



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



N° PAP-04540-2025

*Il presente atto viene affisso all'Albo
Pretorio on-line
dal 11/11/2025 al 26/11/2025*

*L'incaricato della pubblicazione
VITO NUNZIO VITULLO*

CITTA' DI MATERA

SETTORE SERVIZI SOCIALI E ALLA PERSONA

DETERMINAZIONE RCG N° 3183/2025 DEL 11/11/2025

N° DetSet 555/2025 del 11/11/2025

Dirigente: PAOLO MILILLO

OGGETTO: PNRR M5, C2, Inv 1.1 sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non auto-sufficienti- sub inv 1.1.3. Approvazione verbale esito tavolo di coprogettazione.

CIG: B4FECA3871

CUP: I14H22000230006

ATTESTAZIONE REGOLARITA' AMMINISTRATIVA

(art. 147-bis D,Lgs n. 267/2000)

Il Dirigente PAOLO MILILLO, con la sottoscrizione del presente provvedimento in ordine alla determinazione di cui all'oggetto, attesta la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa, ai sensi dell'art. 147-bis del D.Lgs n. 267/2000.

N.B. Il relativo documento informatico originale è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n. 82/2005

ATTESTAZIONE DI CONFORMITA'

Il Sottoscritto _____
in qualità di _____

attesta che la presente copia cartacea della Determinazione Dirigenziale N° RCG 3183/2025, composta da n°..... fogli, è conforme al documento informatico originale firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs N° 82/2005.

Matera, _____

Firma e Timbro dell'Ufficio

N.B. Da compilare a cura del Soggetto Autorizzato

Relazione del Responsabile del Procedimento

Premesso che:

- con il D.M. del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 0000098 del 09/05/2022, sulla base delle domande di finanziamento presentate da ciascun Ambito Territoriale Sociale, sono state approvate le liste degli ATS ammessi a finanziamento e che il Comune di Matera, quale soggetto capofila e in rappresentanza degli ATS sottoscrittori (Bradonica Medio Basento, Metapontino Collina Materana e Val d'Agri) è stato ammesso a finanziamento sulla Misura 5 Componente 2, Investimento 1 sub-investimento 1.1.3 del PNRR, di cui al citato Avviso n.1/2022 per un budget complessivo di euro 330.000,00 (trecentotrentamila/00) per la realizzazione di interventi relativi a due tipologie di azioni: A.1 – Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare e A.2 – formazione specifica degli operatori;
- con Deliberazione di C.C. n. 78/2023 del 16/10/2023 è stato approvato il Regolamento Comunale per la disciplina della co-progettazione nel rapporto fra amministrazione comunale ed Enti del Terzo Settore (di seguito ETS) nell'ambito delle politiche di welfare, finalizzato a disciplinare i principi fondamentali, i criteri guida, le modalità organizzative e procedurali da rispettare nell'ambito dei procedimenti di co-progettazione, in applicazione del D.Lgs. n. 117/2017 e, in particolare, dell'art. 55 in materia di politiche di welfare e di altre attività di interesse generale di cui al successivo articolo 3, in attuazione della legge n. 328/2000 e ss. mm., del D.P.C.M. 30/03/2001 e ss. mm. e della Legge regionale n. 4/2007 e ss. mm.;
- con deliberazione n. 422/2023 del 28/11/2023 la Giunta Comunale ha autorizzato il Dirigente del Settore Politiche Sociali del Comune di Matera a predisporre tutte le attività necessarie per l'avvio di una procedura di co-progettazione per le attività di cui al finanziamento relativo alla M5-C2-I1.1-sub investimento 1.1.3 ed ha nominato RUP del procedimento amministrativo la Dott.ssa Rotondaro Caterina, Coordinatrice dell'Ufficio di Ambito territoriale Sociale Città di Matera;
- con determinazione dirigenziale DetSet n. 522/2024 del 30/12/2024 - RCG n. 3751/2024 del 30/12/2024, ad oggetto: "Approvazione avviso manifestazione di interesse per l'individuazione di Enti del Terzo Settore interessati alla co-progettazione per la Missione 5, Componente 2, Investimento 1.1, Sub investimento 1.1.3, è stato approvato l'Avviso pubblico per l'attivazione di un partenariato con Enti di Terzo Settore ai fini della co-progettazione di servizi ed interventi per l'attivazione e l'attuazione di percorsi di autonomia per persone con disabilità;
- l'Avviso Pubblico ed i relativi allegati all'uopo predisposti sono stati inseriti sulla piattaforma del Comune di Matera, raggiungibile sul sito <https://gare.comune.matera.it> e pubblicati, altresì, all'Albo Pretorio on-line del Comune di Matera (registrato con progressivo PAP- 05466 -20249) dal 30.12.2024 sino alle ore 12:00 del giorno 28.02.2025;

Considerato che:

- all'esito della procedura sopra indicata, con determinazione dirigenziale DetSet n. 469/2025 del 23/09/2025 – RCG n. 2687/2025 del 23/09/2025 è stato stabilito, conformemente a quanto riportato all'art. 8, punto 8.iii) del regolamento comunale, approvato con deliberazione di C.C. n. 78/2023, l'ammissione dell'ETS RTI CONSORZIO LA CITTA' ESSENZIALE codice fiscale e P.IVA 01025950773, con sede in Matera 75100 alla Via dei Pesci n. 50 alla fase di co-progettazione;
- la fase della co-progettazione si è conclusa con l'approvazione del progetto così come presentato dall'ETS aggiudicatario RTI CONSORZIO LA CITTA' ESSENZIALE;

Richiamato integralmente, a questo punto:

- il Verbale n. 1 dell'incontro di Coprogettazione del 07.10.2025, prot. gen. n. 0117254/2025 del 07.11.2025, allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;

Visto l'art. 11 del Regolamento Comunale per la disciplina della co-progettazione, approvato con la citata deliberazione di C.C. n. 78/2023 del 16/10/2023;

Ritenuto, a conclusione delle attività svolte nell'ambito del tavolo di co-progettazione avviato, di:

- prendere atto ed approvare il Verbale n. 1 del 07.10.2025 prot. gen. n. 0117254/2025 del 07.11.2025 del tavolo di co- progettazione avviato per lo specifico investimento 1.1.3, allegato al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;
- procedere alla sottoscrizione della convenzione prevista dall'art.56 del D.Lgs. n. 117/2017 con l'ETS RTI CONSORZIO LA CITTA' ESSENZIALE per la regolamentazione del rapporto di collaborazione finalizzato alla realizzazione della progettualità finanziata con le risorse del PNRR Missione 5 Componente 2, Linea 1.1, sub. Investimento 1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione";

Tutto ciò premesso, si propone al Sig. Dirigente l'assunzione del relativo provvedimento di approvazione.

Il sottoscritto, responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art. 6 bis della Legge 241/90 in relazione al presente procedimento e della Misura M03 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Caterina ROTONDARO

IL DIRIGENTE

Letta la suesesa relazione del Responsabile del Procedimento e le premesse sopra riportate;
Visti gli artt. 107 e 109 del T.U.E.L., approvato con D. Lgs. n. 267 del 18/08/2000;

Visto lo Statuto Comunale; Vista
la Legge n. 241/1990;

Visto l'art. 17 del D. Lgs. n. 165/2001;

Vista la deliberazione di C.C. n. 78/2023 del 16/10/2023 con la quale è stato approvato il Regolamento Comunale per la disciplina della co-progettazione nel rapporto fra amministrazione comunale ed Enti del Terzo Settore nell'ambito delle politiche di welfare;

Vista la deliberazione di G.C. n. n. 422/2023 del 28/11/2023, ad oggetto: "PNRR Missione 5 Componente 2 Investimento 1.1 sub investimento 1.1.3 "Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione";

Visti tutti gli atti e disposizioni sopra richiamati;

Viste tutte le altre norme dispositive vigenti in materia;

DETERMINA

1. di richiamare la suesesa relazione del Responsabile Unico del Procedimento e la premessa, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente dispositivo;
2. di approvare il Verbale n. 1 del 07.10.2025 del tavolo di co-progettazione avviato per lo specifico investimento 1.1.3, allegato al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale;

3. di procedere alla sottoscrizione della convenzione prevista dall'art.56 del D.Lgs. n. 117/2017 con l'ETS RTI CONSORZIO LA CITTA' ESSENZIALE per la regolamentazione del rapporto di collaborazione finalizzato alla realizzazione della progettualità finanziata con le risorse del PNRR Missione 5 Componente 2, Linea 1.1 sub investimento 1.1.3 *"Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione"*;
4. di dare atto che, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 147-bis, comma 1, del D.Lgs. n. 267/2000, il presente provvedimento non comporta riflessi diretti o indiretti sulla situazione economico finanziaria o sul patrimonio dell'ente e, pertanto, non necessitando del visto di regolarità contabile e dell'attestazione della copertura finanziaria della spesa da parte del responsabile del servizio finanziario, diventa esecutivo con la sottoscrizione del medesimo da parte del Dirigente del servizio interessato.

Il sottoscritto Dirigente del Servizio Politiche Sociali dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art.6 bis della legge 241/90 in relazione al citato procedimento e della Misura M03 del Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

IL DIRIGENTE

Dott. Paolo MILILLO



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



**SERVIZIO POLITICHE SOCIALI
E
UFFICIO DEL PIANO SOCIALE COMUNALE
AMBITO SOCIO-TERRITORIALE URBANO
CITTA' DI MATERA**

Oggetto: PNRR Missione 5, componente 2, Investimento 1.1 sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non auto-sufficienti- sub investimento 1.1.3. "Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione". CUP I14H22000230006. CIG. B4FECA3871. Tavolo di co-progettazione.

