

SCHEDA RELAZIONE DEL PROGETTO

Premio Innovazione nei Servizi Sociali. Città di Rimini. Sesta Edizione.



DATI IDENTIFICATIVI PER L'ISCRIZIONE	
<i>Titolo del progetto</i>	Servizio integrato per il sostegno alla domiciliarità, la promozione dell'autonomia dei soggetti anziani e l'aiuto alle loro famiglie.
<i>Ente proponente</i>	Comune di Albano S. Alessandro (BG)
<i>Settore/Ufficio proponente</i>	Ufficio di Servizio Sociale
<i>Indirizzo (Via, Cap, Città, Provincia)</i>	Piazza dei Caduti n. 2 Albano S. Alessandro (BG)
RELAZIONE DI PROGETTO (max 10 cartelle, ciascuna di non oltre 2500 caratteri spazi inclusi)	
<p>N.B. Realizzare la relazione descrittiva del progetto nelle pagine seguenti attenendosi all'indice proposto.</p>	
La relazione dovrà essere redatta in Corpo 12, Carattere Times New Roman, e la lunghezza non dovrà superare le 10 cartelle/pagine, ciascuna di non oltre 2500 caratteri spazi inclusi.	

TITOLO: Servizio integrato per il sostegno alla domiciliarità, la promozione dell'autonomia dei soggetti anziani e l'aiuto alle loro famiglie.

TEMPI: Data di avvio 2002; non è prevista data di conclusione.

INTRODUZIONE: Unitarietà è un riferimento teorico che orienta l'operatività. Una questione metodologica perché rappresenta una presa in carico globale della situazione: dal punto di vista della relazione d'aiuto, dal punto di vista organizzativo e di gestione delle risorse.

Nel servizio sociale professionale ciò si traduce in un *principio operativo*: "essere unico conoscibile soltanto in relazione ai vari ruoli sociali" (Dal Pra Ponticelli, 1985) che determina l'approccio metodologico e l'assunzione di un unico procedimento nella presa in carico dei problemi (Ferrario, 1986) in favore di un'azione orientata alla persona, al suo ambiente, al territorio ed all'organizzazione" (Coord. Naz. Docenti di servizio sociale, 1987).

Destinatari: Persone anziane che abbiano compiuto 65 anni o soggetti con invalidità civile superiore od uguale al 75 % residenti nel Comune di Albano S.Alessandro (BG).

Contesto: Il comune di Albano S.A. rappresenta una realtà socio-economica, urbanistica e demografica attraversata da un vivace processo di evoluzione e crescita che ne sta cambiando la configurazione: convivono, infatti, aspetti tradizionali fondati su un forte radicamento comunitario che definisce una chiara identità di paese, e aspetti tipici dei contesti urbani maturi, marcati da tratti "metropolitani" con forte presenza di insediamenti produttivi, decisa capacità attrattiva per le giovani coppie e per lavoratori stranieri, ma anche aree residenziali medio-alte abitate da persone che svolgono attività produttive in luoghi molto distanti. Nell'ultimo decennio il Comune ha avuto una forte espansione residenziale che ha comportato l'aumento di popolazione di circa 1000 unità (7712 abitanti). E' previsto un ulteriore aumento significativo nel prossimo biennio. Emerge un quadro di mappe vitali del territorio complesse e ricche di sfumature, aperte ad evoluzioni corrette, ma anche a rischi di frammentazione. In questo senso pare importante investire in azioni di "manutenzione" costante che sostengano ed implementino la rete comunitaria del paese. Questa è la *mission* che orienta la progettualità e gli interventi del servizio sociale comunale (s.s.c.).

Il s.s.c. di Albano S.A. si configura con un assetto organizzativo, complesso e integrato, nel settembre 1999, a seguito dell'inserimento in pianta organica dell'assistente sociale. Prima di questa data, gli interventi del comparto socio-assistenziale erano prevalentemente centrati sul versante istruttorio e amministrativo, sull'erogazione di prestazioni assistenziali e di segretariato sociale. Mancava una specifica cornice organizzativa unitaria orientata alla realizzazione di un sistema di offerta generale. Fondamentale è stata la ridefinizione della struttura organizzativa e l'esplicitazione di un metodo di lavoro basato su un quadro di riferimento teorico-metodologico.

