

### B) ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO S.I.N.A. CAMPANIA

#### Premessa

Il progetto si propone di superare la frammentazione organizzativa nell'erogazione dei servizi alla persona tra i Comuni della Regione Campania, e di promuovere, attraverso la sperimentazione e diffusione di strumenti e tecnologie dell'informazione e comunicazione (ICT), una corretta valutazione del bisogno assistenziale dei non autosufficienti, per una presa in carico appropriata e non casuale, e un corretto monitoraggio dei servizi e delle risorse offerte.

Il progetto s'innesta sul sistema di interventi e servizi sociali attivato ai sensi della L. 328/200 e della L.R. 11/07 e rientra coerentemente nell'ambito delle finalità previste dal Piano Sociale Regionale (DGR 604/09), in merito a valutazione, presa in carico e monitoraggio.

Il progetto, inoltre, rafforza le politiche sociali della Regione Campania volte a sostenere il processo di riconversione della presa in carico delle cittadini non autosufficienti, favorendo sia la deistituzionalizzazione che il passaggio dalle strutture sanitarie alla rete di servizi e strutture socio-assistenziali, per una più appropriata risposta ai bisogni e razionalizzazione della spesa.

In tale prospettiva la Regione prevede di potenziare la metodologia di valutazione del bisogno assistenziale attraverso la validazione di uno strumento, la sperimentazione dello stesso e il trasferimento di buone prassi già sperimentate in alcuni Ambiti territoriali nell'erogazione dei servizi e nel monitoraggio.

#### B.1. OBIETTIVI DEL PROGETTO

Il progetto si sviluppa attraverso la realizzazione di 3 obiettivi tra loro connessi.

**Obiettivo 1. Diffusione della cultura della presa in carico conforme con le indicazioni della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e con la metodologia ICF.**

La diffusione tra tutti gli attori del welfare campano (operatori del segretariato sociale, del servizio sociale professionale, degli operatori del Terzo Settore fornitori dei servizi alla persona, del volontariato, dei familiari, etc.) di una cultura scientificamente fondata della presa in carico ha enorme valore strategico. Il prendersi cura dei cittadini più fragili impone, infatti, la capacità di leggere i bisogni della persona nella loro complessità, superando il rischio di una frammentazione degli interventi che può essere indotto da pratiche settoriali, mirando così ad una presa in carico della persona nella sua interezza. La diffusione di una adeguata cultura della presa in carico diventa allora un intervento destinato in primo luogo agli operatori direttamente coinvolti, ma di cui devono beneficiare le comunità territoriali nel loro complesso, giacché i processi di inclusione sociale impongono una generalizzata etica della responsabilità. A tal fine l'obiettivo 1 si deve perseguire attraverso un diretto coinvolgimento di tutti gli attori del territorio, affinché, oltre che un arricchimento della competenze dei *professionals*, possa prodursi anche un rafforzamento delle reti informali, indispensabile per il consolidamento del welfare di comunità.

**Obiettivo 2. Progettazione e sperimentazione di uno strumento di valutazione delle condizioni psico-socio-ambientali del cittadino non autosufficiente, e di un progetto personalizzato, quali componente essenziali del fascicolo elettronico del cittadino.**

La partecipazione della Campania al progetto SINA coordinato dalla Regione Liguria, ha senz'altro prodotto ottimi risultati, per certi versi inattesi. Esso ha suscitato grande interesse tra gli Ambiti territoriali che vi hanno preso parte, anche per la diffusa consapevolezza della imminente necessità di predisporre un sistema informativo centrato sul fascicolo elettronico previsto dal Libro bianco del welfare, e quindi di dotarsi di uno strumento operativo che consenta una appropriata presa in

carico. La Regione Campania ha scelto di adottare, quale strumento di valutazione multidimensionale, la scheda S.Va.M.A., ma non ha ancora adottato una scheda sociale in grado di produrre una adeguata valutazione delle variabili sociali che influenzano la condizione del cittadino non autosufficiente e che determinano la complessa dimensione della sua salute. Al contempo non esiste uno schema condiviso di Progetto Individualizzato, in grado di monitorare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza degli interventi promossi.