Verbale incontro n.1

Il giorno 7 del mese di ottobre dell'anno 2025, alle ore 10:00, regolarmente convocato, si è riunito il gruppo di lavoro costituito dai dipendenti del Servizio Politiche Sociali:

1. Dott.ssa Rotondaro Caterina, Responsabile del Procedimento e Coordinatrice ATS Urbano Città di Matera;
2. Dott. Bruno Francione, Commissario;
3. Dott. Ambrosecchia Marco, Facilitatore;
4. Dott.ssa Brancato Paola, Segretario verbalizzante;

e dai referenti dell'ETS "RTI CONSORZIO LA CITTA' ESSENZIALE", individuato all'esito della valutazione delle proposte di progetto, approvata con la determinazione dirigenziale DetSet n. 469/2025 del 23/09/2025 - RCG n° 2687/2025 del 23/09/2025, nelle persone di:

1. Dott. Bruno Giuseppe, Presidente del Consorzio e legale Rappresentante;
2. Dott.ssa Morrone Angela, direttore del Consorzio;

per l'avvio delle fasi di co-progettazione previste per la realizzazione degli interventi in oggetto e secondo i punti all'ordine del giorno di seguito indicati e condivisi in apertura:

1. **Presentazione della proposta progettuale da parte del soggetto capofila;**
2. **Discussione tra i presenti dei passaggi tecnici e operativi;**

3. Pianificazione prossime fasi di lavoro operativo.

L'incontro è stato aperto dalla Responsabile del Procedimento Dott.ssa Caterina Rotondaro che ha dato il benvenuto ai partecipanti, ha proseguito il Dott. Marco Ambrosecchia nella conduzione del tavolo di coprogettazione illustrando l'obiettivo della co-progettazione e nello specifico gli obiettivi e le procedure previste per la misura in oggetto indicata.

1. Presentazione delle proposte progettuali da parte del soggetto capofila.

La parola passa al Dott. Bruno Giuseppe, presidente del Consorzio "La Città Essenziale", il quale presenta le due azioni progettuali (Azione A-A1/Azione A2) nei loro aspetti e chi se ne occuperà nello specifico.

Viene rappresentato come, per quando riguardi le attività progettuali previste nell'Azione A, le stesse mireranno a garantire il LEPS "Dimissione protette". Il soggetto capofila ha previsto per questa azione l'accompagnamento alle dimissioni ospedaliere di n. 125 beneficiari (100 + 25 senza fissa dimora) in totale, in condizioni di fragilità per i quali saranno previsti, in base al loro Piano Individualizzato, servizi quali: assistenza domiciliare, telesoccorso, pasti a domicilio e assistenza tutelare integrativa.

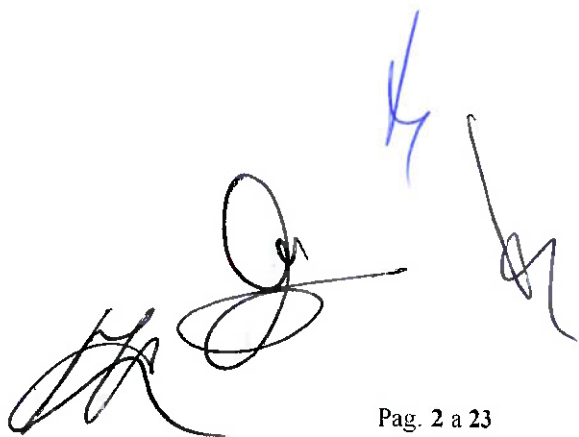
L'obiettivo di questa azione, sottolinea il Dott. Bruno, è proprio quello di avvalersi della collaborazione della rete territoriale riferita agli ATS coinvolti, al fine di apportare migliorie agli interventi socio assistenziali domiciliari e creare un nuovo modello da seguire come buona prassi anche per il futuro.

Nella seconda parte della descrizione delle proposte progettuali il Dott. Bruno spiega che l'Azione A comprende al suo interno la progettualità "Azione A1", che nello specifico fa riferimento all'attivazione dei servizi di assistenza socio-assistenziali per i senza fissa dimora con l'introduzione della "stazione di posta", luogo fisico previsto presso l'immobile comunale Casino Padula sito in via dei Pesci a Matera.

Si occuperanno di tale progettualità l'Impresa Sociale "SIRIO COOPERATIVA SOCIALE" ed altresì la cooperativa "SOCIAL WORK". La proposta progettuale presentata, tra i servizi previsti, offre anche delle prestazioni aggiuntive quali servizio di telesorveglianza, elettrocardiogramma per anziani e persone senza fissa dimora, mirando a sviluppare dei percorsi di solidarietà e cittadinanza attiva e coinvolgendo anche diverse figure professionali. Il Dott. Bruno, altresì, sottolinea di aver previsto in caso di eventuali assenze da parte del personale delle cooperative coinvolte una puntuale ed attenta sostituzione degli stessi.

Infine il Dott. Bruno presenta la progettualità "Azione 2", che prevede una specifica formazione degli operatori coinvolti nella misura ad oggetto.

Procede con la descrizione dettagliata della progettualità presentata che di seguito si riporta:



PRESENTAZIONE DEL RAGGRUPPAMENTO



In qualità di capofila del raggruppamento, il Consorzio La Città Essenziale, impresa sociale dell'area geocomunitaria apulo-lucana, è attiva dal 2000 nel settore dei servizi alla persona e in progetti di innovazione sociale; attraverso le 21 organizzazioni aderenti, opera nell'ottica di agente di sviluppo in ambito distrettuale, realizzando e promuovendo progetti di innovazione e di economia circolare, con forme ibride di imprenditoria sociale svincolate dai finanziamenti pubblici che rendano accessibili e sostenibili i servizi di welfare per la comunità. Il Consorzio è promosso dalla Confcooperative di Basilicata ed opera direttamente e per mezzo delle Cooperative socie, promuovendo lo sviluppo delle stesse e coltivando il legame con le comunità di riferimento. Le attività del Consorzio perseguono tanto la dimensione sociale quanto quella imprenditoriale, favorendo e sostenendo l'inclusione sociale e la politica della sussidiarietà a tutti i livelli. Il Consorzio è socio del Consorzio CGM, che coordinano l'attività di Cooperative e imprese sociali. La Città Essenziale è inoltre fondatore di Reti Meridiane, contenitore di imprese sociali, infrastruttura dell'imprenditoria al servizio del territorio e delle comunità. **Nell'ambito del servizio in oggetto**, il Consorzio indica come cooperative esecutrici la Cooperativa Collettivo Colobrarese di Colobraro (MT), L'abbraccio di Irsina (MT) e Social Work 2.0 di Matera; inoltre fornirà un contributo continuativo e integrato, in termini di monitoraggio e formazione specifica.



La Cooperativa Sociale L'ABBRACCIO, fondata nell'ottobre del 2006, costituita da un gruppo di giovani lucani che intendono promuovere e sostenere attività educative e formative rivolte al sociale. La cooperativa ha come presupposto fondamentale la centralità della persona e propone attività di "servizi alla persona", ricoprendo le fasi dell'intero ciclo di vita: dall'infanzia all'adolescenza, dall'età adulta a quella senile, offrendo, attraverso interventi psico-socio-educativi mirati, un valido sostegno al singolo nel percorso verso l'autodeterminazione e alla famiglia nelle differenti situazioni con particolare attenzione alle problematiche del disagio (fisico, psichico, sociale). La cooperativa è retta e disciplinata dai principi della mutualità, senza fini di lucro o speculazioni, ed ha lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso lo svolgimento dell'attività di gestione di servizi socio-sanitari ed educativi. Ad oggi, la Cooperativa si occupa di:

- Servizio di assistenza domiciliare agli anziani sull'Ambito Bradanica Medio Basento;
- Centro Polivalente Anziani nel comune di Bernalda.



La Cooperativa Sociale Collettivo Colobrarese, nata nel 1985, si è posta come interlocutrice privilegiata nella gestione delle iniziative dirette a favorire il definitivo superamento dei manicomi. Pertanto, è conseguenziale ritenere chela loro struttura, continui a mettere a disposizione la sua esperienza e la sua competenza per favorire un trattamento adeguato del disagio ed operi per il reinserimento sociale dei soggetti affetti da patologie psichiatriche. Gli obiettivi che la Cooperativa persegue riguardano l'erogazione di servizi tesi al continuo miglioramento della qualità della vita delle persone in situazione di bisogno, disagio e svantaggio sociale e nel contempo al miglioramento del contesto sociale e culturale in cui opera, il tutto a partire da un'attenta e mirata lettura delle esigenze del territorio. Ad oggi, la Cooperativa si occupa di:

- Servizio di assistenza domiciliare agli anziani sull'Ambito Collina Materana;
- Residenzialità assistita;
- Riabilitazione psicosociale e mantenimento delle abilità sociali;
- Promozione sociale;
- Casa alloggio per utenti con disturbi psichici gravi e/o medio gravi.



