori;
- garantire ai giovani particolari compiti di partecipazione per la promozione partecipata a livello di progettazione di Ambito.

d) Attività previste distinte per Aree organizzative: strutture, servizi, tipologie

Il progetto prevede :

- l'istituzione di un fondo destinato alla realizzazione delle idee progettuali ricadenti nelle aree del contrasto del disagio giovanile, dei minori e delle famiglie;
- l'emaneazione di bandi ad evidenza pubblica rivolti ai soggetti del Terzo Settore di cui alla L.328/2000, atti a fronteggiare le nuove emergenze sociali ed promuovere forme di partecipazione e di cittadinanza attiva.

e) Localizzazione degli interventi

Il Progetto interessa l'intero Ambito Territoriale Sociale di Isernia.

#### f) Tipologie dei destinatari

- Famiglie
- Associazioni Giovanili
- Gruppi giovanili informali

#### g) Tempi di organizzazione e gestione dei servizi

Durata prevista 12 mesi. Anno di riferimento 2010.

Il titolare dell'intervento sarà l'Ambito Sociale Territoriale di Isernia.

#### h) I rapporti con il territorio (soggetti istituzionali, formazioni sociali, popolazione)

L'intervento prevede il coinvolgimento dei seguenti soggetti:

- Servizio Sociale Professionale d'Ambito
- Porta Unica d'Accesso (PUA)
- Operatori dei servizi socio sanitari del distretto sanitario locale
- Dirigenti e funzionari dei Comuni dell'Ambito e dell'Amministrazione Provinciale
- Dirigenti e funzionari delle Istituzioni scolastiche
- Responsabili di Istituti di Patronato e Assistenza sociale
- Centri e strutture sociali
- Soggetti operanti nel terzo settore

21

#### i) Modalità di raccordo/integrazione con altri servizi/interventi

La buona riuscita del progetto prevede l'interazione con il Servizio Sociale Professionale, con l'Ufficio di Cittadinanza e con i rispettivi Assessorati Regionali, Provinciale e Comunali che si occupano di Politiche rivolte alle famiglie ed al mondo giovanile.

#### l) Eventuali azioni informative e formative previste

- Attività costante di informazione e orientamento effettuata presso l'Ufficio di Piano e gli Uffici di Cittadinanza dell'Ambito;
- Pubblicazione e pubblicizzazione di ogni attività e/o informazione sul sito ufficiale dell'Ambito;
- Comunicati stampa;
- Pubblicazione e diffusione di Bandi, Avvisi e Manifesti.

#### m) Strumenti di documentazione degli interventi che si intendono adottare

- Bandi, Avvisi e Manifesti;
- modulistica per la formulazione della richiesta di partecipazione;
- regolamenti per la partecipazione.

#### n) Strumenti e procedure interne di verifica e monitoraggio degli interventi che si intendono adottare

- previsione di obiettivi a breve-medio e lungo periodo da verificare sistematicamente attraverso riunioni periodiche tra l'Ufficio di piano, i referenti dei soggetti che attueranno i progetti e gli assistenti sociali del servizio sociale professionale coinvolti nei singoli casi;
- schede di valutazione periodica da compilare a cura dei soggetti che attueranno i progetti;
- relazioni periodiche da compilare a cura dei soggetti che attueranno i progetti.

#### o) Indicatori previsti per la valutazione degli interventi che si intendono adottare

##### Qualitativi

- Potenziamento degli interventi delle associazioni e del volontariato in genere;
- Miglioramento della qualità della vita di fasce consistenti della popolazione;
- Aumento della offerta di servizi o di opportunità rivolti al contrasto del disagio;
- Maggiore integrazione e coordinamento della rete informale
- Riduzione del numero di persone che non trova risposte ai bisogni più elementari.