Nella consapevolezza che l'uso di una adeguata piattaforma tecnologica facilita la condivisione delle informazioni ed accresce l'utilità della partecipazione di ciascun attore, anche grazie alla produzione di output necessari perché ognuno possa offrire al meglio il contributo atteso, con questo obiettivo ci si propone quindi di progettare, in modo partecipato con gli operatori dei servizi sociali, la scheda sociale S.Va.M.A. ed il Progetto Individualizzato, di realizzare il loro formato digitale, e di sperimentare la loro funzionalità attraverso l'utilizzo in forma *web based*, affinché tutti gli operatori della filiera della fornitura dei servizi alla persona, possano fruire delle informazioni presenti e concorrere ad arricchirle con quelle relative ai propri interventi.

Ad integrazione ed in continuità con il Progetto SINA, per la realizzazione dell'obiettivo è necessario quindi avviare un piano straordinario della digitalizzazione delle informazioni dei cittadini non autosufficienti in carico, dotando gli operatori del servizio sociale professionale di adeguata strumentazione informatica (*netbooks*) e chiedendo loro l'aggiornamento digitale (*update*) delle schede individuali.

**Obiettivo 3. Diffusione di una buona prassi di un Ambito Territoriale di monitoraggio dell'erogazione del servizio rispetto ai bisogni reali, attraverso l'uso di Tecnologie di Informazione e Comunicazione (ICT).**

Nel sistema integrato dei servizi sociali della Campania vi è una estrema variabilità del grado di sviluppo degli Ambiti Territoriali, efficacemente sintetizzata nel I Piano Sociale Regionale (PSR 2009-2011). Se vi sono Ambiti che presentano elementi di arretratezza dal punto di vista organizzativo, professionale e gestionale, come si evince dai Piano di Zona relativi alla I annualità del PSR ve ne sono alcuni che nel corso degli anni hanno sperimentato forme avanzate di gestione dei servizi, anche attraverso un sapiente utilizzo delle Tecnologie di Informazione e Comunicazione (ICT).

Utile per rafforzare l'offerta di servizi ai cittadini non autosufficienti è allora la sperimentazione di strumenti ICT in grado di determinare con puntualità la quantità del servizio erogato, facilitando non solo la consuntivazione presso gli enti ma anche aiutando l'organizzazione erogatrice a identificare i bisogni reali e a modificare l'erogazione del servizio in funzione delle caratteristiche del cittadino utente e del territorio in cui risiede. Si tratta, quindi, di sperimentare l'uso di strumenti ICT, in almeno un Ambito Territoriale per provincia, che consentano di automatizzare il sistema di monitoraggio dei servizi erogati, attraverso il rilevamento dell'erogazione in tempo reale (con una connessione GSM/GPRS ad un centro servizi) delle prestazioni offerte dagli operatori sociali (assistenti sociali, operatori di equipe, operatori generici, etc) che svolgono attività, in primo luogo, di assistenza domiciliare.

Tale sperimentazione è finalizzata a raggiungere tre risultati:

- erogazione in modo univoco e certificabile delle prestazioni richieste, ottimizzando l'utilizzo della risorsa tempo e quindi aumentando la soddisfazione dell'utenza;
- promozione di una migliore gestione dei servizi erogati che, allineati con la programmazione degli interventi previsti dal Progetto Individualizzato, consenta un puntuale monitoraggio e la corretta misurazione dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni offerte, e quindi di porre in essere tempestivamente eventuali azioni correttive;

- riduzione dei costi interni dell'Ambito territoriale, automatizzando il controllo delle presenze e degli orari di lavoro attuato, e dei tempi di preparazione dei pagamenti.

La realizzazione di tale obiettivo è demandata all'Ambito Territoriale che nel corso degli anni ha acquisito maggiore esperienza nella progettazione e nell'uso di ICT, nei limiti del budget specificato nel quadro economico allegato.