La cooperativa sociale Social Work 2.0 è una cooperativa sociale di tipo B che nasce nel 2018 a Matera. Tale progetto nasce dalla volontà di tre giovani materani qualificati nel settore socioassistenziale ed educativo con l'obiettivo di essere un progetto ponte tra la famiglia e il minore. La cooperativa muove i suoi primi passi nel 2019 aprendo la comunità familiare socio-educativa per minori "LA TENDA DI ABRAM". La comunità accoglie minori di entrambi i sessi, con posti dedicati alla pronta accoglienza, attivabili h24, temporaneamente allontanati dalle famiglie con provvedimenti giudiziari o amministrativi, per scelta consensuale, con

provvedimenti di emergenza, in stato di adottabilità, di affido familiare e minori stranieri non accompagnati. Dal 2023 gestisce il servizio di Home Care Premium sull'Ambito di Matera.



In qualità di mandante, la coop. sociale Sirio nasce nel 2007 a Bari come Cooperativa Sociale di tipo B; nel tempo modifica il suo statuto per trasformarsi in **Cooperativa Sociale di tipo A** con il compito di offrire servizi alla persona in maniera completa presso strutture ospedaliere, case di riposo pubbliche e private, RSSA e RSA, oltre che il servizio di Assistenza Domiciliare (SAD, ADI e ADE). Fin da subito la Cooperativa aderisce a **Confcooperative** in cui riesce a ritagliarsi uno spazio operativo tale da divenire una delle Cooperative di riferimento della stessa Confederazione. Nell'aprile 2012 la Cooperativa si aggiudica i Servizi socio-educativi e di assistenza infermieristica per gli ospiti del Convitto Santa Caterina di Arezzo. Nel novembre 2013 i Servizi socioassistenziali in favore di anziani ospiti della Casa di Riposo Romanelli Palmieri di Monopoli e della Casa di Riposo Vittorio Emanuele II di Bari. Alla gestione di Strutture Residenziali per anziani, nel corso degli anni, assistiamo all'implementazione dei Servizi di Assistenza Domiciliare e di Assistenza Domiciliare Integrata che hanno impresso un'accelerazione allo sviluppo della Cooperativa sia a livello economico che di affidabilità e di prestigio. Dunque, la cooperativa è impegnata nella gestione di servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e sanitari di carattere domiciliare, residenziale o semiresidenziale orientati in via prioritaria, ma non esclusiva, a rispondere ai bisogni dei minori, degli anziani, dei portatori di disabilità e di tutti gli individui in condizioni di fragilità.



In qualità di mandante, IL GIRASOLE scs, si costituisce nel 2005 ai sensi della legge 381/91. La cooperativa svolge in proprio o per conto di terzi, in forma diretta e/o in appalto o convenzione con Enti Pubblici o privati le seguenti attività, suddivise per le aree Disabili: gestisce il Centro "SMILE" Centro socio-educativo per disabili gravi di Moliterno per conto Ambito di zona Alto Agri; gestisce il Servizio scolastico di Assistenza Educativa e alla Comunicazione in diversi comuni dell'ambito della Val D'Agri. Anziani: gestione di case di riposo per anziani nel comune di Moliterno (con annesso CD), Grumento Nuova (PZ), Sarconi (PZ), Spinoso (PZ), San Vito di Sant'Arsenio (Sa), Casalbuono (Sa). Minori: ha esperienze di partenariato in diversi progetti dedicati ai minori oltre che organizzare i Campi estivi per bambini. Da Aprile 2022 e gestisce la Biblioteca di Montemurro (Pz) e Gestisce il servizio Mensa Scolastica dell'Istituto Comprensivo Moliterno e di Grumento Nova (Pz). Inoltre, garantisce un servizio di navetta presso il Centro di Emodialisi dell'ospedale di Villa D'Agri.

1. Qualità della proposta in relazione alla linea di attività descritta nell'Avviso Ministeriale con riferimento alle modalità innovative e/o migliorative per la realizzazione delle azioni.

I servizi descritti di seguito si intendono essere attività migliorative ed innovative in relazione alle azioni afferenti alla linea di attività descritte dall'Avviso. L'obiettivo di dare valore aggiunto ad un servizio che lo scrivente Raggruppamento ritiene particolarmente importante per chi ne usufruisce e che, nell'esperienza dei proponenti, può avere impatti significativi nella vita dei destinatari.

1. ATTIVAZIONE DI UN HELP DESK DEDICATO - numero verde

attivazione di numero verde attivo 7 giorni su 7, attivo dalle 8:00 alle 20:00: il numero, contestualmente alle funzioni proprie del SAD, sarà a disposizione degli utenti in carico con il fine ulteriore di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico.

2. SEMINARI INFORMATIVI/DIVULGATIVI APERTI ALLA CITTADINANZA - 2 seminari

È fondamentale agire anche nel contesto di riferimento per incidere a livello culturale: mediante azioni di promozione e sensibilizzazione, si vuole contribuire a creare intorno alle persone assistite un ambiente accogliente e consapevole dei bisogni emergenti nel proprio contesto di vita. Che si sia direttamente coinvolti in bisogni di assistenza (per sé o per i propri cari) o che si abbia semplicemente la curiosità di approfondire tematiche che potrebbero essere di qualche utilità, è senz'altro auspicabile sollevare dibattiti e confronti intorno ai temi dell'invecchiamento, dell'autosufficienza e degli strumenti utili per affrontare le problematiche ad esse connesse. Il Raggruppamento, pertanto, nell'ambito del presente progetto gestionale intende organizzare almeno 2 seminari aperti alla cittadinanza, con i seguenti obiettivi:

- portare a conoscenza di istituzioni ed organizzazioni territoriali esperienze e risultati relativi al Servizio attivato;

- rendere protagonisti gli utenti e ove presenti le loro famiglie, coinvolgendoli (laddove possibile) nel trasferimento di testimonianze e conoscenze relative alla loro esperienza diretta;
- portare le comunità locali a conoscenza delle opportunità disponibili nel proprio comune.

In linea con quanto detto a proposito di invecchiamento attivo, infine, uno dei contenuti che si intende affrontare riguarda proprio i nuovi approcci all'invecchiamento e gli strumenti per il mantenimento delle autonomie, in contrasto con il rischio di isolamento affettivo cui incorrono i destinatari degli interventi. Gli operatori impiegati nel Servizio saranno comunque coinvolti nel definire i temi e i bisogni che risulteranno più ricorrenti tra gli utenti da loro seguiti.

3. **RADIO ACTIVITYAGE**

Sarà fatto un investimento di acquisto di una radio da rendere operativa presso il domicilio dell'utente anziano il cui collegamento sarà definito dal raggruppamento. Obiettivo è creare un canale radiofonico che metta in dialogo l'utenza anziana al fine di incrementare i momenti di relazione e inclusione sociale tra coetanei attraverso la radio, al fine di condividere la quotidianità, passioni, storie, musica.

4. **PIANO DI TELEMONTORAGGIO CARDIO ONLINE E TELEMEDICINE DIGITAL STATION (TDS)n.**

totali 100: Postazione multidisciplinare nata dai processi produttivi, dal background e dal consolidato know-how in numerosi anni di esercizio di Cardio On Line Europe. Tramite la TDS, infatti, è possibile offrire ai suoi Assistenti, esami diagnostici di I° e II° livello quali ECG, mediante servizi di refertazione esclusivamente esperiti nelle modalità di Telemedicina. La metodologia di presa in carico dei proponenti, anche grazie alla mediazione di strumenti tecnologici avanzati e del supporto di fornitori altamente qualificati, intende mettere a sistema il Servizio di telecardiologia con dotazione di elettrocardiografo per molteplici rilevazioni ECG a cadenza periodica nel corso della gestione. La dotazione strumentale, in convenzione con il comprende:

- ✦ N. 1 Elettrocardiografo con opzione Windows-Android (gli applicativi possono essere installati sia su PC/Notebook Windows che su tablet Android) con inclusi 250 referti (a scadenza illimitata), 2.5000 elettrodi, servizi e garanzia full Risk per 36 mesi;
- ✦ N.1 Tablet Android integrato con l'elettrocardiografo;
- ✦ N. 1 Notebook con l'installazione di tutti gli applicativi ECG, Holter cardiaci e pressori;
- ✦ N.1 Elettrocardiografi +1 Tablet + 1 Notebook;
- ✦ N. 1 pacchetto di refertazioni

La piattaforma comprende anche il Percorso formativo dedicato (3 ore) propedeutico all'utilizzo della strumentazione e all'implementazione del piano di monitoraggio.

5. **RISORSE AGGIUNTIVE**

Le strutture organizzative dei proponenti, radicate nel territorio e con esperienza pluriennale nel settore dei servizi alla persona, consentono di proporre un'offerta gestionale solida e competente, sostenuta da reti relazionali estese e da capacità trasversali di ampio respiro. A disposizione vi è un capitale professionale ben più ampio delle sole figure preposte all'erogazione del Servizio, alimentato dal continuo scambio di informazioni e buone prassi: nella tabella che segue si riporta il dettaglio dell'ampio portato esperienziale e professionale a disposizione del Servizio SAD anziani, ad ulteriore supporto consulenziale sia agli utenti e alle famiglie richiedenti che all'organico di Servizio (per supervisioni e informazioni).