Quantitativi

- Numero delle associazioni ed Enti coinvolti;
- Numero interventi-progetti realizzati.

p) Risorse finanziarie

€ 80.559,50 per la sola annualità 2010.

q) Risorse professionali

Assistente sociale, psicologo, sociologo, educatore, mediatore culturale, esperto in diritto amministrativo, esperto legale, esperto in materie di lavoro.

## Allegato n° 5:

### *Format per singolo Progetto del PSZ annuale*

#### **Titolo: “UFFICIO DI CITTADINANZA”**

##### a) Motivazioni

- aumento delle aree di fragilità emergenti a causa dell'acuirsi dei fattori di rischio sociali quali, precarizzazione del lavoro e della famiglia, invecchiamento della popolazione, ecc.;
- necessità di rispondere al nuovo concetto di servizio sociale pubblico non più basato esclusivamente sull'assistenza e sulla risposta a situazioni emergenziali, ma capace di sviluppare le potenzialità, insite nei singoli e nella comunità, di organizzarsi, riconoscere e gestire i bisogni sociali;
- necessità di verificare l'adeguatezza della rete dei servizi sociali alle effettive esigenze della comunità.

##### b) Obiettivi generali

- Risposta al bisogno di ascolto, accoglienza, sostegno e orientamento della generalità dell'utenza;
- orientamento dell'utenza, soprattutto verso le fasce più deboli della popolazione, ai fini di un efficace collegamento dei soggetti alla rete dei servizi dell'Ambito;
- funzione di segretariato sociale (per la quale sarebbe opportuno attivare un front-office presso tutte le sedi comunali o presso le sedi dei centri sociali presenti sul territorio dell'Ambito);
- lettura del territorio-comunità tramite raccolta e sistematizzazione dei dati e decodifica dei bisogni, con particolare studio di fenomeni sociali ancora nuovi, in espansione ed in continua evoluzione;
- incremento del sistema di rete e di qualità dei servizi sociali;
- creazione di una porta unica di accesso ai servizi d'Ambito ed a tutte le risorse presenti sul territorio;
- garanzia di omogeneità e universalità dei servizi.

##### c) Obiettivi specifici rispetto alle Funzioni: cura-assistenza, accompagnamento-abilitazione, promozione, educazione, informazione-consulenza.

- raccolta ed analisi dei bisogni del territorio e conseguente elaborazione di programmi di intervento mirati;
- offerta al cittadino di una base conoscitiva dettagliata sui servizi presenti territorio;
- offerta di strumenti idonei a favorire l'accesso ai servizi presenti sul territorio;
- miglioramento della qualità della totalità dei servizi socio-assistenziali sia pubblici che del privato sociale, attraverso un monitoraggio sul territorio teso alla realizzazione di un data base in costante aggiornamento che consenta l'individuazione dei bisogni dell'Ambito e l'immediata individuazione delle possibili risposte integrate da attivare;
- costituzione di una base conoscitiva utile ai soggetti operanti nel Terzo Settore, volontariato, cooperative sociali, fondazioni, associazioni, patronati ecc;

##### d) Attività previste distinte per Aree organizzative: strutture, servizi, tipologie

Il servizio sarà itinerante e coprirà tutti i Comuni dell'Ambito. Sarà collegato all'Ufficio di piano, per quanto riguarda la sua funzione di interfaccia con l'utenza e verrà svolto da professionisti qualificati che dovranno relazionarsi con tutti i servizi che permettono la totale presa in carico dell'utente.

Attività previste in termini di erogazione/ fruizione dei servizi:

Attività di Front office per realizzare:

- Informazioni e diffusione di notizie di carattere generale;

- raccolta della domanda avanzata dal cittadino;
- istruttoria di istanze del cittadino per l'accesso ai servizi;
- accompagnamento e attivazione delle risorse esistenti per il soddisfacimento del bisogno espresso dal cittadino.

Attività di back office:

- Monitoraggio e ricerca sulla realtà sociale locale;
- raccolta e diffusione dati sullo stato globale dei servizi;
- formulazione della rete istituzionale e di risorse informali del territorio.