Breve descrizione del servizio: Prima del giugno 2002 il comune erogava un servizio di assistenza domiciliare rivolto ad anziani, disabili, nuclei familiari e soggetti fragili attraverso personale ASA sia dipendente che in rapporto di convenzione con coop. sociale. L'attenzione

prioritaria al bisogno della persona in difficoltà aveva portato a realizzare interventi definiti “di protezione sociale”, termine con cui si intende un intervento organizzato evitando quegli aspetti amministrativi che possono indurre diffidenza o, addirittura, impedire l’avvio dell’intervento. L’aumento delle richieste di SAD su soggetti con un bisogno di assistenza negli orari di prima mattina ha comportato la correzione della convenzione con la coop. passando da un operatore fisso per 20 ore settimanali ad un rapporto su “monte-ore annuo” variabile settimanalmente in base all’andamento della domanda o delle condizioni socio-sanitarie dell’utenza con la possibilità di avere più operatori presenti contemporaneamente. Quest’organizzazione ha imposto una funzione di coordinamento forte per raccordare le necessità del servizio e le esigenze organizzative della coop. L’assetto del SAD vedeva 5 operatori che si occupavano non solo dell’utente ma anche del suo contesto familiare spesso pienamente coinvolto dalla condizione del proprio congiunto in difficoltà. Ciò ha portato al superamento della definizione UTENTE SAD a favore di SISTEMA UTENTE SAD. La complessità dei bisogni incontrati, la tipologia dell’utenza che richiedeva un numero alto di ore di assistenza, la difficoltà a contenere la spesa del Comune all’interno delle previsioni di bilancio hanno portato l’a.s. a riflettere sulla necessità di integrare il SAD con interventi complementari e necessari a mantenere l’utente presso il proprio domicilio. Da questo pensiero è nato il “servizio per il sostegno alla domiciliarità, la promozione dell’autonomia dei soggetti anziani e l’aiuto alle loro famiglie” di cui fanno parte i seguenti servizi in ordine cronologico di attivazione:

sad (vedi sopra)

trasporti: nell’anno 2000 è istituito il servizio integrato al SAD, finalizzato a permettere ai soggetti in condizioni di disabilità, senilità e solitudine, di accedere ai servizi di cura e riabilitazione, garantire il diritto allo studio.

casa famiglia: nel giugno 2002 il Comune apre una struttura assistenziale diurna che può ospitare 10 persone anziane autosufficienti o parzialmente tali, aperta dalle 8.00 alle 18.30 dal lunedì al venerdì, con impostazione familiare pensata per erogare un alto numero di ore di assistenza e custodia per anziani e sollievo per le loro famiglie o l’attivazione di una rete di sostegno quando la rete familiare sia inesistente o insufficiente. La CF è punto di arrivo del SAD quando la situazione sociale, psicologica, sanitaria e familiare richiede un alto livello di assistenza contemporaneamente al permanere di alcune abilità relazionali e fisiche. E’ punto di partenza per interventi domiciliari o per inserimenti in altre strutture quando la situazione dell’ospite peggiora. Rappresenta un punto di snodo per interventi domiciliari integrativi. Consente un monitoraggio attento per situazioni sanitarie particolari e mantiene un forte legame con i MMG grazie alla presenza dell’infermiere professionale (I.P.). Tutte le attività hanno l’obiettivo di potenziare o mantenere le abilità personali. Le attività svolte sono le seguenti: colazione, igiene personale, attività fisica, lettura del giornale e discussione, laboratorio di cucina, pranzo, laboratorio artistico di cucito e di scrittura, animazione alla lettura, visione di programmi TV e commento, riordino e pulizia locali.

pasti a domicilio: nel gennaio 2005 inizio il servizio “pasti a domicilio” rivolto a persone anziane, soggetti in particolari condizioni di salute, di fragilità personale e sociale, prive di un supporto familiare. Il servizio viene erogato da lunedì a venerdì con la possibilità di ricevere in questa giornata anche il pasto per sabato e domenica.