AREA GESTIONALE		
1	Direzione amministrativa	Attivazione di processi comunicativi e di diffusione delle informazioni all'interno della rete e della struttura consortile, definisce e attua gli obiettivi delle aree e gestisce i rapporti con enti esterni
2	Area progettuale e formativa	Elabora idee progettuali, realizza riunioni di coordinamento con i rispettivi coordinatori territoriali dei servizi e intrattiene comunicazione necessaria con le cooperative socie e con i servizi sociali interessati
3	Controllo e monitoraggio servizi	Monitoraggio e verifica i servizi in campo e gestione di tutto il processo di avvio di un servizio prendendo in carico la commessa e coordinandola, inclusi i rapporti con le singole coop affidatarie
SUPERVISIONE SCIENTIFICA		

4	Psicologo Clinico	Intrattiene comunicazione necessaria con le cooperative socie e con i servizi sociali interessati e supporta nella gestione di servizi e progetti gli operatori. Inoltre, tale figura è dedicata all'utenza che ne potrebbe fare richiesta.
5	Ente di Formazione accreditato	Realizza percorsi di formazione per operatori pubblici e privati, professionisti in campo socio-sanitario, insegnanti e formatori, operatori culturali
AREA TECNICA		
6	Resp. tecnico e sic. (D.Lgs. 81/08)	Società di consulenza che opera nel campo della consulenza aziendale, della progettazione, della qualità, della sicurezza, dell'ambiente e dell'igiene alimentare.
7	Resp. Certificazione di Qualità	Raccogliere e archivia la documentazione amministrativa di supporto, partecipa alle visite di monitoraggio e alle visite ispettive e supporta la redazione dei documenti e del sistema qualità SGQ.
AREA DATI E COMUNICAZIONE		
8	Comunicazione e Social media	Progettazione, gestione e organizzazione di eventi, gestione e aggiornamento sito Web, gestione operativa di profili, pagine e account ufficiali, Trasmettere le informazioni alla stampa e cura l'organizzazione di conferenze stampa, skypecall, video conferenze per la realizzazione degli eventi o su iniziative dedicate.
9	Operatori dedicati	Personale dedicato alla realizzazione di percorsi psicomotori e in laboratori di lettura

6. **PERCORSI PSICOMOTORI INDIVIDUALI**

Messa a disposizione del servizio personale per attivare interventi di psicomotricità in accordo con il Servizio Sociale di riferimento, laddove ritenuti utili ai fini del piano di lavoro individualizzato. La pratica psicomotoria consiste in una forma d'intervento, che mira a riorganizzare il giusto equilibrio tra le funzioni motorie, relazionali e psichiche, attraverso l'utilizzazione privilegiata dell'attività motoria. L'attività psicomotoria consiste dunque in un approccio globale alla dimensione corporea e alle sue valenze comunicative e relazionali. Un intervento tempestivo e/o preventivo contribuisce ad attenuare, ed in qualche caso ad eliminare, situazioni di disadattamento all'ambiente sociale.

7. **LABORATORI DI LETTURA AD ALTA VOCE**

Presso il domicilio degli utenti del servizio, è possibile realizzare grazie al progetto READ in collaborazione con CEPELL e al Patto di Lettura Val d'Agri, a cui la cooperativa IL GIRASOLE aderisce utilizzando la lettura come strumento di relazione e rafforzamento comunitario.

2. **Coerenza tra la proposta progettuale e la programmazione di dettaglio della Misura, con riferimento alle modalità operative e gestionali degli interventi e delle attività oggetto della co-progettazione**

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE - Il principio della "responsabilizzazione" e della gestione proattiva del Servizio si applica anche al modus operandi dello staff operativo e al rapporto tra le due aree funzionali, di coordinamento e tecnico-operativa: l'analisi dei casi, l'osservazione diretta, le proposte di intervento sono tutte azioni che si tende a condividere con tutti i soggetti coinvolti nella presa in carico, dall'operatore che lavora a diretto contatto con l'utente, e quindi può farsi portavoce di informazioni e aspettative raccolte nel territorio, al coordinatore che supervisiona il lavoro degli operatori e si interfaccia con i referenti comunali per addivenire ad una visione globale del Servizio. Gli interventi e gli obiettivi operativi, d'altra parte, sono sempre pensati in progressione, soggetti ad un fisiologico aggiornamento che, oltre a dare contezza dei progressi conseguiti, danno la possibilità all'utente di ricevere risposte adeguate a bisogni di volta in volta emergenti.

La struttura organizzativa funzionale, volta a garantire l'efficacia e la coerenza della presa in carico, si compone dei seguenti organi:

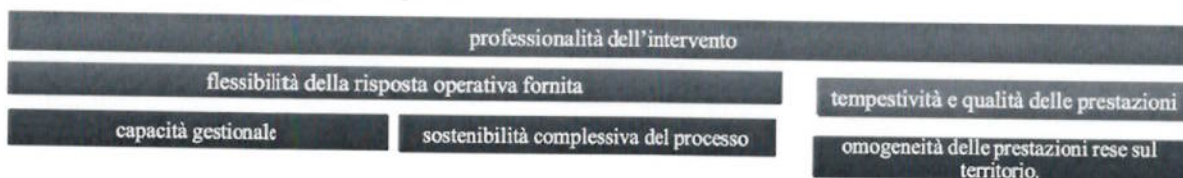
- ✚ **Organo di Supervisione amministrativa e Monitoraggio**, facente capo a La Città Essenziale, cui competono le funzioni di indirizzo strategico della commessa (ad esso sono attribuite tutte le funzioni tecnico-amministrative e logistiche necessarie alla gestione del contratto e alla supervisione organizzativa del nucleo operativo). L'Organo di Supervisione amministrativa e Monitoraggio, in stretta collaborazione con il Coordinatore del Servizio, dialoga anche con l'Amministrazione Comunale per la migliore gestione dell'appalto. I profili professionali che compongono tale organo rientrano tra le figure aggiuntive che il Consorzio mette a disposizione dell'appalto ed esprimono competenze di natura economico-finanziaria, legale, umanistica.
- ✚ **Organo Tecnico-Specialistico** costituito da professionista di riferimento (modello PUA descritto più avanti), che sono gli interlocutori del competente Servizio Sociale (coordinatore del Servizio de quo) e supervisionano le

funzioni di accoglienza, ascolto, orientamento e consulenza per elaborazione del Progetto individuale e monitoraggio della presa in carico.

✦ *Organo di Coordinamento*, con funzioni di:

- ★ raccordo dell'equipe operativa e interlocuzione con i servizi territoriali;
- ★ programmazione degli interventi insieme al competente Servizio Sociale e organizzazione del servizio di SAD;
- ★ redazione di relazioni con riferimento ai risultati ottenuti, al lavoro eseguito e redazione di relazioni/documentazione da trasmettere al committente;
- ★ comunicazione/informazione, intesa come circolarità di notizie che devono essere patrimonio dell'intero gruppo e di coloro che, a qualunque titolo, partecipano alla definizione e realizzazione del servizio;
- ★ verifica ed aggiornamento dei piani di lavoro individuali e di gruppo e analisi dell'andamento complessivo del servizio;
- ★ progettazione dello sviluppo del servizio.

✦ *Organo Tecnico Operativo* costituito dagli operatori dell'assistenza. Il personale incaricato è in possesso di opportuna qualifica professionale e documentata esperienza lavorativa nei servizi/strutture socio-assistenziali. Il modello organizzativo-funzionale sin qui descritto consente il perseguimento di obiettivi di efficacia ed efficienza, misurabili perché tarati su indicatori quali:

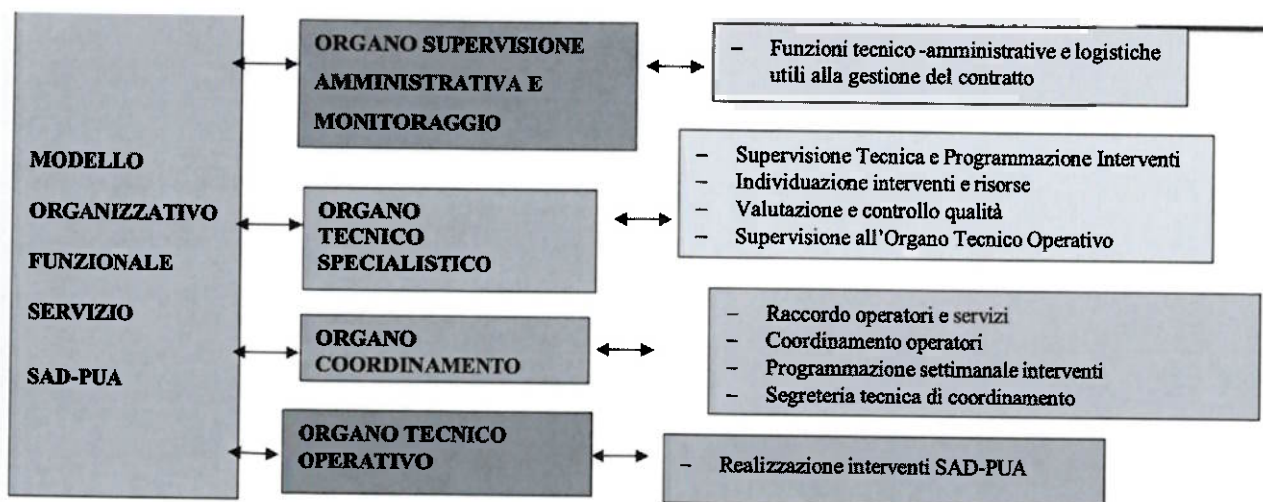


È opportuno evidenziare che una struttura organizzativo-funzionale così descritta permetterà una idonea flessibilità organizzativa, funzionale alle esigenze del Servizio, in quanto organizzata non attraverso un unico modulo organizzativo, bensì attraverso più organi/moduli organizzativi autonomi che, interagendo costantemente fra di loro, consentono di adeguarsi alle diverse situazioni specifiche dei servizi all'interno del Servizio. In tal modo, quindi, anche le eventuali situazioni di emergenza trovano l'idonea risoluzione, evitando così disagi all'utenza.