Inoltre il servizio svolge compiti di filtro per l'accertamento dei bisogni e di primo osservatorio sociale fornendo:

- Pubblicizzazione del servizio;
- Rilevazione qualitativa e quantitativa dei Servizi presenti nel territorio;
- Catalogazione dei dati rilevati;
- Informazioni sui Servizi presenti nel territorio e i relativi criteri di accesso per la fruizione;
- Raccolta della domanda;
- Analisi qualitativa e quantitativa sulle istanze dei cittadini;
- Istruttoria delle istanze per la fruizione dei servizi;

#### e) Localizzazione degli interventi

Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Isernia.

#### f) Tipologie dei destinatari

Totalità della cittadinanza dei Comuni dell'Ambito Territoriale n.4 di Isernia.

#### g) Tempi di organizzazione e gestione dei servizi

Durata prevista 12 mesi. Anno di riferimento 2010.

Il titolare dell'intervento sarà l'Ambito Sociale Territoriale di Isernia in forma integrata con la ASREM - Distretto di Isernia.

La gestione del servizio potrà essere a gestione diretta dell'Ambito o affidata, mediante apposita Convenzione, a Cooperative e soggetti del Terzo Settore previsti dalla normativa di riferimento.

#### h) I rapporti con il territorio (soggetti istituzionali, formazioni sociali, popolazione)

Il presente Progetto interessa l'intero Ambito Sociale Territoriale di Isernia.

Il soggetto titolare e responsabile per la gestione dello stesso è l'Ambito Sociale Territoriale di Isernia in forma integrata con la ASREM - Distretto di Isernia.

Il Servizio si avvarrà del contributo professionale degli operatori del Distretto Sanitario di Isernia tramite sottoscrizione di apposito protocollo di intesa con la ASREM al fine della realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria degli interventi previsti.

Al fine di rendere l'intervento più rispondente alle esigenze della cittadinanza, e per evitare sovrapposizioni di interventi simili e frammentari, il Servizio sarà coordinato dall'Ufficio di Piano e dal Coordinatore di Ambito.

Il presente Servizio verrà espletato essenzialmente presso i Comuni dell'Ambito, da personale qualificato e potrà essere gestito in forma diretta dall'Ambito o affidata, mediante apposita Convenzione, a Cooperative e soggetti del Terzo Settore previsti dalla normativa di riferimento.

Il Servizio attraverso la metodologia del lavoro di rete, vedrà coinvolti gli Enti Locali dell'Ambito Territoriale, la ASREM, il Volontariato Sociale ed il Terzo Settore.

#### i) Modalità di raccordo/integrazione con altri servizi/interventi

- attività di raccordo effettuata dall'ufficio di piano e dal coordinatore di ambito, tra l'ufficio di cittadinanza, il servizio sociale professionale d'ambito, la porta unica d'accesso (pu), gli operatori

dei servizi socio sanitari del distretto sanitario locale, i dirigenti e funzionari dei comuni dell'ambito e dell'amministrazione provinciale.

- sottoscrizione di apposite convenzioni con centri e strutture sociali e soggetti operanti nel terzo settore, presenti sul territorio dell'Ambito.
- sottoscrizione del protocollo d'intesa per l'integrazione dei servizi socio-sanitari con il distretto sanitario locale.

#### l) Eventuali azioni informative e formative previste

Attività costante di informazione e orientamento effettuata presso l'Ufficio di Piano e gli Uffici di Cittadinanza dell'Ambito.

Pubblicazione e pubblicizzazione di ogni attività e/o informazione sul sito ufficiale dell'Ambito.

Comunicati stampa

Pubblicazione e diffusione di Bandi, Avvisi e Manifesti

25

#### m) Strumenti di documentazione degli interventi che si intendono adottare

- carta dei servizi
- modulistica per la formulazione della richiesta di accesso ai servizi
- schede di valutazione e verifica dei requisiti di accesso ai servizi.