## B.2. CONTESTO ED AMBITO TERRITORIALE IN CUI IL PROGETTO SI COLLOCA

Il progetto si iscrive nel sistema di offerta dei servizi socio-assistenziali degli Ambiti Territoriali della Campania, attualmente caratterizzato da una frammentazione degli strumenti e delle metodologie in uso per la valutazione delle persone non autosufficienti, che non sempre garantisce la costruzione di risposte centrate sui bisogni delle persone. Esso impatta sulla incompiuta integrazione istituzionale, organizzativa, gestionale e finanziaria dei sistemi sociali e sanitari e risponde alla necessità di predisporre strumenti e pratiche che ne favoriscano la realizzazione. Tutti gli obiettivi sono finalizzati a creare le condizioni migliori per una compiuta integrazione, diffondendo una cultura conforme alla definizione di salute presente nel SSN e sussunta dal SSR, predisponendo gli strumenti in grado di integrarsi con i flussi informativi NSIS e con le informazioni indispensabili per conseguire una presa in carico congiunta, e sperimentando un sistema di monitoraggio che, registrando e monitorando i cd. "accessi" costituisca una utile base di conoscenza che i due sistemi devono condividere per meglio rispondere alle esigenze dell'utenza. Per ciò che concerne la collocazione geografica, l'obiettivo 1 e l'obiettivo 2 si sviluppano sull'intero territorio regionale, mentre l'obiettivo 3 deve prodursi in almeno 5 Ambiti (1 per ogni provincia).

## B.3. ARTICOLAZIONE DELLE ATTIVITÀ E PROGRAMMAZIONE TEMPORALE DELLE STESSE

Attività	Attori	1 bim.	2 bim.	3 bim.	4 bim.	5 bim.	6 bim.	7 bim.	8 bim.	9 bim.
<b>AVVIO ATTIVITÀ: Costituzione del Gruppo di Lavoro regionale</b>										
1.1 Individuazione di soggetti qualificati per la diffusione della cultura dell'ICF e convenzione ONU	GdL Regione									
1.2 Pubblicizzazione degli interventi in/formativi	GdL Regione									
1.3 Organizzazione di seminari su base provinciale destinati agli attori del territorio (servizi sociali e privato sociale, etc.)	GdL Regione									
1.4 realizzazione di 5 seminari provinciali	Soggetti individuati									
<b>Ob. 1 diffusione della cultura della presa in carico</b>										
2.1 individuazione di un gruppo ristretto di referenti di Ambito per la progettazione della scheda di valutazione e del progetto personalizzato	GdL Regione									
2.2 progettazione partecipata scheda di valutazione e del progetto personalizzato	Ref. Ambiti									
2.3 realizzazione degli applicativi per la sperimentazione (CSSR)	Centro Servizi Sociali Regionale									
2.4 dotazione della strumentazione informatica necessaria	GdL Regione									
2.5 diffusione del fascicolo elettronico tra gli operatori di tutti gli Ambiti (addestramento degli operatori)	Ref Ambito									
2.6 compilazione/aggiornamento fascicoli elettronici (update)	SSP									
<b>Ob. 2 progettazione e sperimentazione dello strumento di valutazione e del progetto personalizzato</b>										

3.1 selezione di un Ambito territoriale in cui sia presente una buona pratica	GdL Regione									
3.1 sottoscrizione del protocollo con l'Ambito per la diffusione della buona pratica	GdL Regione									
3.2 individuazione dei 5 Ambiti su base provinciale	GdL Regione									
3.3 presentazione e approvazione della progettazione esecutiva dell'Ambito mentore	Ambito selezionato									
3.4 trasferimento risorse e avvio della fase operativa	Ambito selezionato									
3.5 monitoraggio fisico e finanziario delle attività realizzate dall'Ambito mentore	GdL Regione									
<b>Ob. 3. diffusione di una buona prassi sperimentata</b>										
<b>DIFFUSIONE DEI RISULTATI</b>	GdL Regione									