Coordinamento e supervisione delle attività - Per l'attuazione del Progetto individualizzato viene quindi proposto il Modello Organizzativo-Funzionale del Servizio SAD-PUA, già sperimentato nel corso dell'esperienza maturata dal proponente e comprovato canale di dialogo bidirezionale con i Servizi territoriali competenti.

La sperimentazione del modello "PUA" in favore del presente Servizio favorirà la completezza e coerenza degli interventi assistivi, gestiti in modo globale dai proponenti con proprio personale aggiuntivo. Il "modello PUA", a metà tra un servizio consulenziale di orientamento e una sala di regia per gli interventi integrati, consentirà di raccogliere, ponderare, monitorare e coordinare le istanze poste dagli utenti e dalle loro famiglie, in un ideale sistema di filiera in grado di farsi carico dell'assistito ed accompagnarlo lungo tutto il progetto individualizzato e anche dopo, quando a chiusura del suo percorso assistenziale, avesse bisogno di semplici follow up o di servizi assistenziali a maggiore intensità. Il modello di Porta Unica di Accesso sperimentale sarà l'interfaccia dell'amministrazione e del competente Servizio Sociale, un luogo di raccordo che supera e migliora il mero coordinamento del Servizio. Il Modello PUA permette altresì di dialogare agevolmente con tutti i soggetti istituzionali e territoriali coinvolti nella presa in carico dei destinatari.

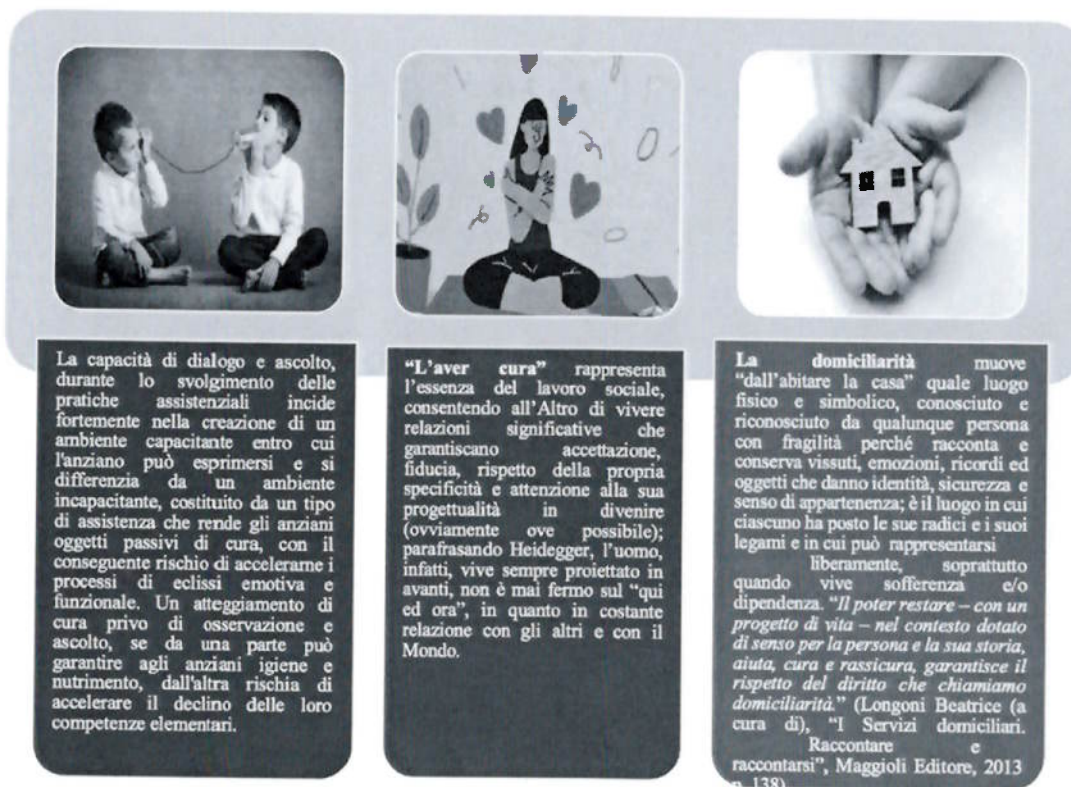
La presa in carico sistemica integrata mira alla massima attivazione delle capacità potenziali residue della persona assistita o del nucleo, al fine di evitare che le prestazioni si sostituiscano ad attività che gli interessati, sia pur con un certo sforzo, siano in grado di svolgere direttamente o con l'aiuto dei familiari. Le prestazioni ricadenti nell'A.Z.A. 1, caratterizzate dalla temporaneità, complementarietà e sussidiarietà, saranno erogate nel tempo, tipo e misura in cui il beneficiario e/o suoi parenti non siano in grado di soddisfare i bisogni relativi: esso integra le attività della persona assistita e/o dei familiari senza porsi nell'ottica della "sostituzione", favorendo l'autonomia individuale e la ripresa delle normali attività di vita quotidiana.



Approccio metodologico – Il nostro lavoro con l'utente non supportato da una rete formale o informale adeguata, rappresenta il nucleo centrale del servizio di assistenza domiciliare e sociale, dal momento che le risorse professionali, gli interventi e l'organizzazione dello stesso servizio devono muovere necessariamente dal riconoscimento delle specificità individuali, familiari e socio-ambientali di ciascun utente.

La gestione tende a valorizzare l'essere umano e il contesto di vita dei protagonisti della "cura", offrendo la possibilità di costruire o recuperare indipendenza. Di qui un Servizio erogato secondo un **approccio sistemico-integrato**, in cui l'anziano è destinatario di servizi di diversa natura (sociale e assistenziale) e che valorizza e rispetta il domicilio e la persona con i suoi bisogni, tessere relazioni con la rete familiare, il Servizio Sociale comunale, i servizi pubblici territoriali e la comunità.

Alla base del lavoro con l'utente vi sono *principi imprescindibili*, quali: capacità di dialogo e ascolto, "aver cura" e domiciliarità.



Questi principi rappresentano, dunque, gli elementi fondanti del servizio ed è su questi che, la struttura organizzativa-strutturale del proponente sviluppa i criteri di approccio e lavoro con l'utente; infatti, il servizio muove necessariamente dalla presa in carico dell'utente e, ove presente, della sua rete familiare per costruire percorsi personalizzati che possano restituire loro: *diritti ed opportunità, partecipazione attiva, cittadinanza sociale.*

Approccio operativo – Il servizio in oggetto si rivolge un numero di n. 100 persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità nel rientro e permanenza al proprio domicilio non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato; n. di 25 persone senza fissa dimora o in condizioni di precarietà abitativa.

L'accesso al sostegno è subordinato alla valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità che valuta le dimensioni sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale. La presa in carico è volta a contrastare le condizioni di incapacità e difficoltà in cui vivono i destinatari che, pur convivendo con altre persone o avendo congiunti, non possono essere assistiti da questi per comprovate difficoltà oggettive, offrendo al contempo opportunità di socializzazione, di reinserimento familiare e sociale, di ripristino delle capacità residue dell'individuo e di miglioramento della qualità di vita. Il servizio mira, dunque, a restituire **ben-essere, qualità di vita e inclusione sociale** alla persona anziana.

Ciò è possibile dal momento che le figure professionali messe in campo:

- sono supportate nella messa in discussione e nella riflessione continua sul proprio operato per poter agire consapevolmente;
- hanno esperienza e competenze anche nella **relazione di aiuto**, d'altronde è solo con la costruzione di relazioni significative che è possibile:
- osservare;

- ascoltare e contenere;
- rispettare l'Altro e i suoi spazi;
- dare fiducia;
- promuovere autonomia e responsabilità;
- restituire partecipazione attiva all'utente e alla sua famiglia;
- riconoscere e valorizzare le risorse latenti e le capacità inesprese;
- evitare eventuali tentativi di triangolazione, agiti dai familiari.

Il servizio, inoltre, vista la **pluralità e/o la complessità dei bisogni** dell'utente e della sua famiglia presuppone la costruzione di un processo programmato e strutturato, nonché flessibile e in continua evoluzione che non può prescindere dal vedere impegnate diverse figure professionali che tra loro interagiscono e si confrontano, creando un team di lavoro che dà **risposte integrate e globali**. D'altronde i bisogni e le necessità possono essere diversi e richiedere interventi specifici a cui non può rispondere sempre e solo l'operatore, ma occorre l'intervento di figure specialistiche. Alla luce di quanto detto entrare "nella vita" dell'utente impone altresì:

- un congruo abbinamento operatore/i – utente, ovvero è necessario tener presente:
 - i bisogni espressi e non dell'utente, il disagio che vive e le relative problematiche,
 - le competenze e le capacità personali e professionali che vengono richieste all'operatore per supportare e gestire le specifiche esigenze dell'utente;
- la costruzione di un percorso dinamico che si sviluppa attraverso regole, ruoli, funzioni e confini ben delineati, riconosciuti e condivisi all'interno dell'equipe e con lo stesso utente e la sua famiglia.

L'abbinamento e la costruzione di tale percorso, uniti all'esperienza e alle competenze, consentono a chi entra al domicilio dell'utente di attraversare la sofferenza, la limitazione e il relativo cambiamento, organizzativo ed emotivo, che la condizione di salute ha determinato nell'utente e, ove presente, nella sua rete familiare.

