



## *Scheda Progetto A Casa insieme*

*Progetto sperimentale di integrazione socio sanitaria, finalizzato a favorire la permanenza delle persone "fragili", al proprio domicilio*

## Sommario

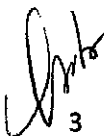
1 - TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO.....	3
2 - REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA.....	3
3 - RISORSE FINANZIARIE OCCORENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO.....	3
4 - DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E DI ESPERIENZE ESISTENTI A LIVELLO REGIONALE/P.A. ..	4
5 - OBIETTIVI .....	14
6 - RISULTATI ATTESI .....	16
7 - PUNTI DI FORZA.....	16
8 - PUNTI DI DEBOLEZZA .....	17
9 - DURATA COMPLESSIVA.....	17
10 - DESCRIZIONE ANALITICA.....	17
11 - INDICATORI DI RISULTATO PREVISTI.....	17

*CP*

<b>1 - TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	A Casa insieme- Progetto sperimentale di integrazione socio sanitaria, finalizzato a favorire la permanenza delle persone "fragili", al proprio domicilio
---	---

<b>2 - REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA</b>	Regione Sicilia
---------------------------------------	-----------------

<b>3 - RISORSE FINANZIARIE OCCORENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>	<b>Finanziamento</b>	<b>Riferimento</b>	<b>Importo</b>
	Risorse assegnate per l'anno 2020	- Quota da finanziamento regionale	<b>€ 1.040.000</b>

  
3

**4 - DESCRIZIONE DEL  
CONTESTO DI  
RIFERIMENTO E DI  
ESPERIENZE  
ESISTENTI A LIVELLO  
REGIONALE/P.A.**

Il progressivo invecchiamento della popolazione, dovuto all'allungamento della vita media, ai progressi della medicina e ai fattori sociali e ambientali, ha profondamente modificato la domanda di salute del mondo occidentale, con il passaggio alla prevalenza delle malattie cronicodegenerative, rispetto alle malattie infettive, con una crescente domanda di salute, rivolta in tal senso, spesso non sufficientemente accolta.

Il bisogno assistenziale espresso evidenzia una tale eterogeneità e complessità di fattori generanti, che non è più possibile utilizzare logiche programmatiche monodimensionali.

Ciò è particolarmente evidente nelle fasce sociali più vulnerabili, sulle quali si concentra, in modo determinante, l'attenzione nei percorsi di cura socio sanitari: la cronicità, la disabilità, la non autosufficienza e la lungo assistenza che, si accompagnano spesso a forme di grave emarginazione sociale.

In queste situazioni, l'efficacia dell'intervento, si misura necessariamente, con la capacità di fornire risposte integrate e unitarie a bisogni multipli, in modo da garantire un progetto assistenziale, efficace ed adeguato ai bisogni complessi della persona, basando l'intervento su percorsi assistenziali integrati ed unitari.

La definizione di un sistema socio-sanitario integrato è da sempre oggetto di attenzione da parte dell'Amministrazione regionale che, sin dagli anni 80, ha avvertito la necessità di individuare, in ambito regionale e locale, un'unica governance socio-sanitaria (art. 17 e 48 l.r. 22/86). Nei diversi anni a seguire, le numerose leggi emanate in ambito sanitario e sociale, hanno richiamato l'urgenza di un sistema unico di offerta socio-sanitaria, in grado di garantire risposte integrate, complete ed efficaci, alla persona portatrice di bisogni complessi.

Il D.lgs. 229/99 integra e modifica l'art. 3 septies del D.lgs 502/92 e così recita: << l'assistenza socio-sanitaria è l'insieme delle attività atte a soddisfare, con percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che, richiedono unitariamente, prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione >>.

Di fondamentale importanza, in questo ambito, è il Distretto, ovvero l'articolazione territoriale dell'Azienda sanitaria, la cui missione è quella di assicurare alla popolazione residente, la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni di tipo sanitario, socio sanitario e sociale, secondo i criteri di equità, accessibilità e appropriatezza.

L'Asp di Palermo attraverso i PUA, ha impostato un modello di governance dei Servizi territoriali che, consente di governare i percorsi di cura delle persone, l'efficacia degli interventi erogati e i costi sostenuti.

Il percorso di adattamento dei e ai PUA è stato graduale e complesso, perché ha richiesto l'impianto di nuovi paradigmi assistenziali, nuovi modelli organizzativi, gestionali e anche informativi che superassero i modelli organizzativi fondati sui Servizi tradizionali.

Il sistema normativo di riferimento, la legge 328/2000 indirizza in modo organico le Regioni, attivando la coincidenza tra Distretti Sanitari e Ambiti sociali, aggregazioni intercomunali, che hanno il compito di avviare nuove forme e modalità di progettazione, organizzazione e gestione dei Servizi integrati.

In ogni Distretto, presso tutti i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), la software house Aziendale Dedalus ha realizzato un programma informatico, capace di aiutare gli operatori sanitari a rispondere in modo uniforme e competente alle richieste, sia della persona che esprime bisogni complessi, che alla famiglia cui appartiene, in un'ottica istituzionale di servizio alla persona. La presa in carico consiste nella formulazione di un profilo socio sanitario della persona attraverso una valutazione multidimensionale da parte della Unità di

	<p>Valutazione multidimensionale dei distretti/PTA con la predisposizione di un progetto assistenziale personalizzato (PAI) e nell'affidamento al Servizio appropriato della rete territoriale socio sanitaria.</p> <p>Alla luce di quanto finora affermato, dunque, le finalità dei PUA Aziendali si possono così riassumere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi, garantendo l'accesso universalistico alle prestazioni sociosanitarie, in particolare nell'area della fragilità, della cronicità e della disabilità;</li> <li>- promuovere l'integrazione tra l'attività sanitaria, socio sanitaria e sociale;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- realizzare la presa in carico del paziente attraverso l'identificazione del bisogno, e il conseguente indirizzamento alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individualizzato;</li> <li>- facilitare l'emersione della domanda espressa di salute, implementando la capacità di attrazione verso coloro i quali necessitano di assistenza, rendendosi visibili, facilmente fruibili e idonei all'accoglienza;</li> <li>- semplificare i passaggi burocratici;</li> <li>- promuovere monitoraggi dei bisogni di salute ed assistenza orientati alla costruzione di percorsi di prevenzione della disabilità e di mantenimento delle abilità residue;</li> <li>- promuovere azioni di empowerment rivolte al mantenimento delle risorse personali, delle capacità di scelta personali e della partecipazione.</li> </ul> <p>Quanto declinato è possibile dal momento che tutte le informazioni "catturate" dai PUA, confluiscono nel più vasto sistema informatico realizzato nell'ambito del QSN 2007/13 intervento 1 "Sistema informativo integrato e cartella socio sanitaria informatizzata" messo a punto dal RTI DataManagement Italia, che si è occupata della progettazione software e KPMG della parte operativa/gestionale. La piattaforma di interoperabilità, attraverso la cartella socio sanitaria integrata, consente l'utilizzo incrociato di informazioni sociali e sanitarie, mettendo in collegamento tutti i punti PUA (sia sanitari, che sociali) in tempo reale. L'anagrafica utilizzata è quella degli assistiti (NAR), ma si è già inoltrata la richiesta al competente Ministero per l'utilizzo dell'anagrafica degli Enti Locali (ANPR), molto più completa e aggiornata. Inoltre, la progettualità ha consentito la messa in rete dei Comuni del territorio, attraverso la condivisione di linguaggi, strumenti e risorse professionali (assistenti sociali dei Comuni). Per maggiori dettagli si rimanda al relativo Allegato.</p> <p>Dunque, le iniziative intraprese sopra descritte spiegano come l'Azienda ha percepito la necessità di realizzare un consolidamento omogeneo dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria finalizzato a far protendere il baricentro della rete "dell'offerta" verso cure che possono essere erogate al di fuori degli ospedali.</p> <p><b><u>Quadro di riferimento Territoriale</u></b>  La struttura socio-demografica dei Distretti socio-sanitari dell'ASP di Palermo si caratterizza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per un graduale decremento demografico (con un decremento pari al 10%);</li> <li>- per un saldo naturale tendenzialmente negativo;</li> <li>- per una forte rappresentatività delle classi di età oltre i 65 anni, pari a poco più di 2/4 del totale della popolazione;</li> <li>- per classi di età caratterizzate da un elevato tasso di femminilizzazione e di vedovanza femminile;</li> <li>- per una aspettativa di vita in linea con il dato nazionale e regionale (di</li> </ul>

82,9 anni circa per le femmine e di 76,7 anni circa per i maschi);

- per una debole rappresentatività delle classi di età comprese fra 0 e 18 anni;
- per un numero medio di componenti per nucleo familiare pari a 2,46 unità e con famiglie mononucleari (pari all' 11% della popolazione totale);
- per una percentuale di popolazione in età attiva pari al 59% della popolazione totale;
- per un tasso di disoccupazione e di inoccupazione pari al 30% della popolazione totale ed al 52% della popolazione in età attiva (prevalentemente giovanile e femminile);
- per un carico sociale pari a 70%.