#### B.4 RISULTATI ATTESI

<b>Ob. 1 diffusione della cultura della presa in carico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partecipazione agli eventi in/informativi degli attori del territorio (componenti Uffici di Piano, servizio sociale professionale, operatori dei Distretti Sanitari, operatori del Terzo Settore, attori di advocacy e tutela, associazione di volontariato, associazione di utenti, etc.)</li> </ul>
<b>Ob. 2 progettazione e sperimentazione dello strumento di valutazione e del progetto personalizzato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizzazione digitale della scheda sociale S.Va.M.A. e di format del Progetto Personalizzato quali parti del fascicolo elettronico;</li> <li>Realizzazione di applicativi per la realizzazione e la gestione di fascicoli elettronici da includere nel Sistema Informativo Sociale Campania Sociale Digitale in via di realizzazione;</li> <li>Adozione del fascicolo elettronico per i cittadini non autosufficienti in carico ai servizi</li> </ul>
<b>3. diffusione di una buona prassi sperimentata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizzazione degli applicativi necessari per il monitoraggio on line delle prestazioni domiciliari da includere nel Sistema Informativo Sociale Campania Sociale Digitale in via di realizzazione;</li> <li>Coinvolgimento delle organizzazioni e degli operatori del privato sociale;</li> <li>Questionario del grado di soddisfazione degli utenti;</li> <li>Mappa delle criticità emerse dalla sperimentazione.</li> </ul>

#### B.5 INDICATORI NUMERICI DI EFFICIENZA/EFFICACIA IN TERMINI DI STRUTTURA, PROCESSO, RISULTATO

<b>Ob. 1 diffusione della cultura della presa in carico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N. Partecipanti agli eventi in/informativi per tipologia di ente di appartenenza (componenti Uffici di Piano, servizio sociale professionale, operatori dei Distretti Sanitari, operatori del Terzo Settore, attori di advocacy e tutela, associazione di volontariato, associazione di utenti, etc.)</li> <li>N. copie materiale didattico su supporto distribuito ai partecipanti</li> <li>Scostamento tra il tempo previsto ed il tempo di realizzazione</li> </ul>
<b>Ob. 2 progettazione e sperimentazione dello strumento di valutazione e del progetto personalizzato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N. incontri per la progettazione partecipata della scheda sociale S.Va.M.A. con gli attori del territorio;</li> <li>N. incontri per la progettazione partecipata del fascicolo elettronico;</li> <li>N. di assistenti sociali dei Comuni coinvolti nell'utilizzo sperimentale del fascicolo elettronico</li> <li>N. persone non autosufficienti sottoposte a valutazione (n. di schede di valutazione del fascicolo elettronico compilate)</li> <li>N. persone non autosufficienti destinatarie di una progettazione personalizzata (n. di progetti personalizzati del fascicolo elettronico compilati)</li> <li>% di fascicoli elettronici sul totale degli utenti dei servizi socio-assistenziali dei Piani di Zona relativi alle Aree Anziani e Disabili</li> <li>N. fascicoli elettronici utilizzati in sede di Unità di Valutazione Integrata per l'accesso ai servizi socio-sanitari</li> </ul>
<b>3. diffusione di una buona prassi sperimentata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N. utenti di servizi domiciliari nei 5 Ambiti Territoriali individuati</li> <li>% utenti di servizi domiciliari per i quali avviene la sperimentazione sul totale degli utenti dei servizi domiciliari nei 5 Ambiti Territoriali individuati</li> <li>N. degli operatori domiciliari del Terzo Settore coinvolti nella sperimentazione (distinti per tipologia professionale)</li> <li>N. ore di prestazione monitorate</li> <li>N. di questionari per la valutazione del grado di soddisfazione compilati dagli utenti</li> </ul>