#### n) Strumenti e procedure interne di verifica e monitoraggio degli interventi che si intendono adottare

- predisposizione di progetti individualizzati;
- previsione di obiettivi a breve-medio e lungo periodo da verificare sistematicamente attraverso riunioni periodiche tra l'Ufficio di piano, il personale qualificato operante nell'Ufficio di cittadinanza e gli assistenti sociali del servizio sociale professionale coinvolti nei singoli casi.

#### o) Indicatori previsti per la valutazione degli interventi che si intendono adottare

- ampliamento delle conoscenze dei cittadini in merito ai servizi presenti sul territorio,
- incremento progressivo del numero di cittadini-utenti del Servizio Ufficio di Cittadinanza
- conseguente aumento delle richieste di servizi.
- ampia circolazione e fruizione delle informazioni
- messa in rete dei servizi socio-assistenziali dell'Ambito
- apertura di sportelli informativi aperti al cittadino
- il grado di integrazione del Servizio con altre Istituzioni territoriali (ASREM)

## Allegato n° 6:

### *Format per singolo Progetto del PSZ annuale*

#### **Titolo: “SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE”**

##### a) Motivazioni

- aumento delle aree di fragilità emergenti a causa dell'acuirsi dei fattori di rischio sociali quali, precarizzazione del lavoro e della famiglia, invecchiamento della popolazione, ecc.;
- necessità di rispondere al nuovo concetto di servizio sociale pubblico non più basato esclusivamente sull'assistenza e sulla risposta a situazioni emergenziali, ma capace di sviluppare le potenzialità, insite nei singoli e nella comunità, di organizzarsi, riconoscere e gestire i bisogni sociali;
- numero significativo, ed in costante aumento, di casi di minori a rischio segnalati;
- incremento generale di condizioni (precariato, disagio economico-sociale, ecc.) che possono facilitare l'insorgenza di situazioni problematiche all'interno dei nuclei familiari più deboli
- aumento dei fattori di rischio, a causa di una sempre più diffusa situazione di malessere sociale, dovuta al dilagare di problemi quali disoccupazione, precariato, mancanza di reddito, dipendenze, elementi che tendono in molti casi a minare l'equilibrio di alcuni nuclei familiari, diminuendone di conseguenza la capacità educativa e di cura verso i soggetti più deboli, in questo caso i minori

##### b) Obiettivi generali

- Risposta al bisogno di ascolto, accoglienza, sostegno e orientamento della generalità dell'utenza;
- orientamento dell'utenza, soprattutto verso le fasce più deboli della popolazione, ai fini di un efficace collegamento dei soggetti alla rete dei servizi dell'Ambito;
- funzione di segretariato sociale;
- realizzare in modo omogeneo, in tutti i Comuni dell'Ambito, un servizio in grado di valorizzare la persona nella sua autonomia e nella sua capacità di assumersi responsabilità;
- sostenere le persone nell'uso delle proprie risorse e di quelle presenti nella società;
- prevenire ed affrontare situazioni di disagio;
- tutela dei diritti dei minori;
- diffusione di una cultura del minore come soggetto portatore di propri ed inviolabili diritti;
- promozione di percorsi integrati volti all'uniformità ed omogeneità delle metodologie d'intervento, a mezzo di un lavoro coordinato e condiviso tra tutti i soggetti coinvolti (Istituzione giuridica e scolastica, consultori familiari, operatori dei servizi sociali, operatori dei servizi socio-sanitari del distretto sanitario, famiglia);
- promuovere iniziative per ridurre il rischio emarginazione.

##### c) Obiettivi specifici rispetto alle Funzioni: cura-assistenza, accompagnamento-abilitazione, promozione, educazione, informazione-consulenza.