I dati analizzati nei Distretti socio-sanitari dell'ASP di Palermo evidenziano:

- ✓ Una semplificazione delle strutture familiari (diminuzione dei componenti);
- ✓ Il modello di famiglia "unipersonale" è in maggior crescita e la maggior parte è costituita da ultra 65enni;
- ✓ Una decrescita demografica;
- ✓ Una popolazione anziana a rischio di non autosufficienza per malattie invalidanti;
- ✓ Una minore attenzione alle persone con disabilità;
- ✓ Un'assenza di servizi e prestazioni per le Dipendenze;
- ✓ Un'assenza di servizi e prestazioni di integrazione dei migranti.

Si ha, quindi in tutti i Distretti, la necessità di interventi di supporto alle famiglie con particolare attenzione alle situazioni con presenza di persone anziane, non autosufficienti e di persone disabili.

In riferimento alla popolazione anziana (ultrasessantacinquenni) sono pochi quelli trascurati o del tutto abbandonati dai propri familiari e che vivono ai margini della vita sociale.

Situazioni estreme di povertà economica, con un reddito pari alla sola pensione sociale, si segnalano in quasi tutti i Comuni dei Distretti di Palermo in famiglie che già vivevano o vivono situazioni a rischio. Questo dato è importante se lo collochiamo all'interno di una analisi sulla residenzialità e sui relativi costi della stessa a carico della Regione. Mentre in famiglie con condizioni economiche difficili, si innescano spesso meccanismi di assistenzialismo, pertanto si cerca di utilizzare i servizi comunali per ottenere un sostegno economico.

Ciò considerato, ai fini della sperimentazione, le realtà ritenute maggiormente adatte sono i Distretti socio-sanitari di Cefalù, Petralia Sottana, Bagheria, Corleone e Palermo. Di seguito una breve descrizione del contesto di riferimento dei sopracitati Distretti.

#### **Distretto socio-sanitario n. 33 – Cefalù**

Il Distretto socio-sanitario n.33 comprende nove Comuni: Cefalù, Castelbuono, Campofelice di Roccella, Lascari, Collesano, Pollina, San Mauro Castelverde, Gratteri e Isnello. Dall'analisi dei dati relativi alla popolazione residente, si evidenziano che sono presenti nel Distretto n. 45.246 abitanti, per cui si registra un andamento leggermente decrescente della popolazione rispetto agli anni precedenti in misura dello 0,40%. Prevalde, per tutti gli anni di riferimento, la popolazione femminile su quella maschile registrando al 2019 n. 22.037 maschi e n. 23.246 femmine; si deduce che la popolazione femminile è maggiore del 5,68% rispetto a quella maschile. Dalla sopraesposta analisi quantitativa dei dati, risulta un indice di vecchiaia pari a 180, un'età media della popolazione residente di 44 anni, un tasso di natalità del 7%, inferiore a quello medio siciliano e italiano. Il tasso di mortalità si aggira al 13,32 % superiore sia alla media italiana che a quella del territorio siciliano. Nel Distretto sono

*Elbato*

presenti n. 13291 famiglie con una media di componenti paria a 2,3 unità per famiglie. I piccoli centri urbani hanno subito negli ultimi anni una drastica contrazione della popolazione, dovuta soprattutto al flusso migratorio di giovani e adulti con età media 30-40 anni alla ricerca di lavoro nelle grandi città.

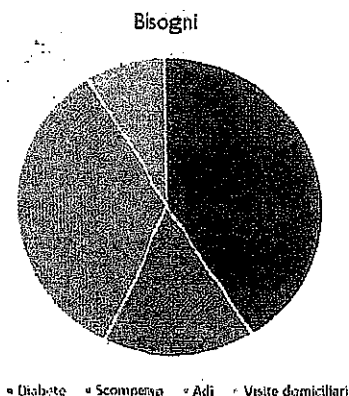
#### **Analisi dei bisogni**

La fascia anziana rappresenta una componente estesa ed in continua crescita nella struttura demografica della popolazione. Nel territorio del Distretto n. 33, le persone con più di 65 anni rappresentano di media il 22,75% della popolazione residente nei nove Comuni.

Il Distretto, si è mosso da alcuni anni nella direzione di sostenere e accompagnare l'età anziana con una serie di politiche che hanno prodotto interventi di sostegno sociale e assistenziale a domicilio. Nel programmare le azioni rivolte a questa fascia d'età, è evidente che il Distretto ha cercato di guardare alla centralità della persona per favorire l'invecchiamento all'interno del proprio contesto di vita, mantenendo il più a lungo possibile l'autonomia personale e limitando l'aggravarsi delle condizioni di salute. Gli interventi pensati sono finalizzati ad assistere l'anziano nelle situazioni di fragilità o non autonomia, tenendo conto delle risorse familiari e territoriali presenti nel contesto di vita dell'anziano. A tal fine la residenzialità diventa un intervento residuale e ultima ratio verso questa fascia di utenza, privilegiando la domiciliarità, che permette di mantenere l'anziano nel luogo dove ha vissuto buona parte della sua esistenza e di continuare il più possibile a mantenere i rapporti con il proprio ambiente di vita familiare e sociale.

Il bisogno sanitario assume particolare rilevanza per la mancanza di strutture nei Comuni del Distretto; in tal senso risultano "privilegiati" gli anziani, e gli assistiti in generale, residenti nei Comuni di Castelbuono e Cefalù in quanto sedi dei principali servizi socio- sanitari (ospedale, poliambulatori, ecc..).

Caratteristica particolare di questo Distretto è rappresentata dalla presenza e dalla stretta collaborazione con l'ospedale Giglio che viene indicato come "eccellenza" per alcuni reparti quali la cardiologia, l'ortopedia e l'oncologia. Questo è il motivo per la quale molte richieste arrivano da utenti esterni, ovvero provenienti da altre Province o addirittura da altre regioni.



Come si evince dal grafico sopra le richieste di aiuto legate alla patologia del Diabete e le richieste di ADI sono quelle che caratterizzano in percentuali alte l'intero Distretto. Alla luce di questi dati, molto chiari, si deve tenere conto però che il Covid ha causato in alcuni mesi, la sospensione di molti servizi e prestazioni come quelle legate alle visite domiciliari.

**Distretto socio-sanitario n.35 - Petralia Sottana**

*El 7/20*

Il Distretto socio sanitario n. 35 di Petralia Sottana è costituito dai Comuni di Alimena, Blufi, Bompietro, Castellana Sicula, Gangi, Geraci Siculo. La popolazione del Distretto è pari a 29937 abitanti e vive su un territorio di 800 Km2, con una densità abitativa di 43 abitanti per Km2.

Il Comune più popolato del Distretto socio-sanitario è quello di Gangi, con 7614 abitanti residenti, pari al 25,5% della popolazione totale.

I Comuni la cui popolazione supera il 10% del totale sono: Castellana Sicula, Petralia Soprana, Petralia Sottana e Polizzi Generosa, con un campo di variazione che va dall'11% al 13,6%. I restanti Comuni del Distretto si attestano sotto la quota del 10%, con un campo di variazione che va dal 4% all'8%.

La popolazione totale del Distretto, disaggregata per sesso, su un totale di 28749 unità, è così composta: maschi 14130 unità per una percentuale pari al 49%, femmine 14619 per una percentuale pari al 51%. In modo disaggregato, per fasce di età, la popolazione totale distrettuale risulta così composta: fascia 0-4 anni: 1210 unità, per una percentuale pari al 4,04% della popolazione totale; fascia 5-14 anni: 2819 unità, per una percentuale pari al 9,42% della popolazione totale; fascia 15-24 anni: 2977 unità, per una percentuale pari al 9,94% della popolazione totale; fascia 25-64 anni: 14897 unità, per una percentuale pari al 49,76% della popolazione totale; fascia 65 anni ed oltre: 8034 unità, per una percentuale pari al 26,84% della popolazione totale (dati Istat).

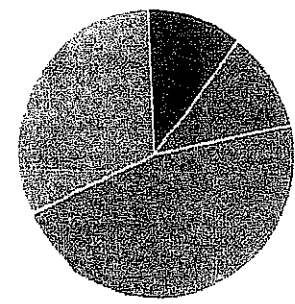
I singoli nuclei familiari presenti sul territorio, tendenzialmente, registrano il decremento del numero dei loro componenti. Buona parte delle persone comprese nella fascia di età fra i 18 ed i 40 anni (la c.d. popolazione attiva) si è trasferita al di fuori dei Comuni del Distretto per motivi di lavoro o per motivi di studio. Questo, evidentemente, ha contribuito alla formazione dell'andamento decrescente delle nascite e del trend crescente dell'aumento della popolazione anziana residente.

I redditi dei nuclei familiari sono bassi. Tra questi, le pensioni degli anziani, per un numero considerevole di nuclei familiari, sono una fonte di sostentamento che, spesso, risulta essere l'unica.