## C) PIANO ECONOMICO

### PIANO DEI COSTI TOTALE

Attività	1 bim.	2 bim.	3 bim.	4 bim.	5 bim.	6 bim.	7 bim.	8 bim.	9 bim.	costo previsto
<b>AVVIO ATTIVITA': Costituzione del Gruppo di Lavoro regionale</b>										
1.1 Individuazione di soggetti qualificati per la diffusione della cultura dell'ICF e convenzione ONU										
1.2 Pubblicizzazione degli interventi in/formativi	6.000,00	6.500,00								12.500,00
1.3 Organizzazione di seminari su base provinciale destinati agli attori del territorio (servizi sociali e privato sociale, etc.)		15.000,00								15.000,00
1.4 realizzazione di 5 seminari provinciali		65.000,00								65.000,00
<b>1 diffusione della cultura della presa in carico</b>	<b>6.000,00</b>	<b>86.500,00</b>								<b>92.500,00</b>
2.1 individuazione di un gruppo ristretto di referenti di Ambito per la progettazione della scheda di valutazione e del progetto personalizzato										
2.2 progettazione partecipata scheda di valutazione e del progetto personalizzato			20.000,00	20.000,00						40.000,00
2.3 realizzazione degli applicativi per la sperimentazione (CSSR)					50.000,00	50.000,00				100.000,00
2.4 dotazione della strumentazione informatica necessaria					277.500,00					277.500,00
2.5 diffusione del fascicolo elettronico tra gli operatori di tutti gli Ambiti (addestramento degli operatori)					75.000,00	75.000,00				150.000,00
2.6 compilazione/aggiornamento fascicoli elettronici (update)					60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	300.000,00
<b>2 progettazione e sperimentazione dello strumento di valutazione e del progetto personalizzato</b>			<b>20.000,00</b>	<b>20.000,00</b>	<b>462.500,00</b>	<b>185.000,00</b>	<b>60.000,00</b>	<b>60.000,00</b>	<b>60.000,00</b>	<b>867.500,00</b>
3.1 selezione di un Ambito territoriale in cui sia presente una buona pratica										
3.1 sottoscrizione del protocollo con l'Ambito per la diffusione della buona pratica										
3.2 individuazione dei 5 Ambiti su base provinciale										
3.3 presentazione e approvazione della progettazione esecutiva dell'Ambito mentore						1.500.000,00				1.500.000,00
3.4 trasferimento risorse e avvio della fase operativa										
3.5 monitoraggio fisico e finanziario delle attività realizzate dall'Ambito mentore										
<b>3. diffusione di una buona prassi sperimentata*</b>						<b>1.500.000,00</b>				<b>1.500.000,00</b>
<b>Diffusione dei risultati</b>									20.000,00	<b>20.000,00</b>
<b>costi del gruppo di lavoro (spese viaggio, gettone di presenza,etc.)</b>	<b>2.000,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>4.000,00</b>	<b>20.000,00</b>

**costo complessivo del progetto 2.500.000,00**

\* Per il dettaglio si rinvia al “Quadro economico della progettazione dell'Ambito Mentore”

## QUADRO ECONOMICO DELLA PROGETTAZIONE DELL'AMBITO MENTORE

Tipologia di costo	€	%
Personale impegnato nella realizzazione del Progetto	613.250,00	40,9%
Assistenza e coordinamento	77.150,00	5,1%
Attività amministrativa	100.000,00	6,7%
Addestramento operatori	42.000,00	2,8%
Attività di rendicontazione e monitoraggio	78.000,00	5,2%
Totale attrezzature hardware	400.000,00	26,7%
Totale software	150.000,00	10,0%
Totale altri costi	39.600,00	2,6%
<b>Totale progettazione esecutiva dell'Ambito Mentore</b>	<b>1.500.000,00</b>	<b>100,0%</b>

## PIANO DELLE FONTI DI FINANZIAMENTO

Fonti	€	%
FNA 2010 (Finanziamento richiesto)	2.000.000,00	80,0%
Risorse Regionali	500.000,00	20,0%
<b>Totale Finanziamento Progetto</b>	<b>2.500.000,00</b>	<b>100,0%</b>