ambulatorio infermieristico: nel 2006, in collaborazione con l'associazione di volontariato "La formica" e la coop. che gestisce il sad viene attivato l'ambulatorio infermieristico rivolto alle persone anziane per la rilevazione dei parametri vitali, controllo di pressione e glicemia, consulenza su uno stile di vita sano ed adeguato all'età. L'i.p. che gestisce l'ambulatorio è lo stesso che esercita in CF e che effettua i prelievi a domicilio definendosi come "infermiere di territorio", garantendo in questo modo continuità all'intervento terapeutico ed assistenziale. All'ambulatorio accedono persone non necessariamente inviate dal s.s. o in contatto con esso perciò rappresenta il luogo per incontrare nuove persone, rilevare i bisogni di una fascia di popolazione ancora autonoma, monitorare l'evoluzione del bisogno stesso e, quindi, segnalare od inviare al s.s. le persone in difficoltà.

prelievi a domicilio: nel gennaio 2007 rivolto ad anziani e disabili si effettua un giorno alla settimana.

Il servizio nel suo complesso può definirsi come un "work in progress": le diverse articolazioni scaturiscono l'una dall'altra in un pensiero organizzativo che trae dall'esperienza e dai bisogni incontrati ipotesi operative.

Motivazioni: Questo progetto nasce come conseguenza dell'intervento di qualificazione del SAD.

Domiciliarità e fragilità sono sostantivi relativamente nuovi nel lessico del s.s. ed implicano un approccio alla situazione di tipo unitario e dinamico. Domiciliarità indica lo spazio significativo che comprende la globalità della persona e ciò che la circonda; comprende la casa ma anche il nucleo familiare, le relazioni ed il contesto in cui la casa e la persona sono iscritte. Fragilità definisce una condizione fisica, psichica e sociale che limita la capacità di vivere in modo autonomo ed adeguato nel proprio contesto. Questa condizione può interessare un gruppo eterogeneo di persone per età e condizione di vita.

Un servizio che si ponga l'obiettivo indicato implica l'organizzazione di un *sistema integrato di servizi e prestazioni* tra comparti socio-assistenziale- sanitario, diversi livelli organizzativi, diverse figure professionali; può realizzarsi in più sedi all'interno di un unico territorio il quale incarna il concetto di domiciliarità.

Analisi preliminari: Il dato iniziale è rappresentato dal fatto che nel 2000 gli utenti in carico al s.s.c. con patologie degenerative vivevano prevalentemente soli o in nuclei familiari non in grado di assolvere i compiti di cura. Queste persone richiedevano una presa in carico complessa, mirata a mantenere la qualità della vita e a ridurre il ricorso a strutture residenziali, che avrebbe rappresentato un onere considerevole per la famiglia e per l'Amministrazione.

Le analisi fatte prima di dare avvio alla CF si sono basate su: riflessione sull'operatività quotidiana, confronto con la coop. su esperienze in altri territori, verifica della legislazione in materia di standard strutturali, contatti con le famiglie per verificare la volontà di aderire al progetto, proiezione di costi. I dati raccolti sono stati sottoposti all'Amministrazione comunale per l'assunzione e l'avvio del progetto.

Decisivo è stato il raffronto tra costi ed ore di assistenza erogate attraverso il SAD e i costi e le ore di assistenza erogate attraverso la C.F. La struttura consente di erogare 10,50 ore di assistenza a 10 utenti contemporaneamente. Se ad ogni utente fossero state erogate due ore al giorno di SAD le ore necessarie sarebbero state 20 al giorno (9,5 ore in più al dì con un intervento insufficiente).

I servizi sorti successivamente alla CF sono nati dalla riflessione sull'attività di segretario sociale professionale, il SAD e la CF. La loro attivazione sperimentale è frutto della collaborazione con l'associazione di volontariato "La formica" che ha potuto accedere ai finanziamenti delle Leggi regionali 22/93 e 23/99. A seguito della valutazione dei risultati ottenuti, i progetti sono stati assunti dall'Amministrazione comunale che attualmente li gestisce in collaborazione con l'associazione stessa.