#### Analisi dei bisogni

Dai dati rilevati (grafico sotto) emerge che la popolazione anziana è la maggior destinataria dei servizi di domiciliarità e di assistenza domiciliare integrata. Persone affette da disabilità sono presenti nel territorio in modo rilevante. Le patologie di maggiore incidenza sono: le malattie cardiovascolari, l'ipertensione arteriosa e le patologie ortopediche. Parimenti diffuse, con quote superiori alla media nazionale, troviamo: l'ipotiroidismo e il diabete Mellito di tipo II con le sue complicanze. Diffuse, altresì, risultano essere le patologie psichiatriche nelle varie tipologie (depressione, nevrosi, psicosi, ecc.)

Bisogni



• Diabete • Scemenso C. • ADI • Visite domiciliari

*Stato*



### **Distretto socio-sanitario n.40 – Corleone.**

Il Distretto socio – sanitario n. 40 di Corleone è costituito dai Comuni di Corleone, di Bisacchino, di Campofiorito, di Chiusa Sclafani, di Contessa Entellina, di Giuliana, di Roccamena.

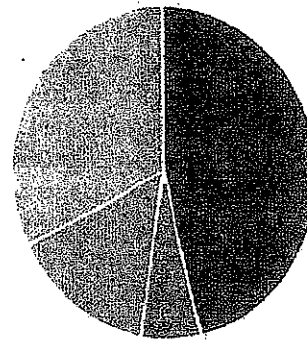
La popolazione residente conta 27.291 abitanti con prevalenza nella fascia di età di 65 anni (23,43%); l'area si caratterizza per un tasso di invecchiamento pari a 15,3 di poco superiore a quello provinciale che è di 13,4. Le famiglie sono circa 10.000, con una media di 3 componenti per nucleo familiare.

### **Analisi dei bisogni**

Da una analisi dettagliata dei bisogni emerge che la condizione degli anziani, soprattutto quelli che vivono soli e privi di sostegno familiare, anche in età avanzata seppur autosufficienti, va considerata come elemento di "fragilità", soprattutto nei casi di bisogno urgente e imprevedibile come, ad esempio, uno stato di malessere o la presenza di patologie che riducono temporaneamente la mobilità. In tali casi si evidenziano bisogni urgenti di accoglienza temporanea e soprattutto di visita e assistenza domiciliare.

Tra le patologie croniche per cui viene presentata domanda di aiuto, è possibile stabilire che il Diabete, soprattutto per le donne, è all'apice della classifica dei bisogni, seguito da Scompenso cardiaco e BPCO.

Bisogni



■ Diabete ■ Scompenso ■ ADI ■ Visite domiciliari

Dai dati rilevati si evince che nei primi mesi il PUA mancava di operatori addetti al servizio, indi per cui risulta un indice di rilevazione dati molto basso. Un miglioramento ed una assunzione di ruolo si vede a partire dal mese di marzo 2020 con un punto di forza maggiore tra il mese di giugno e di luglio, ovvero a seguito del periodo di lockdown che ha di fatto sospeso molti servizi di assistenza in presenza.

### **Distretto socio-sanitario n.39 – Bagheria**

Il Distretto socio sanitario n. 39 - di cui il Comune di Bagheria è l'ente capofila - comprende i Comuni di Altavilla Milicia, Casteldaccia, Ficarazzi e Santa Flavia con una popolazione di 99615. Il Comune di Bagheria rappresenta il centro abitato più grande del Distretto avendo una popolazione residente, al 31 dicembre 2019, pari a 55.373 unità. Ad eccezione del territorio di Altavilla Milicia, in tutti gli altri Comuni si registra la presenza maggiore di abitanti di sesso femminile. Diversi fattori ma soprattutto la disoccupazione e l'invecchiamento della popolazione, si intrecciano inevitabilmente con i bisogni di salute e con la richiesta di servizi socio - sanitari in una logica di integrazione. In tutto il Distretto si rileva una riduzione dei nuclei familiari con elevato numero di componenti tra la popolazione residente. L'istituto familiare continua

ad essere considerato un elemento basilare per la Comunità cittadina anche nel Comune di Bagheria che ha avuto una espansione tipica delle città metropolitane con un vertiginoso aumento della popolazione e di una domanda di bisogni più complessa. Nel caso di famiglie con anziani a carico, va sottolineato come oggi la famiglia sia la prima istituzione di riferimento. Va tuttavia considerato che l'anziano autosufficiente rappresenta per la famiglia una fonte di sostentamento laddove gli altri componenti sono disoccupati.

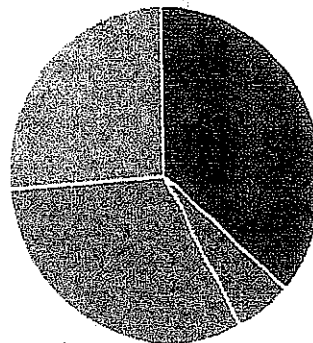
#### **Analisi dei bisogni**

Nel contesto sociale di questo Distretto è possibile confermare che per gli anziani il fattore familiare assume particolare rilevanza per il mantenimento di una condizione psicofisica ottimale. La famiglia rimane, pertanto, la prima istituzione di assistenza della persona anziana.

Possiamo quindi affermare che nella fascia di popolazione anziana i bisogni emergenti sono quelli legati all'assistenza di tipo domiciliare soprattutto per quelle persone con deficit di autosufficienza privi di sostegno familiare. Questa tipologia di bisogno è molto richiesta anche per i disabili gravi appartenenti a nuclei familiari particolarmente problematici.

Nel Distretto si registrano molte richieste anche per le visite domiciliari e le patologie croniche, come dimostra il grafico sotto: 4350 domande di aiuto per il diabete; 705 per scompenso cardiaco e 284 per BPCO.

Bisogni



■ Diabete ■ Scompenso ■ ADI ■ Visite domiciliari

Dall'analisi dettagliata dei dati, emerge che il Distretto di Bagheria è molto attivo sia nel recepimento delle domande di aiuto che nel loro caricamento all'interno del sistema informatico realizzato da Dedalus.

#### **Distretto socio-sanitario n. 42 - Palermo**

Il Distretto socio-sanitario n. 42 di Palermo è costituito dai seguenti Comuni: Palermo, Altofonte, Belmonte Mezzagno, Lampedusa e Linosa, Monreale, Piana degli Albanesi, Santa Cristina Gela, Ustica e Villabate.

Questa realtà territoriale, estremamente complessa ed eterogenea, richiede una capacità di decodifica della domanda, rispettosa delle esigenze silenti e multiformi di minori, immigrati, famiglie, anziani, disabili e di quanti appartengono alle fasce più deboli della popolazione e che attendono risposte esaustive celeri e pertinenti.

Il livello di complessità aumenta se consideriamo che alla realtà cittadina si aggiungono, come Distretto socio-sanitario, le quotidianità di sistema sociale di otto comuni limitrofi alla città di Palermo che gravitano sulla metropoli ma che

esprimono bisogni non sempre assimilabili al contesto cittadino. Nel Distretto Socio-Sanitario n°42 sono compresi otto comuni della provincia di Palermo ed uno della provincia di Agrigento - con una popolazione complessiva di 812.108, di cui 392.300 maschi e 419.808 femmine - e si estende su una superficie di 891,47 Km2 con una densità abitativa di 911 unità per Km2.

#### **Analisi dei bisogni**

Il bilancio, sia demografico che delle attività, delle Amministrazioni facenti parte del Distretto socio - sanitario n. 42, mostra delle forti differenze tra la domanda dei cittadini e l'offerta degli assessorati competenti, mostrando un quadro disomogeneo che necessita di un processo di garanzia dei servizi di base, come per altro auspicato dalla stessa L. 328/2000.

Un numero consistente di nuclei familiari vive in una condizione di vulnerabilità con la conseguenza messa a rischio della tutela e dei livelli minimi di assistenza per gli anziani e i soggetti fragili.

L'incremento della popolazione anziana e l'innalzamento dell'età media delle persone, ha comportato la necessità di ampliare servizi destinati all'assistenza della stessa. Ciò al fine di sostenere il ruolo peculiare delle famiglie nella cura della persona e nella promozione del recupero, anche parziale, dell'autonomia della stessa.

Di fondamentale importanza risultano quindi i servizi di assistenza domiciliare erogati e garantiti dal Distretto di Palermo, in particolare dai cinque PTA suddivisi per territorio, che hanno lo scopo di prevenire l'emarginazione, la solitudine, l'inazione della persona anziana, attraverso una serie di attività e di interventi che concorrono a conservare le capacità operative e le relazioni sociali.

Nell'ottica del mantenimento dell'autosufficienza si inseriscono pertanto i servizi agli anziani che il Distretto Sanitario di Palermo opportunamente promuove come ADI. È opportuno evidenziare che una larga fetta di popolazione anziana è senza supporto familiare, in quanto senza figli o con figli che risiedono altrove.