- raccolta ed analisi dei bisogni e conseguente elaborazione di programmi di intervento mirati;
- offerta al cittadino di una base conoscitiva dettagliata sui servizi presenti territorio;
- offerta di strumenti idonei a favorire l'accesso ai servizi presenti sul territorio;
- sostegno e recupero della funzione genitoriale nei casi di separazione e/o divorzio caratterizzati da particolare conflittualità tra i coniugi la quale spesso si riflette negativamente sul benessere dei figli.
- garanzia di un ambiente armonico ed adeguato alla crescita psico-fisica del minore.
- sostegno socio-psicologico del minore e della famiglia.
- agevolazione delle interazioni familiari ed aumento nella coppia la capacità di ascolto e di accoglimento e comprensione delle esigenze dei minori.

#### d) Attività previste distinte per Aree organizzative: strutture, servizi, tipologie

Il servizio sarà itinerante e coprirà tutti i Comuni dell'Ambito. Sarà collegato all'Ufficio di piano, per quanto riguarda la sua funzione di interfaccia con l'utenza e verrà svolto da professionisti qualificati che dovranno relazionarsi con tutti i servizi che permettono la totale presa in carico dell'utente.

Il servizio è svolto da assistenti sociali iscritti all'albo professionale con compiti di:

- accoglienza
- informazione e orientamento
- valutazione del bisogno
- definizione di piano di lavoro personalizzati
- consulenza

Alcune specificità del Servizio Sociale Professionale, inoltre, sono:

- procedimenti di allontanamento di un minore dal nucleo familiare;
- la destinazione a strutture residenziali;
- rapporti con il Tribunale e/o Ministero di giustizia;
- partecipazione all'Unità di Valutazione Integrata (UVI);
- orientamenti e/o scelte in materia di integrazione socio-sanitaria;
- attivazione di processi di attribuzione di idoneità alle famiglie nei casi di affidamento o adozione;

In ogni caso le attività del servizio saranno svolte seguendo un'azione congiunta e globale che coinvolge tutti i settori nell'espletamento delle funzioni fondamentali del sistema che, secondo quanto definito nelle *Linee guida regionali per la rilevazione e la presa in carico di bambini e bambine vittime di maltrattamenti, abuso e sfruttamento sessuale* - Regione Molise, sono:

1. Prevenzione primaria e riduzione del rischio
2. Rilevazione
3. Segnalazione/Denuncia
4. Protezione
5. Vigilanza
6. Valutazione
7. Trattamento

#### e) Localizzazione degli interventi

Comuni dell'Ambito Territoriale n.4 di Isernia.

#### f) Tipologie dei destinatari

Totalità della cittadinanza dei Comuni dell'Ambito Territoriale n.4 di Isernia, con particolare riferimento a Minori e famiglie, anziani, disagiati sociali, disabili.

#### g) Tempi di organizzazione e gestione dei servizi

Durata prevista 12 mesi. Anno di riferimento 2010.

Il titolare dell'intervento sarà l'Ambito Sociale Territoriale di Isernia in forma integrata con la ASREM - Distretto di Isernia.

La gestione del servizio potrà essere a gestione diretta dell'Ambito o affidata, mediante apposita Convenzione, a Cooperative e soggetti del Terzo Settore previsti dalla normativa di riferimento.

#### h) I rapporti con il territorio (soggetti istituzionali, formazioni sociali, popolazione)

Il presente Progetto interessa l'intero Ambito Sociale Territoriale di Isernia.

Il soggetto titolare e responsabile per la gestione dello stesso è l'Ambito Sociale Territoriale di Isernia in forma integrata con la ASREM - Distretto di Isernia.

Il Servizio si avvarrà del contributo professionale degli operatori del Distretto Sanitario di Isernia tramite sottoscrizione di apposito protocollo di intesa con la ASREM al fine della realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria degli interventi previsti.