Obiettivi : Il servizio integrato si pone le seguenti finalità:

- mantenere l'anziano nella sua casa e nella comunità locale il più possibile
- aumentare la tutela della salute attraverso monitoraggio quotidiano
- razionalizzare l'intervento del s.s.c. massimizzando le risorse e diminuendo i costi a carico del sistema utente e dell'Amministrazione
- semplificare l'intervento dando un'offerta complessiva ed integrata
- permettere di raggiungere nella stessa fascia oraria il maggior numero di soggetti
- uscire dalla logica bisogno/risposta per una progettualità più allargata sul caso clinico
- costruire una rete tra servizi e professionisti

Gli obiettivi fissati sono i seguenti:

- offrire un alto numero di ore di assistenza giornaliera al sistema utente
- garantire custodia di soggetti più fragili durante assenza dei familiari
- diminuire carico di cura della famiglia
- garantire controllo su assunzione dei farmaci
- tenere un rapporto costante con MMG
- avere una "regia" della situazione di salute dei soggetti seguiti
- mantenere e potenziare abilità residue
- garantire maggiore sicurezza al soggetto ed al suo vicinato
- ridurre isolamento
- "risignificare" la quotidianità offrendo spazi di immaginazione per il futuro.

Il servizio si pone obiettivi anche rispetto alle risorse umane impegnate: mantenere un scambio tra operatori, analizzare le dinamiche relazionali, diminuire il carico emotivo derivante da situazioni complesse.

COSTRUZIONE E DESCRIZIONE DEL PROGETTO:

Metodologia e procedure: L'attenzione al sistema vitale in cui il soggetto è inserito porta a considerare le molteplici variabili correlate ed interdipendenti che condizionano la qualità della vita dell'anziano. Le prospettive di sviluppo dipendono necessariamente dall'equilibrio che si riesce ad instaurare nel sistema utente alleviando il più possibile gli aspetti critici dei compiti di cura dei familiari .

La presenza dell'operatore rappresenta una variabile importantissima che può rafforzare il sistema o facilitarne la disgregazione favorendo atteggiamenti espulsivo verso il familiare. Spesso l'operatore viene "caricato" di emozioni ed aspettative per cui è fondamentale l'azione di coordinamento operativo e supervisione.

Distinguiamo infatti tra operatori impegnati in prima linea (asa/ oss) e le retrovie (coordinatrice asa ed a.s.).

L'esperienza ha dimostrato l'esistenza di alcune condizioni che limitano la veloce ingravescenza ;

- mantenimento di riferimenti costanti e ritualizzati che riducono la sensazione di disorientamento e non appartenenza
- assunzione regolare dei farmaci
- costruzione di un rapporto di fiducia e di familiarità con gli operatori
- mantenimento di un rapporto costante con il medico di base.

Fondamentale è l'azione dei familiari che il servizio deve sostenere ed integrare.

Laddove i contesti di vita siano carenti o inesistenti, l'azione del servizio diventa fondamentale e richiede l'attivazione di percorsi connotati da una forte flessibilità organizzativa e dall'attenzione alle dinamiche relazionali.

In altre situazioni elemento critico è dato dalle condizioni psicologiche e dall'atteggiamento depressivo di chi non si aspetta più niente dalla vita: la quotidianità diventa insostenibile ed il futuro inimmaginabile.

Queste situazioni, che presentano ancora potenzialità residue significative, richiedono all'operatore la capacità di risignificare il presente dando al futuro una prospettiva per evitare che "padrona" dell'immaginario sia la morte.