L'assistenza domiciliare è garantita in tutti i Distretti anche per la popolazione affetta di disabilità.

Se analizziamo i dati del PTA Biondo, è possibile rilevare che le richieste di ADI sono numerose e si possono quantificare, in un anno solare, in più di tremila tra la popolazione residente nei quartieri legati al PTA stesso. Tra le patologie croniche risultano importanti le richieste di aiuto, soprattutto quelle di donne, per la patologia del Diabete. Le altre patologie croniche, BPCO e Scompenso, sono quasi del tutto irrilevanti.

Dai dati invece rilevati dal PTA Casa del Sole, si evince che le visite domiciliari e l'ADI rappresentano i servizi maggiormente erogati tra la popolazione richiedente. Il diabete e lo scompenso cardiaco sono le due patologie prevalenti.

Una differenza sostanziale si nota nel PTA Palermo Centro rispetto all'erogazione di ADI. Non avendo l'equipe dell'Unità di Valutazione, tutte le richieste ADI vengono inoltrate ad altri PTA o Distretti di appartenenza. Sono state registrate solo 127 richieste, in tutto l'anno, che gli operatori PUA hanno inoltrato ad altre UV di altri PTA. Molto significativi invece, sono i dati relativi alle patologie croniche che registrano 2099 domande di aiuto per Diabete, 822 per scompenso cardiaco e 593 per BPCO. Anche le visite domiciliari risultano essere servizi significativi erogati per le persone fragili e non autosufficienti.

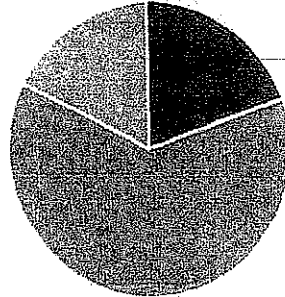
Rispetto ai dati rilevati al PTA E. Albanese, si evince che l'ADI e le visite domiciliari sono i servizi maggiormente erogati. I dati relativi alle patologie croniche sono per lo più inesistenti a causa di organizzazioni interne.

Dall'analisi dei dati del PTA Gradagna emerge una costante richiesta sia di aiuto per pazienti non autosufficienti, che con patologie croniche. Le visite domiciliari e le ADI rappresentano i servizi più diffusi in questo PTA. Tra le

patologie croniche, invece, lo scompenso cardiaco è quello più attenzionato, seguito dal Diabete.

**PTA Blondo**

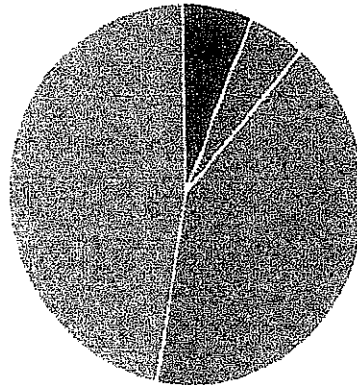
Bisogni



■ Diabete ■ Scompenso C ■ ADI ■ Visite domiciliari

**PTA Casa del Sole**

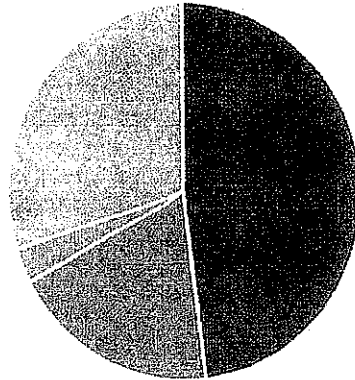
Bisogni



■ Diabete ■ Scompenso ■ ADI ■ Visite domiciliari

**PTA Pa Centro**

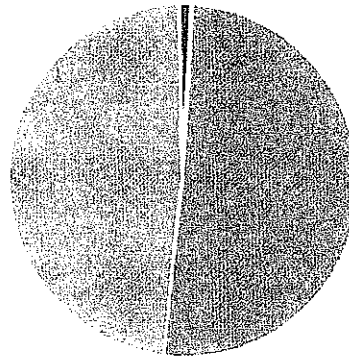
Bisogni



■ Diabete ■ Scopenso(L. ■ ADI ■ Visite domiciliari

**PTA E. Albanese**

Bisogni



■ Diabete ■ Scopenso ■ ADI ■ Visite (domiciliari)

## 5 - OBIETTIVI

Il Progetto intende sperimentare un modello organizzativo ed operativo di «gestione sistematica, pro-attiva e integrata» dei pazienti affetti da patologie croniche, fragilità e multimorbilità, utile a mettere a punto il disegno di funzionamento delle future formule aggregative (AFT-Aggregazioni Funzionali Territoriali) e integrative (UCCP-Unità Complesse di Cure Primarie) delle cure primarie integrate con l'Ospedale e con il Sociale, in coerenza con lo sviluppo normativo e contrattuale nazionale e regionale e nella prospettiva della "Missione 6: Salute" del PNRR, in particolare la "M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale."

Il modello organizzativo-operativo che si intende sviluppare consiste nel potenziamento dei PTA, basandosi sui seguenti elementi:

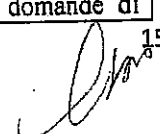
- Introduzione delle Centrali Operative Territoriali all'interno dei distretti. Questi nuovi elementi organizzativi si occuperanno di standardizzare il flusso di raccolta del bisogno espresso dai cittadini attraverso i propri care giver, medici e pediatri di famiglia, accesso a servizi di bassa e media intensità, registrando così ogni tipologia di chiamata e reindirizzando verso il servizio distrettuale più adeguato alla risposta. Tale processo sarà totalmente digitalizzato sia con l'introduzione di Portale per il cittadino, sia con l'ottimizzazione delle Dimissioni Protette e Facilitate, e l'estensione a tutti i MMG/PLS della possibilità di segnalazione informatizzata.
- Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria, attraverso un maggiore e costante coinvolgimento della compagine sociale, supportato dal potenziamento dello strumento già presente della CSSI. Tale potenziamento è necessario per favorire l'applicazione delle indicazioni nazionali per l'integrazione con i servizi sociali per la cronicità e la fragilità, estendendo la collaborazione instaurata per la valutazione multidimensionale, andando a includere servizi di accompagnamento e supporto di livello più basso.
- Coinvolgimento enti del terzo settore al fine di incrementare il portafoglio di servizi fruibili, in modo da intercettare e soddisfare in modo complessivo i bisogni degli assistiti.
- Potenziamento dell'assistenza domiciliare, al fine di individuare le più opportune soluzioni utili ad efficientare ed implementare la capacità produttiva aziendale nell'ottica del raggiungimento dell'obiettivo, definito nel PNRR, di presa in carico del 10% di popolazione anziana. Tale obiettivo è perseguibile aggiungendo nell'ambito della progettualità, anche attività di assistenza domiciliare di livello base, garantendo gli aspetti di programmazione delle attività e di tracciabilità delle azioni erogate.
- Modellizzazione della presa in carico del paziente cronico, da realizzare attraverso la riorganizzazione degli ambulatori infermieristici, la valorizzazione del ruolo della medicina generale anche in forma aggregata e l'introduzione di innovazione tecnologica, quale la telemedicina, ecc. In particolare si prevede tra le altre cose l'adozione di una cartella infermieristica informatizzata del Case Manager e dell'Infermiere di Famiglia, utile per la collaborazione e scambio di informazioni con il MMG e il PLS, oltre che per creare un profilo assistenziale del cittadino e dei suoi bisogni primari. L'informatizzazione di tale aspetto consente la raccolta

di ulteriori dati per la valutazione futura dei fabbisogni della comunità, ulteriore rispetto ai dati già in possesso della ASP: L'infermiere potrà inoltre organizzare sedute formative su gruppi di assistiti per la sensibilizzazione all'autocura e sull'Empowerment, anche attraverso l'utilizzo di strumenti quali i dispositivi di telemonitoraggio e gli ausili di automisurazione.