Ogni **percorso** da costruire con le persone non autosufficienti deve essere, quindi, **personalizzato**. Ciascuno vive la propria condizione bio-psico-sociale in modo diverso, la esprime con forme altrettanto diversificate, i bisogni non sono necessariamente identici, anzi il più delle volte si differenziano.

Ne consegue che gli interventi programmati con il Servizio Sociale comunale e/o con gli altri Servizi territoriali devono necessariamente esplicitarsi muovendo da regole. Le **REGOLE** devono essere condivise con l'utente ed eventualmente con la sua famiglia in modo da non imporsi e da non sostituirsi; tutti, compatibilmente con le specifiche possibilità, devono essere coinvolti in modo da intervenire correttamente ed efficacemente. Le regole comprendono, inoltre, le **PROCEDURE** e gli **STRUMENTI** da utilizzare per ciascun utente e la sua famiglia.

Le **PROCEDURE** riguardano:

- il rispetto degli orari concordati;
- il farsi sempre riconoscere;
- l'applicazione di norme igieniche e di sicurezza;
- il rispetto della privacy.

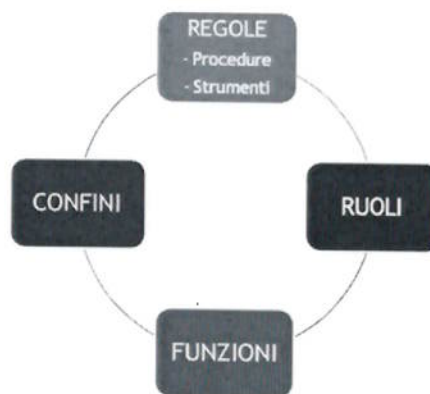
Gli **STRUMENTI** ne indichiamo di seguito alcuni:

- le schede per la rilevazione delle presenze;
- le schede per la registrazione degli interventi e delle prestazioni;
- il Piano di Assistenza Individualizzato;
- le schede di monitoraggio e valutazione degli obiettivi.

La definizione dei **RUOLI** deve essere condivisa e riconosciuta da tutti gli attori impegnati nel percorso, in modo da evitare disfunzioni e confusioni.

Le **FUNZIONI** che scaturiscono direttamente dai ruoli assunti necessitano anch'esse di essere chiare e riconosciute per evitare agli utenti e alle loro famiglie richieste ed interventi inappropriati.

I **CONFINI**, infine, definiscono le relazioni tra operatori, utenti, familiari e servizi coinvolti e, se non ben delineati, possono determinare situazioni



[Firma]

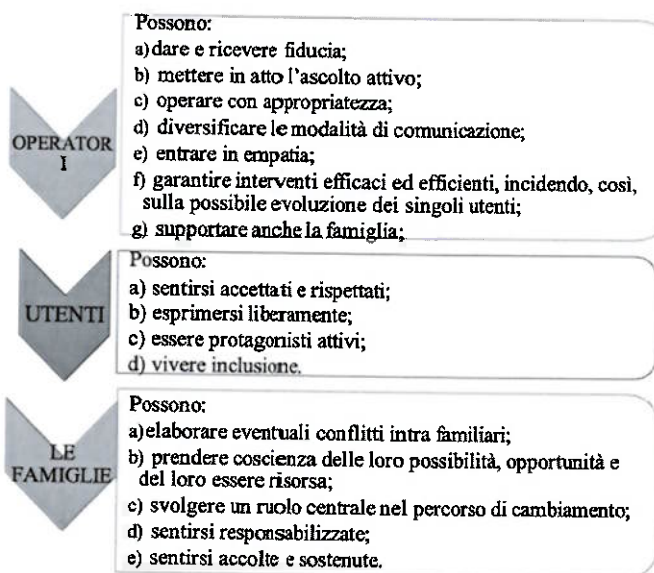
[Firma]

[Firma]

di invischiamento, soprattutto quando il coinvolgimento emotivo ed affettivo non è adeguatamente riconosciuto e contenuto.

Le regole, i ruoli, le funzioni e i confini, oltre a definire quelli che sono i criteri di approccio e di lavoro con l'utente e la sua rete familiare, sono alla base della relazione di aiuto che l'equipe dell'assistenza domiciliare e sociale deve ben conoscere e mettere in atto.

È con la relazione di aiuto, infatti, che:



In sintesi, è un lavoro che interseca e intreccia fili che creano trame, realizzando un "tessuto flessibile". La scelta di realizzare un "tessuto flessibile" è determinata dall'unicità della condizione bio-psico-sociale di ciascuna persona che richiede la costruzione di un "abito" personalizzato che ben si attaglia alle sue esigenze, ai suoi vissuti, ai suoi legami e alle sue relazioni intra ed inter-familiari, alla sua storia e ai suoi desideri (espressi e non).

Per il Servizio in oggetto, nell'approccio con gli utenti assistiti provvederemo ad operare nel rispetto dei seguenti 4 criteri fondamentali:

a) Rispetto della persona: ogni assistito verrà considerato quale essere umano e non come mero utente beneficiario di prestazioni standardizzate, bensì in quanto persona portatrice di una propria individualità;

b) Personalizzazione degli interventi: ciascuno degli utenti assistiti verrà "inquadrato" in questa specifica individualità, e per questa ragione ogni

singolo intervento di aiuto, cura e assistenza sarà altrettanto mirato, calibrato e proporzionato alle specifiche esigenze assistenziali proprie di ciascun paziente;

c) Empatia ed accettazione dell'utente: l'approccio nei confronti dell'assistito sarà realmente empatica, prevedendo la comprensione dello stato emotivo del paziente, un coinvolgimento "umano" nei compiti di cura e assistenza, e un sincero interesse nei confronti dello stato di benessere dello stesso;

d) Sospensione del giudizio: in tutti quei casi in cui, da parte dell'utente e/o da parte dei suoi familiari, non venga condiviso l'approccio rispetto al problema manifestato, gli operatori non dovranno incorrere nel biasimo della persona preferendo il confronto e la condivisione con l'utente, il familiare o il caregiver. Tali principi fondamentali costituiscono la condizione necessaria affinché si possa favorire la costruzione di un solido rapporto interpersonale tra operatori e assistiti/familiari, rapporto che può gradualmente diventare sempre più significativo per gli stessi utenti, traducendosi dunque in un importante valore aggiunto. Inoltre, con l'intenzione di promuovere lo stato di benessere della persona assistita, mirando a sviluppare il senso generale di benessere fisico, psico-spirituale, socio-culturale, e ambientale che fa sentire l'individuo a proprio agio e al sicuro, verranno ricercate le modalità più idonee affinché si possa sviluppare nella persona assistita un potenziamento della "consapevolezza di sé".

Ciò attraverso l'assistenza mirata alla persona anziana accompagnandola nell'analizzare e nel comprendere i propri pensieri, sentimenti, motivazioni e comportamenti. Le azioni operative messe in atto per raggiungere tale obiettivo saranno:

OBIETTIVI
VO

incoraggiare la persona a riconoscere e parlare dei propri pensieri e sentimenti
aiutare la persona a identificare i valori che contribuiscono al concetto di sé
facilitare l'identificazione da parte della persona dei normali modelli di risposta alle varie situazioni

aiutare la persona a identificare l'impatto della malattia sul suo concetto di sé
 affrontare i sentimenti ambivalenti della persona
 aiutare la persona ad accettare la dipendenza da altre persone
 aiutare la persona a cambiare la visione di sé come vittima definendo i suoi diritti
 aiutare la persona a riesaminare le percezioni negative di sé
 aiutare la persona a identificare fonti di motivazione
 facilitare l'espressione di sé con il gruppo di contatti sociali anche al di fuori della rete familiare

Inoltre, con riferimento al potenziamento della mobilità dell'utente, agli operatori impiegati verrà richiesto di adottare una serie di criteri e attenzioni particolari per la prevenzione ed il trattamento della sindrome da immobilizzazione, quali:

- costruire un ambiente di vita che aiuti e favorisca la mobilità della persona anziana o disabile;
- favorire e incentivare le relazioni della persona anziana;
- prevedere nel PAI attività occupazionali e di socializzazione;
- ridurre al minimo indispensabile la permanenza a letto;
- mantenere alta l'attenzione sull'igiene personale;
- rilevare o segnalare lo stato nutrizionale e di idratazione dell'utente.

Dalla lettura globale e sistemica della persona è, infatti, possibile costruire un **Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.)** che dia risposte congrue ai bisogni di ciascuna persona e che incida sulla qualità di vita della stessa persona presa in carico nel proprio domicilio e nel contesto di riferimento.

Il P.A.I. contiene:

- ✚ informazioni generali dell'utente;
- ✚ presentazione dello stesso utente rispetto a:
- ✚ livello di non autosufficienza;
- ✚ eventuali compromissioni delle funzioni;
- ✚ capacità residue;
- ✚ interessi personali ed eventi significativi della sua vita;
- ✚ indicazione delle prestazioni di cui necessita;
- ✚ indicazione degli interventi con la famiglia, ovviamente ove necessario;
- ✚ figure professionali previste;
- ✚ numero ore di assistenza domiciliare, con relative fasce orarie e giorni settimanali;
- ✚ obiettivo generale;
- ✚ obiettivi specifici, indicatori previsti;
- ✚ rete dei servizi istituzionali attivata e azioni integrate da mettere in campo;
- ✚ eventuale rete del terzo settore attivata e azioni integrate da mettere in campo;
- ✚ programmazione ed esiti del monitoraggio attraverso la scheda di verifica;
- ✚ valutazione quali-quantitativa.