Ciò richiede di ridurre l'isolamento in cui l'anziano vive o in cui tenta di rifugiarsi evitando le proposte di incontro attraverso un'azione di presidio continuo. Elemento importante è dato dal fatto che gli operatori impegnati su servizi diversi siano sempre gli stessi. Ciò permette l'integrazione di tutti i passaggi all'interno del progetto assistenziale individuale (PAI). E' importante che il servizio integrato rimanga in capo ad un unico soggetto gestore - il Comune- ed erogatore - la cooperativa. Il primo garantisce l'unitarietà della prestazione assistenziale attraverso l'ufficio di s.s. a cui è affidato il compito di costruire il PAI in cui integrare e finalizzare differenti attività verso gli obiettivi indicati. Questi obiettivi vengono raggiunti principalmente attraverso l'utilizzo di risorse umane che, quindi, devono conoscere molto bene il territorio, la comunità, avere un rapporto di collaborazione e coordinazione con i servizi presenti. La coop. deve avvalersi di personale "territoriale" ossia impegnato stabilmente in paese. La "territorialità" ed il rapporto di scambio esistente tra s.s.c. e coop. crea una sinergia e facilita l'"affidamento" e la "compliance" dell'utente e del suo nucleo familiare al PAI..Questo aspetto rappresenta un criterio metodologico importantissimo. Vista la complessità del bisogno e dell'intervento è fondamentale che le diverse azioni siano inserite in un PAI costruito tra i vari servizi, tra le diverse figure professionali e le risorse che devono essere attivate con particolare riferimento alle risorse della persona stessa, della sua famiglia e della comunità. Questo progetto richiede un ruolo di regia svolto dall'a.s. del Comune che inserisce l'azione sulla persona all'interno del più ampio panorama territoriale e che può attivare attorno, alle offerte istituzionali, l'azione sinergica dei volontari presenti nella comunità.

Il percorso attuato ha richiesto un ruolo forte del Comune nelle sue parti: politica e tecnica. Dal punto di vista metodologico è importante l'aspetto della coprogettazione che sta alla base del servizio integrato, il quale si è sviluppato attraverso una stretta collaborazione tra s.s.c. e le associazioni di volontariato presenti a partire dalla condivisione della lettura dei bisogni, degli obiettivi, dell'organizzazione e delle previsioni di costo. Il s.s.c. ha supportato fin dall'inizio i volontari affinché si costituissero in associazione e successivamente per definire quali progetti presentare e come elaborarli per ottenere i finanziamenti. Questa partnership si è rivelata importantissima per sperimentare le attività anche attraverso il ricorso a fonti di finanziamento esterne al bilancio comunale.

Soggetti coinvolti: Comune di Albano S. A.; Coop. Sociale Paese; Parrocchia, Assoc.di volontariato “La Formica”, Conferenza S. Vincenzo.

Materiali predisposti: orientamento metodologico, progetto sociale, documenti di previsione finanziaria, definizione fasce Isee e quote di compartecipazione, determinazione per regolamentare funzionamento CF, volantini divulgativi, modulistica per formalizzazione richiesta di servizi e definizione contratto, relazioni di aggiornamento al Consiglio Comunale, Convenzione con Parrocchia, delibere di sostegno alla progettazione della coop. Paese e dell’assoc. “La Formica” da allegare alle proposte progettuali per leggi di settore, bandi e capitolati per gare d’appalto, determinazioni per casi di protezione sociale.

Fasi di realizzazione:

2000 sad ridefinito

2000 regolamento trasporti e convenzione con assoc. “La formica”

primavera 2002 progettazione CF, condivisione progetto con parrocchia ed associazioni di volontariato, deliberazione della giunta

giugno 2002 avvio sperimentazione CF dalle 8.00 alle 14.00

gennaio 2003 trasferimento CF in locali parrocchiali e prolungamento dell’orario dalle 8.00 alle 18.30 con somministrazione cena e pagamento del costo di un’ora di assistenza attraverso i fondi ottenuti da “La formica” con la L.R. 22/93

gennaio 2004: “Adotta un nonno” che integra l’attività di CF con Progetto Giovani. Obiettivo: sostegno al volontariato giovanile. Il progetto viene sostenuto da “La formica” con il finanziamento della L. R. 23/99

gennaio 2004 La coop. Paese presenta richiesta di finanziamento in L.R. 23/99 e lo ottiene per integrare il personale operante in CF attraverso la figura dell’i.p.

gennaio 2005 attivazione servizio pasti a domicilio in collaborazione con “La formica”. I pasti vengono pagati dall’utente e la consegna viene svolta dai volontari.

gennaio 2006 attivazione ambulatorio infermieristico in collaborazione con coop. Paese che ottiene il finanziamento in L.R. 23/99

gennaio 2007 attivazione servizio prelievi a domicilio in collaborazione con “La Formica” che attraverso il finanziamento ottenuto in L.R. 22/93 sostiene i costi dell’i.p., mentre l’accettazione delle richieste, le prenotazioni ed i ritiri dei referti sono ad opera dell’ufficio di s.s.c.