- Istituzione all'interno delle strutture distrettuali di Centrali per la Telemedicina per i pazienti cronici, che offriranno un servizio complementare rispetto a quello erogato nell'ambito dei PDTA, con strumenti di monitoraggio degli allarmi dedicati e possibilità di attivazione di procedure di emergenza. I dati raccolti verranno standardizzati per l'alimentazione del FSE e del sinottico dell'assistito.
- Creazione e attivazione dei PDTA, finalizzata a specificare il modello di presa in carico di cui al punto precedente, ed a consentire un monitoraggio completo e trasversale del percorso. Questa attività prevede, anche, l'implementazione di una struttura informativa-informatica che metta in rete tutti gli operatori coinvolti, che prendendo spunto dalla progettualità del Chronic Care Model già eseguita presso la ASP, estenda le sue capacità includendo momenti di contatto in remoto con l'assistito (videovisita, telechiamata periodica), accesso a contenuti informativi da parte dei care giver (portale per i cittadini e i Care Giver), riunioni di team multiprofessionale a distanza (in modo da garantire anche la collaborazione tra centri Hub e centri spoke che si andranno a costituire rispetto alle Case di Comunità).
- Implementare iniziative periodiche finalizzate a promuovere ed efficientare l'empowerment degli assistiti nell'ottica di favorire e migliorare la c.d. "autocura" nell'ottica del miglioramento della qualità di vita e della riduzione degli episodi di ospedalizzazione.
- Favorire l'utilizzo di strumenti diagnostici ulteriori per la valutazione della cronicità direttamente sul territorio (POCT dedicati), per evitare gli spostamenti da parte dei pazienti verso i laboratori e essere seguiti presso la struttura più vicina a casa. Gli strumenti verranno integrati con il sistema informativo del Laboratorio Analisi già in uso, in modo da avere dati disponibili e condivisibili sia tra gli specialisti del team assistenziale, sia verso il FSE.
- Istituzionalizzare i paradigmi della medicina d'iniziativa, quale modello assistenziale privilegiato per lo sviluppo e la conseguente riorganizzazione dei PTA. Tra questi i già citati elementi di portali E-learning e le sessioni per i gruppi di assistiti rispetto al self care.
- Integrare gli strumenti informatici in uso con il FSE, e implementare un sinottico sanitario di tutti gli eventi, al fine di garantire la piena visibilità da parte di tutti gli attori dell'Equipe multiprofessionale, nelle fasi di presa in carico.

La realizzazione del suddetto modello non può prescindere, dalla centralità della funzione svolta dal PUA, la quale deve evolvere verso un ruolo di effettivo governo della presa in carico globale e completa del paziente (COT e accesso alla Casa di Comunità Distrettuale), raccordando la totalità dei servizi territoriali e garantendo l'interlocuzione con l'ospedale e con il sociale.

Il Progetto proposto dell'ASP di Palermo si orienterà verso un modello flessibile, in quanto duttile nell'adattamento alle diverse domande di

 15

	salute e contestualizzato rispetto alle comunità di riferimento. Dunque, risulta necessario darsi e condividere una unitarietà del quadro logico-concettuale della configurazione (pattern) organizzativa ed operativa di queste nuove formule di organizzazione, adattabile ai diversi contesti in modo da produrre una risposta coerente con le specificità del territorio.
--	---

<b>6- RISULTATI ATTESI</b>	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ adeguamento funzionale dei PTA/poliambulatori esistenti verso il modello funzionale casa della salute</li> <li>✓ Attivazione delle COT informatizzate con conseguente completa misurabilità della richiesta di servizi</li> <li>✓ Costituzione delle Case di Comunità informatizzate e che vedano l'integrazione con gli strumenti tecnologici dei MMG/PLS e dei Comuni</li> <li>✓ attivazione ambulatori infermieristici dedicati alla fragilità</li> <li>✓ attivazione dei punti di assistenza da remoto attraverso l'impiego di rilevatori parametrici</li> <li>✓ sviluppo PDTA</li> <li>✓ migliore e più esteso coordinamento con gli enti locali per l'erogazione dei servizi</li> </ul>
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ promozione, diffusione e istituzionalizzazione di un approccio proattivo, basato sulla medicina d'iniziativa, per la cura dei soggetti fragili</li> <li>✓ incremento numero pazienti assistiti a domicilio</li> <li>✓ riduzione dei ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale</li> <li>✓ riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso</li> <li>✓ miglioramento qualità della vita dei pazienti fragili</li> <li>✓ migliore appropriatezza delle cure</li> </ul>

	<i>Indicare i punti di forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
<b>7- PUNTI DI FORZA</b>	<i>Introduzione elementi di innovazione tecnologica</i>	La progettualità consentirà di diffondere nell'organizzazione dei servizi nuove soluzioni tecnologiche, contestualizzandole in modo puntuale nei processi aziendali. Strategia: ricognizione dello stato dell'arte e delle opportunità di efficientamento riscontrate.
	<i>Razionalizzazione delle risorse</i>	L'iniziativa prevede una riorganizzazione delle risorse presenti in azienda in funzione della necessaria centralità dell'assistito, privilegiando soluzioni che risultano essere sostenibili nel lungo periodo.
	<i>Continuità delle precedenti e già avviate progettualità</i>	Coerentemente con la tematica inerente alla razionalizzazione delle risorse, la progettualità oggetto del presente documento rappresenta una soluzione di continuità rispetto alle iniziative già intraprese. La progettualità, infatti, sarà basata sulla valorizzazione degli investimenti già compiuti, tra cui PUA, Chronic Care Model (CCM) e Cartella Socio Sanitaria Informatizzata (CSSI) verso assistenza domiciliare integrata.
	<i>Stato dell'arte dell'integrazione socio sanitaria</i>	L'azienda vanta un'esperienza già consolidata in tema di integrazione socio-sanitaria ed ha già strutturato una rete di relazioni con gli Enti Locali della provincia. La disponibilità di un dialogo già avviato



		rappresenta un valido punto di partenza per consolidare i rapporti istituzionali ed operativi riguardanti l'intero ecosistema dell'integrazione socio-sanitaria. L'intenzione sarà quella di programmare in modo coordinato le risorse dedicate dal PNRR per la Missione 6 e per gli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5.
--	--	--

<b>8 - PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	<i>Complessità del territorio</i>	La complessità del territorio, in termini di numerosità della popolazione, di eterogeneità e di estensione del territorio, rappresentano i principali fattori di rischio. Per mitigare e gestire la sopra citata complessità, l'Azienda ha selezionato i PTA dei distretti di cui al paragrafo 4, al fine di individuare delle aree che, sebbene ridotte, rappresentano uno spaccato esaustivo delle caratteristiche dell'intera Azienda.
	<i>Gestione stakeholder</i>	L'iniziativa in esame determina il coinvolgimento di un insieme vasto ed eterogeneo di stakeholder che comporta la necessità di gestire e bilanciare le diverse esigenze. A tal fine, si intende adottare un approccio collaborativo esteso, attraverso la partecipazione diffusa dei diversi interlocutori per tramite di tavoli tecnici ad hoc.

<b>9 - DURATA COMPLESSIVA</b>	Data inizio prevista		Data termine prevista
	1 Gennaio 2022		31 dicembre 2023
<b>10 - DESCRIZIONE ANALITICA</b>	1. Definizione del profilo di comunità e mappatura domanda di salute della popolazione residente nella provincia	7. Implementazione e sviluppo di strumenti informativi ed informatici di supporto	
	2. Rilevazione della condizione attuale dei servizi individuati sede di progetto.	8. Inclusione di altre forme di assistenza sociali nel PTA	
	3. Mappatura dello stato dell'arte dei processi	9. Realizzazione PDTA, anche nell'ottica di istituzionalizzare i modelli assistenziali basati sulla medicina d'iniziativa	
	4. Mappatura e coinvolgimento degli stakeholder attraverso la creazione di tavoli tecnici ad hoc	10. Monitoraggio e azioni correttive e adeguate per la replicazione del progetto in altre realtà	
	5. Riorganizzazione dei 5 PTA per la presa in carico dei pazienti fragili, per il potenziamento dell'assistenza domiciliare, per l'introduzione degli strumenti di telemedicina, etc.		
	6. Ottimizzazione dei processi esistenti nei PTA		
<b>11 - INDICATORI DI RISULTATO</b>	N. ambulatori infermieristici dedicati attivati		
	N. PDTA deliberati		
	N. pazienti cronici presi in carico		
	Riduzione accessi al PS per codici bianchi e verdi		

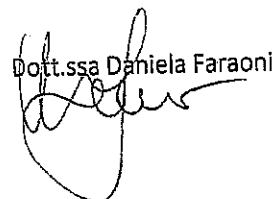
*[Signature]* 17

<b>PREVISTI</b>	Riduzione dei ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale	
	Incremento pazienti assistiti a domicilio	
	N. di MMG messi in rete	
	N. accordi di programma/n. di servizi gestiti con i Comuni/estensione perimetro integrazione socio sanitaria	

Direttore UOC Sviluppo  
 Gestionale Progetti Sanitari

Dott.ssa Concetta Noto  


Direttore Generale

Dott.ssa Daniela Faraoni  


<b>SCHEDA DI PROGETTO</b>		
<b>1</b>	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	<b>RICERCA/AZIONE PER LA SPERIMENTAZIONE E VALIDAZIONE DI UNA RETE DI HUB COMUNITARI PER LA SALUTE MENTALE</b>
<b>2</b>	<b>REGIONE/PROVINCIA AUTONOMA</b>	<b>SICILIA</b>
<b>3</b>	<b>RISORDE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>	
	<b>Finanziamento</b>	<b>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</b>
	<i>Risorse assegnate per l'anno 2020</i>	<b>1.021.000,00</b>
	<i>Risorse assegnate per l'anno 2021</i>	
	<b>Tipologia di costi</b>	<b>Importo in Euro – I Annualità</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costi annuali per il coordinamento (Cabina di Regia)</li> </ul>	21.000,00
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costi annuali per la gestione di hub comunitari a Palermo</li> </ul>	300.000,00
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costi annuali per la di hub comunitari a Catania</li> </ul>	300.000,00
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costi annuali per la gestione di hub comunitari a Messina</li> </ul>	300.000,00
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costi annuali per la ricerca valutativa e per i seminari di formativi finalizzati alla diffusione delle evidenze scientifiche e dei risultati</li> </ul>	80.000,00
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costi per n. 1 evento previsto per ciascuna annualità e per pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali con peer review</li> </ul>	10.000,00
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spese logistiche e di gestione</li> </ul>	10.000,00
	<b>TOTALE COSTI I ANNUALITA'</b>	<b>1.021.000,00</b>
		<b>Importo</b>
		<b>Note</b>
		Da ripartire nei tre DSM di Palermo, Catania e Messina
		Budget affidato al DSM di Palermo
		Budget affidato al DSM di Catania
		Budget affidato al DSM di Messina
		Budget affidato al DSM di Messina
		Da ripartire nei tre DSM di Catania, Messina e Palermo
		Da ripartire nei tre DSM di Catania, Messina e Palermo