Al fine di rendere l'intervento più rispondente alle esigenze della cittadinanza, e per evitare sovrapposizioni di interventi simili e frammentari, il Servizio sarà coordinato dall'Ufficio di Piano e dal Coordinatore di Ambito.

Il presente Servizio verrà espletato essenzialmente presso i Comuni dell'Ambito, da personale qualificato e potrà essere gestito in forma diretta dall'Ambito o affidata, mediante apposita Convenzione, a Cooperative e soggetti del Terzo Settore previsti dalla normativa di riferimento.

Il Servizio attraverso la metodologia del lavoro di rete, vedrà coinvolti gli Enti Locali dell'Ambito Territoriale, la ASREM, le istituzioni scolastiche, l'autorità giudiziaria competente, le forze dell'ordine, il Volontariato Sociale ed il Terzo Settore.

#### i) Modalità di raccordo/integrazione con altri servizi/interventi

- attività di raccordo effettuata dall'ufficio di piano e dal coordinatore di ambito, tra l'ufficio di cittadinanza, il servizio sociale professionale d'ambito, la porta unica d'accesso (pua), gli operatori dei servizi socio sanitari del distretto sanitario locale, le istituzioni scolastiche, l'autorità giudiziaria competente, forze dell'ordine, i dirigenti e funzionari dei comuni dell'ambito e dell'amministrazione provinciale.
- sottoscrizione di apposite convenzioni con centri e strutture sociali e soggetti operanti nel terzo settore, presenti sul territorio dell'Ambito.
- sottoscrizione del protocollo d'intesa per l'integrazione dei servizi socio-sanitari con il distretto sanitario locale.

#### l) Eventuali azioni informative e formative previste

Attività costante di informazione e orientamento effettuata presso l'Ufficio di Piano e gli Uffici di Cittadinanza dell'Ambito

Pubblicazione e pubblicizzazione di ogni attività e/o informazione sul sito ufficiale dell'Ambito

Comunicati stampa

Pubblicazione e diffusione di Bandi, Avvisi e Manifesti

#### m) Strumenti di documentazione degli interventi che si intendono adottare

- Carta dei servizi
- modulistica per la formulazione della richiesta di accesso ai servizi
- schede di valutazione e verifica dei requisiti di accesso ai servizi;
- documentazione operativa prevista nel *"Protocollo multidisciplinare e interistituzionale d'intesa per l'adozione di interventi coordinati per la prevenzione e il contrasto dei maltrattamenti e delle violenze sessuali all'infanzia e per la protezione e la tutela di bambini e adolescenti che ne sono vittime - Regione Molise"*.

#### n) Strumenti e procedure interne di verifica e monitoraggio degli interventi che si intendono adottare

- predisposizione di progetti individualizzati;
- monitoraggio e valutazione dei risultati.
- previsione di obiettivi a breve-medio e lungo periodo da verificare sistematicamente attraverso riunioni periodiche tra l'Ufficio di piano, il personale qualificato operante nell'Ufficio di cittadinanza e gli assistenti sociali del Servizio Sociale Professionale coinvolti nei singoli casi.

#### o) Indicatori previsti per la valutazione degli interventi che si intendono adottare

Indicatore di attività:

- numero ore di assistenza garantite
- numero utenti assistiti
- numero operatori impegnati

Indicatori di risultato:

- monitoraggio;
- valutazione dei risultati.

- diminuzione ricoveri in strutture residenziali
- numero interventi realizzati
- maggiore percentuale di copertura del servizio nel territorio dell'Ambito Territoriale;
- maggiore percentuale di interventi realizzati.
- numero degli utenti che accedono al servizio;

Indicatore di impatto:

- implementazione di progetti sulla qualità dei servizi e delle strutture.
- implementazione del sistema integrato di interventi socio-sanitari dell'ambito territoriale;

p) Risorse finanziarie

- € 47.000 per la sola annualità 2010

q) Risorse professionali

Assistenti Sociali iscritti all'albo professionale.