Aspetti innovativi da segnalare:

- unitarietà dell’offerta di servizi nati come integrazione l’uno dell’altro con possibilità di raggiungere le persone su bisogni diversi anticipando la nascita di altri bisogni
- lavoro in un’ottica preventiva;
- reale lettura dei bisogni per una corretta programmazione dei servizi per l’area anziani
- il passaggio di comunicazioni tra interlocutori dei diversi servizi permette un monitoraggio costante sulla popolazione anziana
- rete tra operatori e territorio che ha prodotto la coprogettazione con le associazioni e il terzo settore

- ricorso a finanziamenti leggi settore
- possibilità per il comune di sperimentare progetti senza costi aggiuntivi e di assumerli dopo aver validato i risultati

RISULTATI E VALUTAZIONE:

Risultati attesi:

- raggiungere gli obiettivi indicati
- raggiungere il più alto numero di soggetti in carico al servizio
- monitorare l'evoluzione del bisogno
- anticipare l'emergenza
- razionalizzare i processi di accesso ai servizi
- fare sintesi tra i vari interventi sulla stessa persona
- programmazione corretta dei servizi a favore della popolazione anziana
- contenere la spesa
- regia dell'amministrazione quale soggetto titolato alla salute dei cittadini anziani
- integrazione ADI e MMG

Criteri di valutazione:

Quantitativi: raffronto tra numero degli utenti dei diversi servizi ed ore di assistenza erogate
confronto tra le risorse richieste da serv. integrato / risorse richieste da servizi settorializzati

Qualitativi:

- analisi dell'utenza e dei diversi progetti individualizzati osservandone la loro evoluzione
- riunione tra as. e coordinatore
- riunione d'èquipe
- supervisione alle asa da parte dell'a.s.
- incontri periodici con famiglie

All'interno di un s.s.c. non è possibile fare una valutazione puramente quantitativa : occorre analizzare l'evoluzione dei servizi che hanno permesso il raggiungimento degli obiettivi in determinati situazioni. I criteri quantitativi e qualitativi devono essere integrati tra di loro.

Strumenti e metodologie di valutazione:

Quantitativi. Analisi dati relativi a:

- n° ore di assistenza per persona
- n° persone assistite nella stessa fascia oraria
- n° utenti di tutti i servizi
- n° prestazioni per la stessa persona
- n° utenti del SAD e della CF inseriti in RSA
- n° utenti in RSA non seguiti dai servizi
- n° utenti seguiti e conviventi in famiglie con minori
- n° utenti che hanno avuto accesso ai servizi e che non erano in carico al s.s.c.

- n° utenti che da un servizio sono passati in un altro servizio.
- progressione della spesa storica a bilancio
- rendicontazioni per provincia e regione per finanziamenti leggi di settore
- percentuale dei costi assunti dal comune

Qualitativi:

- non ricorrere a variazioni di bilancio per integrare l'appalto del SAD
- permanenza degli utenti nei servizi.
- Verbali riunioni d'equipe
- incontri periodici con familiari
- valutazione ASL, Provincia, Regione per progetti leggi di settore
- relazioni per raggiungimento obiettivi
- incontri con parrocchia
- quaderno consegne

RISORSE:**Costo complessivo del progetto:**

Vengono considerati i costi sostenuti nel bilancio 2007, ricostruendo le entrate e le uscite sostenute dal Comune per diminuire l'onere a carico delle famiglie, essendo un servizio che si è costituito negli anni e che si è completato solo adesso.