4	<b>DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E DI ESPERIENZE ESISTENTI A LIVELLO REGIONALE/P.A.</b>	<p>Il progetto vede la partecipazione dei tre dipartimenti di salute mentale delle ASP metropolitane della regione Siciliana ponendosi come proposta attuativa del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (nel seguito PNRR) quale contributo allo sviluppo del SSR e al rilancio del sistema socio-sanitario nella fase post Covid-19. La nostra regione presenta un territorio variegato caratterizzato da forti diseguaglianze territoriali e afflitto, a macchia di leopardo, dalla mancanza di servizi territoriali di qualità. Una cluster analysis sviluppata propedeuticamente alla stesura del documento progettuale individua almeno tre aree profondamente differenti: le aree metropolitane demograficamente "tristi", che nonostante siano polarità istituzionali non riescono a manifestare una sufficiente vivacità economico-sociale e culturale per risultare attrattive da un punto di vista demografico; le aree interne, caratterizzate da trend di declino che appaiono ineluttabili e le poche polarità in cui si concentrano ricchezza e opportunità. Tale "geometria" si ripete scendendo di scala all'interno dei territori delle aree metropolitane che manifestano distribuzioni multidimensionali di povertà con nuclei di concentrazione della ricchezza fortemente polarizzati.</p> <p>Secondo gli ultimi dati ISTAT (2019) in Sicilia la popolazione residente risulta di 4.999.891 unità, di cui 2.432.589 uomini (48,7%) e 2.567.302 donne (51,3%). Il contesto in cui il progetto insiste, presenta a livello delle aree territoriali provinciali corrispondenti alle Aziende Sanitarie delle analogie da punto di vista della popolazione "fragile" che si trova a rischio di povertà sanitaria, dovuta maggiormente alla frammentazione dei servizi, all'invecchiamento della popolazione, al fenomeno dell'emigrazione e alle forti diseguaglianze economiche, sociali e di riconoscimento a cui si è già fatto riferimento. Inoltre, il progresso della sperimentazione in campo sanitario ha fatto sì che molte patologie considerate nel recente passato inguaribili, (come ad esempio malattia cronico-degenerative e le malattie mentali) si cronicizzassero non garantendo al contempo una maggiore speranza di inclusione sociale, e determinando un dispendio notevole di risorse che spesso incide sulla qualità della vita dei soggetti più fragili già considerati a rischio esclusione e deriva sociale.</p> <p>I bisogni rilevati sono ben definiti e misurabili, il sistema pubblico sanitario nazionale classifica la Sicilia come regione "medio basso spendente". La spesa sanitaria per le famiglie non è rappresentata solamente dalla spesa pubblica, ma anche a quella privata, in cui vanno iscritti tutti i servizi non coperti dalla dotazione pubblica. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica annuale pro capite in Italia nel 2018 - al lordo della mobilità interregionale - si attestava sui 1.958 euro mentre in Sicilia era inferiore e pari a 1869 euro (Rapporto Oasi, 2019:132). Nella Regione Siciliana nel settore della salute mentale l'incidenza degli utenti trattati (first ever) è molto elevata con un tasso standardizzato di 79,3 utenti ogni 100.000 abitanti contro una media in Italia di 58 utenti (Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale -SISM - anno 2019) I tassi standardizzati degli utenti presenti nelle strutture psichiatriche territoriali variano tra regioni: da un valore medio in Italia di 157 utenti ogni 10.000 abitanti a 178,5 in Sicilia (Idem, anno 2019). Il numero di prestazioni erogate pro-capite dai servizi territoriali è, invece, nella regione Sicilia notevolmente inferiore al valore medio nazionale (9,7 vs. 14,2). La percentuale degli utenti con diagnosi psichiatriche gravi (Depressione, Disturbi della personalità e del comportamento, etc.) è in Sicilia in assoluto più elevata che nel resto d'Italia (3,2% vs. 0,9%).</p> <p>Il progetto interviene:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. offrendo l'erogazione di servizi territoriali di presa in carico comunitaria, attraverso la promozione interdipendente di sistemi socio-economici generatori di alternative sulle principali aree dei</li> </ol>
---	---	--

		<p>funzionamenti umani e di Progetti Terapeutici Individualizzati sostenuti da Budget di salute;</p> <p>2. rimodulando i servizi sanitari secondo un nuovo modello di territorializzazione delle cure.</p> <p>Tale programma si fonda su sperimentazioni già sviluppate sui territori che hanno negli anni permesso di generare contesti di operativa collaborazione tra Azienda Sanitaria, Enti Locali, istituzioni di ricerca (Università e Istituti del CNR) e sistemi socio-economici anche molto strutturati e riconosciuti a livello internazionale, come ad esempio la Fondazione di Comunità di Messina o.n.l.u.s. – Distretto Sociale Evoluto di cui l'Azienda Sanitaria capofila del progetto è socia fondatrice.</p>
		<p>Nelle tre aree metropolitane sono state sperimentati in quest'ultimo decennio programmi di welfare di comunità sostenuti da budget di salute. Si pensi, per esempio, al programma sviluppato per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto.</p> <p>Tali programmi sono stati preceduti da sperimentazioni sviluppate nel territorio della Provincia di Messina che avevano tutte le valenze presenti nel progetto: promuovere contestualmente sviluppo umano territoriale, personalizzazione delle cure e modalità innovative di domiciliarità alternative alla residenzialità, approccio territoriale sistemico, poi evoluto in forme di partenariato strutturato pubblico-privato.</p> <p>Si ricordano fra gli altri:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. il programma sviluppato alla fine degli anni '90 per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico di Messina;</li> <li>2. sperimentazione di N. 100 progetti terapeutici personalizzati integrati a progetti di sviluppo di economia sociale e solidale;</li> <li>3. la sperimentazione e poi strutturazione di residenze di prossimità, a carattere abitativo-riabilitativo (St.A.R.). Si tratta di strutture residenziali sanitarie aperte al territorio, a 6 posti letto la cui metodologia è basata sulla co-gestione dei PTI;</li> <li>4. il programma "Luce è Libertà" che ha permesso di sperimentare una sorta di budget di comunità denominato "capitale personale di capacitazione" che ha sostenuto lo sviluppo di economie sociali a cluster integrate con progetti personalizzati durevoli (20 anni). Tale programma è stato oggetto di analisi valutative anche a carattere modellistico e quantitativo, che hanno fra l'altro dimostrato l'altissima efficienza economica insieme ad un'ottima efficacia terapeutica del programma e che sono state pubblicate a livello nazionale e internazionale. Si citano per esempio: il volume Sviluppo è coesione e libertà: il caso del Distretto Sociale Evoluto di Messina edito da HDE digital economy, 2014; G. Giunta et al. <i>A Community Welfare Model Interdependent with Productive, Civil Economy Clusters: A New Approach</i>, Modern Economy, Vol. 5 (2014); L. Leone et al. <i>The capability approach for the overcoming of a Judicial Psychiatric Hospital in Italy: impact evaluation at ten years</i>, International Journal of Social Psychiatry (sottomesso)</li> </ol>