3. Esperienza pregressa negli ambiti dei servizi di supporto alla domiciliarità

Consorzio LA CITTA' ESSENZIALE

Durata	Descrizione	Committenti	Anni
Da Marzo 2005 ad Ottobre 2024	SAD Anziani	Comune Capofila Rotondella - Affidato a: Consorzio La Città Essenziale Esecutore: Socio Coop. soc. Collettivo Colobresese.	19 anni
Da Febbraio 2005 ad Ottobre 2024	SAD Anziani	Comune capofila di Policoro, Comune di Stigliano - Affidato a: Consorzio La Città Essenziale Esecutore: Socio Coop. soc. Vita Nuova.	19anni
Da Agosto 2011 al 31.03.2022	SAD Anziani	Comuni capofila di Pomarico, nei comuni di Pomarico Bernalda, Irsina, Miglionico, Montescaglioso - Socio Coop. soc. L'Abbraccio.	10 anni
Da aprile 2022 in corso	SAD Anziani	Comune di Irsina - Affidato a: Consorzio La Città Essenziale in ATI Esecutore: Società Cooperativa L'Abbraccio; Società Cooperativa Prato Verde	2 anni e 8 mesi

Da giugno 2022 a gennaio 2025	CP Anziani	Comune di Santeramo - Affidato a: Consorzio La Città Essenziale Esecutore: Coop. Aliante	2 anni e 7 mesi
Da aprile 2019 a luglio 2023	CP Anziani	Comune di Altamura - Affidato a: Consorzio La Città Essenziale Esecutore: Coop. L'abbraccio	4 anni

SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE L'ABBRACCIO

Durata	Descrizione	Committente	Anni
Dal 2023 in corso	Gestione del servizio Home Care Premium - assistenza domiciliare per anziani - in 5 comuni dell' Ambito 7 - Bradanica Medio Basento.	Comune Capofila dell'ambito- Irsina	2 anni
Dal 2024 in corso	Gestione del Centro Ludico per Anziani "Don Peppino Eufemia" sede di Bernalda	Comune di Bernalda	1 anno
Dal 2018 al 2021	Realizzazione del progetto relativo all' Avviso Pubblico per la Presentazione di Proposte Progettuali a sostegno della Domiciliarità e dell'Autogoverno per persone con limitazioni nell'autonomia.	Regione Basilicata	3 anni

SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE SOCIAL WORK 2.0

Durata	Descrizione	Committente	Anni
Da luglio 2023 ad oggi	Gestione HOME CARE PREMIUM nell'Ambito di MATERA	Comune di Matera/inps	1 anno e 8 mesi

SIRIO SOCIETA' COOPERATIVA

Durata	Descrizione	Committente	Anni
Dal 1/01/2015 al 14/02/2016	Servizio di Assistenza Domiciliare SAD e ADI	Comune di Bari	1 Anno
Dal 15/02/2016 al 30/06/2018	Servizio di Assistenza Domiciliare SAD e ADI Fondi Pac (Mandante in ATI)	Comune di Bari	2 Anni e 4 Mesi
Dal 01/07/2018 al 30/04/2022	Servizio di Assistenza Domiciliare SAD e ADI Fondi Pac (Mandataria in ATI)	Comune di Bari	3 Anni e 9 Mesi
Dal 02/10/2017 al 31/07/2022	Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili (mandante in ATI)	Comune di Barletta	4 Anni, 9 Mesi e 29 Giorni
Dal 01/12/2016 ad oggi	Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (mandante in ATI)	Asl di Brindisi	7 Anni e 2 Mesi
Dal 01/08/2018 ad oggi	Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (Mandante in ATI)	Asl Bat	6 Anni e 6 Mesi
Dal 29/05/2019 ad oggi	Servizio di Assistenza Domiciliare SAD e ADI (Mandante in RTI)	Ambito Territoriale Sociale 2BR Fasano - Ostuni -Cisternino	5 Anni e 8 Mesi
Dal 18/12/2023 ad Oggi	Servizio di Assistenza Domiciliare ADS 10 "Ortonese"	Ambito Distrettuale n. 10 "Ortonese"	1 Anno e 1 Mese
Dal 1/10/2024 ad Oggi	Cure Palliative Domiciliari ASM Matera	ASM Matera	4 Mesi

SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE IL GIRASOLE

Durata	Descrizione	Committente	Anni
Da gennaio 2024 e in corso	Gestione del Servizio domiciliare per anziani e bisognosi Comune di Sasso di Castalda.	Comune di Sasso di Castalda (Pz)	1 anni e 1 mese
Da gennaio 2011 a dicembre 2012	Gestione del Servizio domiciliare di Aiuto alla Persona con Disabilità (Sap) nell'Ambito Agri Melandro Regione Basilicata	Comune di Brienza (Pz)	2 anni
Da luglio 2008 a maggio 2022	Gestione del Servizio domiciliare di Aiuto alla Persona con Disabilità (Sap) nell'Ambito Alto Agri Regione Basilicata	Comune di Moliterno (Pz)	13 anni e 10 mesi

4. Modalità di attuazione del progetto che ne assicura la stabilità e la sostenibilità nel tempo (con particolare riguardo alle organizzazioni che si occupano di sostegno alla domiciliarità e presenza di una rete di collaborazione con altri soggetti del Terzo Settore al fine di sviluppare percorsi di solidarietà, sussidiarietà e cittadinanza attiva)

Il proponente dispone di personale congruo per numero e professionalità a quanto richiesto dal servizio oggetto di gara (cfr. criterio 5).

A garanzia della migliore organizzazione del personale, delle prestazioni erogate e di Contenimento del turn over il proponente adotta un modello di Gestione delle Risorse Umane che si struttura su assi fondamentali, quali:

- tipologia contrattuale;
- Stabilità dello staff, contenimento della rotazione e condivisione della mission
- Motivazione del personale
- Metodi di supporto e di consulenza al personale
- Sostituzioni di personale
- Flessibilità operativa
- Formazione continua e scambio di best practice
- Riunioni di coordinamento e supervisione

STRUMENTI PER IL CONTENIMENTO DEL TURN OVER DEL PERSONALE - Nelle scelte organizzative ed operative consideriamo prioritario il tema del contenimento del turn-over, che incide direttamente sulla qualità del lavoro e sul benessere del personale e, in definitiva, sull'efficacia e sull'efficienza della gestione del servizio. Il nostro obiettivo è infatti:

⇒ garantire il più possibile un'offerta efficace ed efficiente, attraverso l'impiego e il mantenimento in forza di personale adeguatamente qualificato e con una maturata esperienza specifica per il servizio in oggetto;

⇒ concorrere al benessere di lungo periodo degli utenti e delle famiglie, garantendo la continuità del personale di affiancamento, che collabora altresì con tutti i soggetti coinvolti nella gestione del Servizio e nella realizzazione del PAI. Si ritiene che un elevato livello di turnover del personale costituisca uno dei principali fattori che mettono a rischio la qualità del servizio, per questo il proponente adotta misure di monitoraggio dei livelli di turnover e dei fattori individuali e organizzativi che possono essere considerati predittivi di questo fenomeno, impiegando di conseguenza le opportune misure di contenimento. Tali misure riguardano aspetti organizzativi legati a modalità di lavoro, contrattualistica e chiarezza di ruolo, ed aspetti legati al benessere del personale e alla prevenzione del burn-out, consapevoli che la qualità del servizio fa riferimento al livello di soddisfazione dell'utenza, e a quello degli operatori che ne garantiscono il benessere. Ogni anno a tutto il personale in servizio si chiede di compilare il questionario di soddisfazione che include punti critici e azioni migliorative da cui ripartire per eventuali variazioni del servizio.

Una buona gestione del servizio, pertanto, deve garantire la continuità e la stabilità del personale impegnato al fine di:

- sedimentare le esperienze e la loro possibile rielaborazione;
- tradurre operativamente il modello metodologico;
- rendere il servizio omogeneo e condiviso.

MODALITÀ DI SOSTITUZIONE DEL PERSONALE - Il proponente in relazione alla gestione delle sostituzioni del personale assente e alla gestione di criticità e imprevisti attua specifici protocolli operativi. In particolare, per le sostituzioni sarà predisposto un protocollo di gestione standard, contenente specifiche disposizioni da adottare in caso di assenza del personale impiegato nel Servizio. Distinguiamo, in sintesi, due procedure differenziate in base alla tipologia di assenza.

Assenze prevedibili (maternità, aspettativa, ferie, permessi, visite mediche)

Per le assenze prevedibili, gli operatori dovranno inoltrare formale richiesta (via posta elettronica) al Coordinatore con almeno 14 giorni di preavviso, per permettere la riorganizzazione del Servizio. Il Coordinatore provvederà a individuare un altro operatore, disponibile a sostituire il collega assente; qualora tale soluzione fosse impraticabile (in quanto dipendente dalla disponibilità oraria e dagli impegni di ciascuno), il sostituto verrà selezionato da una apposita lista (long list in possesso al Proponente). Identificato il sostituto, sarà inviata comunicazione all'Ente appaltante, precisando dati anagrafici e qualifica dell'operatore sostitutivo, data e durata della sostituzione. In caso di assenze programmate di media o lunga durata che richiedano l'assunzione di nuovo personale (aspettativa, maternità, ecc.), saranno garantiti almeno 2 giorni di compresenza con l'operatore uscente, per consentire il passaggio di consegne.