- costo casa famiglia € 77.350,00
- costo SAD € 36.300,00
- costo prelievi € 9.200,00 (a carico de "La formica")
- costo infermiere Casa Famiglia € 6.500,00
- costo ambulatorio infermieristico € 2.500,00 (a carico coop. Paese)
- costo trasporti € 13.350,00
- costo pasti € 51.500,00
- entrate utenza € 86.200,00

Totale costo: € 196.700,00= - Totale costo sostenuto dal comune: € 98.800,00=

Fonti di finanziamento:

- bilancio comunale
- finanziamenti in L.R. 22/93 e 23/99.

Risorse umane impegnate:

Numero: 1 a.s. dipendente comunale e responsabile del servizio, 1 asa comunale, 1 coordinatore asa comunale e 1 coord asa coop., 6 asa/oss coop., 27 volontari associazione "La formica", 7 volontari Conferenza San Vincenzo.

Professione: a.s. , asa/oss, i.p., volontari

Formazione prevista: corsi organizzati dalla coop. Paese e dalla Provincia di Bergamo.

Risorse tecnologiche:

attivate: automezzi comunali, telefoni cellulari, sito internet comunale per far conoscere il servizio alla cittadinanza e per poter scaricare la modulistica necessaria per attivare singoli interventi, programmi informatici per la gestione del personale e la rendicontazione economica regionale.

da attivare: nessuno.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE:**Positività e criticità:**

In tutto questo percorso è stato determinane il ruolo dell'Amministrazione e dell'ufficio di s.s.c.

Dal punto di vista tecnico è stato importante riflettere sull'attività quotidiana, sulle domande espresse dall'utenza e sui servizi erogati. Queste conoscenze sono poi state trasferite alla parte politica attraverso l'ione di sostegno alle politiche sociali che rappresenta un centro di costo del PEG dell'ufficio permettendo all'organo di governo di scegliere quale direzione prendere. Altro ruolo importante giocato dall' E.L. è rappresentato dall'azione di sostegno e valorizzazione del volontariato. Il s.s.c. ha supportato i volontari e ha collaborato con loro per definire quali progetti presentare per ottenere i finanziamenti con le leggi di settore. In questo modo l'ente locale è pienamente dentro la comunità, ne sente i bisogni, li riconosce, li elabora ed articola, insieme ad altri compagni di viaggio che vivono nella stessa comunità e hanno a cuore progetti di intervento non settorializzati.

Pertanto, dal punto di vista politico il comune di Albano S.A. ha scelto di esercitare una funzione di governance dei fenomeni sociali ascoltando i bisogni provenienti dal territorio e dai servizi e definendo obiettivi di approccio alla globalità della persona e della comunità.

Comunicazione interna ed esterna: Le comunicazioni si suddividono in 2 categorie:

- progettuali (interne) che comprendono: progetti, deliberazioni, relazioni programmatiche e di assestamento per il bilancio, relazioni per richieste di finanziamento per le leggi di settore, relazioni per raggiungimento degli obiettivi di PEG, quaderno delle consegne, verbale delle riunioni d'èquipe ,cartelle degli utenti.

- amministrative (esterne) comprendono : determinazioni di funzionamento, contratti per inserimenti in CF e SAD, domande per pasti a domicilio e prelievi, capitolato gara SAD, convenzioni con coop. Paese - "La formica" -Parrocchia, liberatorie per farmaci, certificato idoneità sanitaria terapia farmacologica per CF, lettere per richieste farmaci e comunicazioni con i MMG.

Successive implementazioni: Lo step successivo è rappresentato dall'istituzione del polo sanitario di supporto ai servizi domiciliari: centro prelievi e ambulatorio infermieristico in un'unica sede con un infermiere di territorio riconosciuto dalla popolazione anziana del paese in costante collegamento con il s.s.c. e il SAD/CF. La pratica quotidiana dei servizi domiciliari richiede un collegamento continuo con i MMG. Attualmente il rapporto di collaborazione è principalmente richiesto dal s.s. anche se si intravedono segnali di

cambiamento da parte di alcuni MMG. L'istituzione di questo polo richiede, inoltre, l'attivazione di un'integrazione operativa con l'ADI.