5	OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi generali relativi alla progettazione comune dei tre DD.SS.MM., sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promuovere sistemi socio-economici generatori di alternative sulle principali aree dei funzionamenti umani (lavoro, conoscenza, socialità, casa);</li> <li>2. Favorire la presa in carico globale della persona ponendo attenzione tanto alla sfera della cura quanto alla ri-conquista dei diritti di cittadinanza e quindi alla qualità della vita;</li> <li>3. Favorire la deistituzionalizzazione di persone che possono essere seguite a distanza;</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Favorire l'accesso al SSN dei soggetti fragili in tempi congrui e senza ricorso massivo al sistema medico privato, utilizzando anche forme di tecno-assistenza e di integrazione con tutti gli stakeholder locali territoriali, attraverso i PUA punti unici di accesso e piattaforme digitali, integrate per la gestione dei dati, e con la programmazione territoriale prevista dagli ambiti dei Piani di Zona e dai Distretti Socio Sanitari;</li> <li>5. Sperimentare il modello della co-gestione nell'erogazione dei BdS e di Comunità e la concezione multipilastro oggetto della riforma del sistema sociosanitario;</li> <li>6. sperimentare l'integrazione con modelli organizzativi di <u>strutture residenziali 'di prossimità'</u> destinate a persone con disturbi di salute mentale, forme di dipendenza (non indotta da sostanze), persone affette da disturbi del comportamento alimentare o da forme di autismo grave o destinati a percorsi individualizzati per persone con disturbi psichici ristrette nelle REMS;</li> <li>7. Sviluppare un percorso di ricerca-azione nei territori dei tre DD.SS.MM. delle ASP metropolitane mirato alla sperimentazione e validazione dei modelli di welfare di comunità sperimentati);</li> <li>8. Favorire la strutturazione di équipe multidisciplinari che agiscono secondo modelli evoluti di welfare di comunità;</li> <li>9. Aggiornare le competenze professionali di tutti gli operatori sociosanitari impegnati nel progetto e sui territori, anche attraverso modalità innovative di formazione sul campo e laboratori di cittadinanza.</li> </ol>

<b>RISULTATI ATTESI</b>		
6	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente</i>	<p>Creazione di uno o più HUB di comunità per ciascun territorio di competenza delle ASP partner dell'iniziativa</p> <p>Creazione di almeno 6 sistemi socio-economici micro-territoriali nei tre territori provinciali per potenziare la generatività di opportunità sui funzionamenti umani</p> <p>Riduzione dei tempi di attesa per la presa in carico sanitaria e per l'avvio di processi di inclusione socio-lavorativa</p>
		Riduzione dell'impegno delle strutture socio sanitarie e dei punti di accesso delle ASP
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto</i>	<p>Razionalizzazione delle risorse pubbliche spese per l'assistenza sanitaria</p> <p>Aumento dell'efficacia dei processi di presa in carico</p> <p>Aumento delle persone accompagnate all'autonomia</p> <p>I risultati attesi e i primi impatti del progetto saranno validati attraverso una ricerca valutativa basata sulla realistic evaluation (Pawson e Tilley 1997).</p> <p>I risultati della ricerca valutativa verranno trasferiti in tutte le ASP della Regione Sicilia attraverso attività di disseminazione e formazione.</p>

<b>PUNTI DI FORZA</b>	
<b>Indicare i punti di forza</b>	<b>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</b>
Servizio integrato e personalizzato di assistenza socio sanitaria	Il coinvolgimento della Comunità dei tre territori afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale delle ASP metropolitane è un elemento centrale per la buona riuscita dell'approccio proposto, perché vengono recuperate le reti familiari e comunitarie di prossimità, che nei decenni passati hanno assicurato un'attenzione e una cura degli elementi più fragili delle stesse.
7 Creazione di "cluster" socio-economici "multipilastro" capaci di creare correlazioni feconde fra sistemi educativi, sistemi culturali, sistemi di welfare, sistemi produttivi, azioni di ricerca e sviluppo finalizzate.	Il potenziamento dei sistemi territoriali sarà sostenuto dai "budget di comunità" e sarà finalizzato a generare alternative sulle aree dei funzionamenti umani legati all'abitare, al lavoro, alla conoscenza e alla socialità, anche attraverso l'utilizzo di tecnologie innovative.
Delocalizzazione dei servizi e integrazione ospedale territorio	Il progetto prevede dei luoghi in cui sarà possibile effettuare la presa in carico comunitaria in collaborazione con i DSM delle aziende sanitarie. La logica dell'HUB è quella dello "scambio": gli HUB infatti ambiscono a diventare dei riferimenti per la comunità territoriale. Gli HUB verranno realizzati nei territori che ospiteranno nella loro sede l'equipe multidisciplinare e intratterranno i rapporti con le aziende sanitarie territoriali.

<p>Esistono a livello regionale prototipi di strutture di prossimità per la presa in carico e la riabilitazione di soggetti fragili con bisogni di salute complessi. Inoltre in Sicilia esiste una tradizione nella sperimentazione di modelli di welfare di comunità attraverso la personalizzazione delle cure (PTI) sostenuti da budget di salute, in grande coerenza con gli attuali dispositivi normativi sul Budget di salute (L.R. 17/2019).</p>	<p>I modelli organizzativi già sperimentati possono più facilmente essere integrati con le forme di presa in carico comunitarie di “soggetti fragili con bisogni di salute complessa”, vero obiettivo del progetto (Conferenza Stato Regioni del 4 agosto 2021).</p>
<p>I DSM siciliani hanno già efficacemente sperimentato modelli gestionali basati sul mix pubblico-privato sociale.</p>	<p>In fase attuativa si intende rafforzare il mix pubblico privato sociale e nuove forme di co-progettazione. La Corte Costituzionale con Sentenza del 20/05/2020 pubblicata il 26 giugno 2020 – nel fornire un chiarimento sull’articolo 55 del Codice del Terzo Settore ribadisce che attraverso gli strumenti della co-programmazione e co-progettazione viene definita una prassi collaborativa tra istituzioni pubbliche ed enti di Terzo settore, nel riconoscimento di una comune finalità volta al perseguimento dell’interesse generale della comunità e in piena attuazione al principio costituzionale di sussidiarietà</p>
<p>La proposta prevede una attività di ricerca valutativa per verificare le teorie di progetto che sottostanno all’iniziativa.</p>	<p>Tramite una valutazione verranno stimati i benefici della sperimentazione e la sostenibilità economica e ricercate solide evidenze di efficacia per diversi target e contesti</p>

<p><b>8</b></p>	<p><b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b></p>	
	<p><b>Indicare i punti di debolezza</b></p>	<p><b>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</b></p>
	<p>Infrastrutturazione</p>	<p>Trattandosi di un progetto sperimentale occorrerà prevedere un’adeguamento/allestimento degli HUB di attivazione dei territori. Questo processo può senza dubbio essere mitigato attraverso l’individuazione di strutture (già operative) pronte ad accogliere il servizio sperimentale.</p>
	<p>Messa a sistema dell’equipe dell’intervento</p>	<p>L’equipe multidisciplinare che dovrà gestire l’HUB sarà composta da competenze multidisciplinari in una logica di mix pubblico-privato, che terrà prioritariamente conto delle esperienze già maturate. In ogni caso potranno prevedersi affiancamenti on the job tra il personale a disposizione presso il dipartimento e il personale specializzato proveniente dal privato sociale.</p>
	<p>A causa della carenza degli organici nei DSM occorre individuare risorse per garantire la <i>governance</i> di questi processi territoriali.</p>	<p>Prevedere unità territoriali anche nella logica del mix pubblico privato con l’obiettivo specifico di potenziare uno orizzonte “sinaptico” del welfare di comunità in ambiti più complessivi di sviluppo umano sostenibile.</p>
	<p>In presenza di scarsa formazione, data la sperimentale del progetto e la complessità dei soggetti coinvolti, si potrebbero riprodurre forme di istituzionalizzazione.</p>	<p>È prevista una ricerca valutativa che verrà realizzata grazie all’apporto attivo delle diverse componenti impegnate nella programmazione e gestione degli HUB di comunità. In tal modo il trasferimento di conoscenze sarà favorito e grazie al monitoraggio continuo sul campo e il confronto tra le diverse componenti (associazioni di familiari e utenti, organizzazioni del privato sociale, mondo imprenditoriale solidale, mondo della ricerca scientifica, etc.) sarà possibile individuare precocemente difficoltà o resistenze.</p>



9	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista		
		01/01/2022	31/12/2023		
10	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO	<p>Implementare e validare un nuovo modello organizzativo comunitario capace di promuovere in modo interdipendente la creazione di micro-sistemi socio-economici capaci di generare alternative sui principali funzionamenti umani e processi di personalizzazione della cura, anche in grado di aiutare le persone fragili a riconoscere le nuove opportunità generate. Solo così le alternative nate dall'attivazione di territori e comunità si trasformano in libertà sostanziali delle persone più fragili.</p> <p>Nasceranno HUB territoriali che svolgeranno funzioni di networking territoriale finalizzati all'habitat, al lavoro, a potenziare i beni relazionali delle persone.</p> <p>Ciascun HUB avrà a disposizione dei capitali "una tantum" per sostenere investimenti sui territori necessari ad attivare nuove opportunità. Tali risorse, in coerenza con le Linee di Indirizzo della Conferenza Stato Regione, costituiscono una forma evoluta di <i>Budget di Comunità</i>.</p> <p>Le équipes multidisciplinari degli HUB saranno costituite da risorse umane delle istituzioni e del privato sociale e coordineranno e accompagneranno la gestione dei PTI sostenuti "budget di salute".</p> <p>Le risorse umane degli HUB permetteranno di assicurare il pieno funzionamento delle diverse aree degli HUB. Più specificatamente sarà compito dei DSM fornire le competenze specialistiche (psichiatriche, psicologiche, riabilitative, ecc.) per la presa in carico globale delle persone beneficiarie del progetto. I partner del privato sociale garantiranno le funzioni amministrative, di trasferimento tecnologico, economiche, di networking territoriale, di housing "molto sociale".</p> <p>Gli HUB delle tre aree metropolitane saranno coordinati da una cabina di regia unica che favorirà, fra l'altro, lo sviluppo della ricerca valutativa e lo scambio di conoscenze via via stratificate. Ricerca che sarà disegnata e coordinata da esperti messi a disposizione dai partner del privato sociale.</p>			
		<b>Fase</b>	<b>Azioni</b>	<b>Breve descrizione dei contenuti</b>	<b>Indicatori di esito/processo</b>
		<b>1. Start up</b>	Costituzione della Cabina di regia regionale e dei gruppi di lavoro nelle ASP	Costituzione della Cabina di regia regionale composta dai referenti dei Dipartimenti di Salute Mentale di Catania, Messina, e Palermo Definizione di un Gruppo di Lavoro (GdL) nei DSM che sperimentano il progetto con identificazione di ruoli e referenti.	N. riunioni del gruppo di coordinamento
		<b>2. Conoscenza contesto locale</b>	Attività di ricerca basata su dati secondari	Individuazione dei territori di riferimento nei quali sviluppare il progetto e mappatura delle fragilità sociali e sanitari. Contestualmente saranno sviluppate azioni di networking e di analisi partecipativa dei territori per individuare e connettere gli attori, sociali, culturali, economici, della ricerca scientifica che costituiranno siste-	Produzione di un progetto di dettaglio  Produzione report ricerca con dati aggiornati

			mi socio-economici "biodiversi".	
	<b>3. Procedimenti amministrativi</b>	Sviluppo procedure amministrative in ciascuna ASP per la ricerca dei partner del privato sociale per la gestione del progetto	Definizione di forme per la coprogettazione e cogestione, dando piena legittimazione al principio di rango Costituzionale della sussidiarietà attraverso l'applicazione dell'Art. 55 del Codice del Terzo Settore.	Affidamento servizi integrativi
	<b>4. Attivazione degli HUB territoriali</b>	Rilettura da una prospettiva strategica e finalizzata agli obiettivi progettuali delle risorse individuate	- Realizzazione di un percorso nei tre DDSSMM coinvolti con laboratori formativi di 4-5 gg in fase di avvio rivolti a equipe multidisciplinare - Attivazione delle risorse territoriali e programmazione dell'utilizzo dei "budget di comunità"	N e qualifica operatori individuati  Oltre il 90% del personale dell'HUB coinvolto in percorsi formativi  Progettazione esecutiva dei "budget di comunità"
		Selezione e accesso dei beneficiari del progetto personalizzato	-Sviluppo e aggiornamento periodico dei PTI dei beneficiari delle azioni progettuali sulla base delle Linee guida su Budget di salute	Tutti i beneficiari sono seguiti con PTR personalizzato.  % PTR personalizzati che rispondono a criteri di congruenza e adeguata formulazione.
		Rafforzamento di un modello organizzativo territoriale sistemico coerente con approcci di welfare comunitario	- Consolidare il ruolo delle Comunità dei territori afferenti ai tre DDSSMM coinvolti attraverso iniziative volte a garantire l'accesso a opportunità legate alle dimensioni dell'abitare, della cultura e socialità, del lavoro e reddito, della salute. Integrazione con il sistema dei servizi socio-sanitari, culturali, educativi e mirata all'inserimento socio-lavorativo. -Presenza in carico comunitaria con rafforzamento della funzione di supporto sociale informale. Integrazione con progetti comunitari, servizi sportivi, centri di aggregazione, iniziative del volontariato.	- Ampliamento per gli utenti dei legami fonte di supporto formale e informale (intensità, numerosità e qualità delle relazioni) - N di progettualità sviluppate in collaborazione con partner della comunità locale - Attivazione di risorse e collaborazioni utili allo sviluppo di opportunità per gli utenti sulle diverse dimensioni
			Integrazione con servizi di cura a liv territoriale MMG, ADI, servizi specialistici	N di utenti seguiti in modo integrato anche da servizi sociosanitari distrettuali (es: ADI) durante il ricovero o dopo le dimissioni
			Sviluppo di progetti Terapeutici finalizzati all'ampliamento delle opportunità sociali, lavorative e formative destinando a tale scopo (v. capacitazione delle persone)	% utenti con percorsi di cura integrati.

	<p><b>5.Ricerca valutativa</b></p>	<p>Definizione di dettaglio del progetto di ricerca valutativa</p>	<p>Costituzione gruppo tecnico di ricerca con referenti per ogni DSM di ciascuna ASP e per ogni partner del privato sociale che partecipano al progetto ed esperti di valutazione e coordinamento esterni. Scopo della ricerca valutativa è l'analisi comparativa dei modelli organizzativi, dei processi di coordinamento, di elaborazione e gestione dei Budget di comunità e delle ricadute sugli utenti e/o familiari riguardanti lo stato di salute e benessere e la qualità delle cure. Disegno di ricerca longitudinale con raccolta dati pre-post. Metodologia: 1) analisi descrittiva dei tre case study (v. i modelli di "Hub di comunità" sviluppati nei tre DSM); 2) Questionario semistrutturato per utenti e /o familiari; 3) Questionario per operatori degli Hub dei tre DSM; 4) Griglia di intervista per stakeholder e dirigenti dei DSM e del privato sociale</p>	<p>Indicatori di processo: risorse umane destinate a sostenere Progetti Terapeutici Riabilitativi e Budget di comunità; incremento di prestazioni a domicilio o comunitarie. Indicatori di risultato riguardanti le abilità sociali e relazionali degli utenti, la sintomatologia</p>
			<p>familiari riguardanti lo stato di salute e benessere e la qualità delle cure. Disegno di ricerca longitudinale con raccolta dati pre-post. Metodologia: 1) analisi descrittiva dei tre case study (v. i modelli di "Hub di comunità" sviluppati nei tre DSM); 2) Questionario semistrutturato per utenti e /o familiari; 3) Questionario per operatori degli Hub dei tre DSM; 4) Griglia di intervista per stakeholder e dirigenti dei DSM e del privato sociale</p>	<p>psichiatrica, il consumo di farmaci, la qualità e frequenza delle relazioni sociali, miglioramento stili di vita (alimentazione, attività motoria e fumi.); % persone che hanno abbandonato il trattamento per tipo di gravità della diagnosi.</p>
		<p>Realizzazione dello studio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aggiornamento State of Art (veloce review)</li> <li>- Condivisione strumento rilevazione tra DSM</li> <li>- Somministrazione dei questionari (versione per utenti e per operatori) per l'analisi dei network e gli impatti comunitari.</li> <li>- Realizzazione di interviste a dirigenti dei DSM e del privato sociale e a stakeholder esterni</li> <li>-Analisi dei costi dei tre Hub e delle procedure amministrative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-% di utenti con somministrazione completa degli strumenti di rilevazione nei tempi previsti</li> <li>-N° inserimenti socio-lavorativi, soddisfazione degli operatori.</li> <li>Riduzione delle Gg medie di ricovero in strutture residenziali (CTA)</li> <li>-Costi pro capite</li> </ul>
		<p>Analisi dei dati e validazione del modello</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi e interpretazione dei dati</li> <li>- Validazione del modello organizzativo</li> <li>- Stesura del report di ricerca valutativa</li> </ul>	<p>Report di ricerca con allegata base dati completa</p>

6. Diffusione di risultati e knowledge transfer	Disseminazione risultati e trasferimento delle conoscenze	- La cabina di regia condivide il report finale - Si declinano e suggeriscono standard organizzativi Sviluppo di almeno un modulo formativo rivolto a tutti i DSM della Regione Siciliana	Publicazione standard organizzativi  Publicazione risultati dello studio anche con eventi seminari
	Attività di formazione degli operatori di tutti i DSM delle ASP Metropolitane	Si sviluppano dei moduli formativi da destinare a operatori dei DSM coinvolti nella realizzazione di strutture di prossimità	N operatori formati N ore di formazione erogate

Diagramma Di Gantt	MESI																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1. Start up Cabina regia	X	X																						
2. Conoscenza contesto locale	X	X	X																					
3. Procedimenti amministrativi																								
4. Attivazione HUB territoriali								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. Ricerca valutativa			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7. Diffusione dei risultati, formazione e knowledge transfer											X	X	X								X	X	X	X

11	<b>INDICATORI DI RISULTATO PREVISITI</b>	
		<p>Numero di persone prese in carico totali: 100</p> <p>Percorso di autonomia (casa, lavoro, formazione) attivati: 50</p> <p>Numero di interventi a bassa intensità (accompagnamento sociale, percorsi educativi per utenti e familiari, orientamento...) effettuati: 50</p> <p>Numero di operatori sanitari formati nelle tre ASP metropolitane: 60</p>