Assenze non prevedibili (malattia, infortunio, lutto)

La procedura è assimilabile a quella descritta in precedenza, con la sostanziale differenza che i tempi di attivazione della sostituzione dovranno essere ristretti per garantire la continuità del Servizio. L'Operatore dovrà fornire tempestiva segnalazione al Coordinatore attraverso l'uso del telefono o con i relativi applicativi di messaggistica istantanea. Tale modalità consentirà la messa in atto della comunicazione in tempo reale e a programmare la sostituzione, affidando l'incarico ad altro operatore dell'equipe oppure attingendo dalla lista di potenziali sostituti.

Sarà richiesto ad ogni Operatore di agire con buon senso, spirito di squadra e condivisione delle dinamiche del servizio. In particolare, sarà agli Operatori richiesto:

- ★ di evitare, per quanto possibile, di richiedere ferie o permessi durante l'anno scolastico considerato che la qualità del Servizio dipende soprattutto dalla continuità del rapporto con gli utenti;
- ★ in caso di assenza inevitabile (es. maternità, matrimonio, congedo parentale, permessi L.104, richiesta di aspettativa, visite mediche), procedere con la massima *celerità ad effettuare la segnalazione al Coordinatore con preavviso di almeno 14 giorni* necessari per provvedere alla riorganizzazione del Servizio, informare l'utente e le famiglie e pianificare il passaggio di consegne al nuovo operatore. Per ogni sostituzione sarà informata la Stazione Appaltante a cura del proponente e, l'utente e la famiglia tramite il coordinatore, indicante il nome dell'operatore assente, i giorni e la durata di assenza, il nominativo dell'operatore sostitutivo. La sostituzione sarà sempre contestualizzata valutando le caratteristiche, bisogni e necessità dell'utente. Infine, il proponente attingerà da una long list di *potenziali operatori*.

Per ogni sostituzione programmata sarà effettuato *congruo affiancamento all'operatore subentrante* per favorire il passaggio di consegne e la condivisione di tutte le informazioni sul caso.

SOLUZIONI PER LA GESTIONE EMERGENZE – Pur in presenza di un sistema organizzativo stabile e di procedure codificate, non possiamo escludere il verificarsi di *problematiche/emergenze richiedenti capacità e tempestività di intervento*. Figura centrale nell'organizzazione è il Coordinatore, il quale sarà impegnato nella *gestione/segnalazione delle criticità* invitando i potenziali segnalatori a rivolgere a lui le eventuali criticità.

Il Coordinatore accerta i bisogni specifici dell'utente e il gap rispetto al profilo abbinato.

Stante le molteplici situazioni che potranno verificarsi, le modalità di intervento in caso di criticità presentano alcuni tratti comuni:

- a) Per tutte le situazioni critiche è prevista la produzione di una relazione scritta a cura del Coordinatore per informare la Stazione Appaltante;
- b) Il Coordinatore rappresenta la risorsa incaricata di prendere in carico la situazione, acquisire le informazioni, concordare la soluzione correttiva e verificarne la sua efficacia (follow up);
- c) La metodologia di intervento prevede un approccio multidisciplinare coinvolgendo nella definizione della proposta di risoluzione l'utente, la famiglia, eventuali professionisti, il personale educativo, all'interno di un processo di condivisione delle responsabilità.

Ulteriori imprevisti e criticità da considerare sono:

- ✦ Non è sempre facile gestire in modo positivo la comunicazione diretta e indiretta tra OP e utente, dinamica che se ben gestita evita un conflitto e arricchisce entrambi. Per ovviare a possibili conflitti, si garantisce il più possibile uno scambio comunicativo efficace, anche mediante appositi momenti dedicati. Nelle situazioni di conflitto, laddove necessario: il Coordinatore effettua colloqui individuali con i genitori che richiedono rassicurazioni e chiarimenti; viene attivata una consulenza da parte di *psicologo clinico* ove necessario; è disponibile una casella e-mail dedicata al dialogo con le famiglie per segnalare eventuali reclami o suggerimenti (utilizzata anche per i questionari di *customer satisfaction*). Eventuali situazioni di conflitto con gli utenti vengono affrontate mediante: intervento immediato del Coordinatore a domicilio dell'utente, ovvero, se non necessario, immediatamente a seguire mediante incontro con l'operatore; informazione alla stazione Appaltante e, a seguire, contatto con eventuale nucleo familiare; riunioni di équipe e supervisione sulle dinamiche relazionali anche individuali, se necessario; lavoro di rete con i Servizi Sociali comunali.
- ✦ Nella gestione del Servizio è importante mantenere un buon clima di lavoro per l'équipe di intervento: per questo motivo particolare attenzione sarà data alla condivisione non solo degli interventi e della metodologia operativa, attraverso riunioni e incontri settimanali, ma con *momenti di supervisione di gruppo* dedicati alle dinamiche relazionali tra Operatori in caso di conflitto e *momenti di supervisione individuale* con il personale, laddove se ne ravvisi la necessità.

Tutto questo è reso possibile grazie alla forza e alla competenza in capo a ciascun componente del Raggruppamento di cui ciascuno si struttura e, anche grazie all'esperienza ultradecennale nel campo di intervento che permette, oggi, di avvalersi di una rete di collaborazione con altri soggetti del Terzo Settore al fine di programmare percorsi e momenti dedicati alla comunità. Maggior dettaglio è illustrato nel criterio 8.

5. Elementi progettuali volti a garantire il rispetto, nell'offerta della specifica tipologia di attività, dei principi trasversali del PNRR di pari opportunità e non discriminazione e il sostegno della partecipazione di donne e giovani, nella realizzazione del progetto per una quota pari almeno al 30%

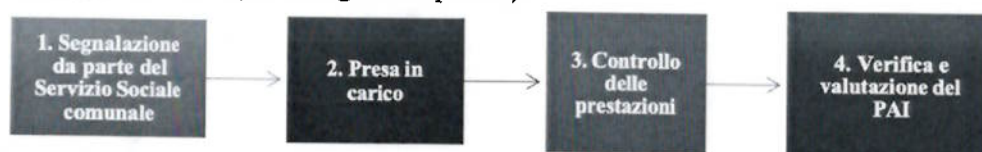
Resta fermo l'impegno dei proponenti a vigilare affinché tutte le risorse umane impegnate nell'erogazione dei servizi osservino i principi di piena collaborazione, segreto professionale, accoglienza e imparzialità che impone il lavoro gli anziani e le persone fragili, oltre che garantire il principio trasversale del PNRR di pari opportunità e non discriminazione e il sostegno della partecipazione di **donne e giovani**, nella realizzazione delle attività del progetto.

	GENERE	ETA'	TITOLI/QUALIFICAZIONI	ESPERIENZA PROFESSIONALE
1	F	Under 36	Psicologa - Laurea Magistrale LM-51 Psicologia Clinica	Esperienza in servizi di consulenza psicologica dedicati a soggetti fragili e vulnerabili
2	F	Under 36	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani dal 2012
3	F	Under 36	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani dal 2015
4	F	Under 36	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani dal 2021
5	F	Under 36	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani dal 2022
6	M	Under 36	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
7	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
8	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
9	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
10	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
11	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
12	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
13	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
14	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
17	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
18	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
19	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
20	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
21	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
22	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
23	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
24	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
25	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
26	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
27	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
28	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani
29	F	Over 37	Operatore Socio-Assistenziale	Esperienza in assistenza domiciliare anziani

6. Coerenza con la linea di intervento per l'attuazione delle AzioneA1 e A2:

1. Attivazione dei servizi di Assistenza domiciliare e supporto alla domiciliarità

Per l'attivazione del SAD l'excursus metodologico per l'elaborazione del PAI muove, dal modello PUA-SAD e vede un susseguirsi incatenato di fasi (come da grafico riportato):



1. il coordinatore dopo la segnalazione da parte del Servizio Sociale comunale effettua, una o più viste domiciliari presso l'abitazione dell'utente per rilevare elementi fondamentali per definire la tipologia di intervento.

2. La presa in carico operativa, sulla base della valutazione del Servizio Sociale e formalizzazione del PAI, prevede di base i seguenti passaggi, dove sono evidenziati i principali elementi d'integrazione funzionale e di coinvolgimento

con le altre figure partecipanti agli interventi. Nel corso dell'erogazione a valle della presa in carico, il processo d'interscambio funzionale, specie con altre figure interne all'Organismo e con quelle preposte alle attività di monitoraggio e valutazione continua e lo stesso PAI diviene adattativo al mutare dei bisogni e del grado di soddisfacimento degli obiettivi programmati.

3) Controllo delle prestazioni - monitoraggio costante per la corretta erogazione delle prestazioni, attraverso:

1. la compilazione quotidiana del Diario di bordo giornaliero e scheda giornaliera del servizio;
2. una chiamata telefonica con l'utente, per un primo feed-back, dopo la 1° settimana dell'intervento;
3. l'effettuazione di visite domiciliari (almeno n.2 al mese nel periodo iniziale e, successivamente, almeno 1 ogni trimestre o all'occorrenza ove necessario) per verificare gli aspetti qualitativi dell'intervento programmato, con la corretta esecuzione delle mansioni assegnate;
4. telefonate di "monitoraggio" presso il domicilio dell'utente per confermare la presenza e la puntualità dell'operatore sul luogo di lavoro e/o recepire eventuali osservazioni ed esigenze;
5. la programmazione di incontri di supervisione di gruppo e individuali, finalizzati ad allineare l'operatività delle risorse sui vari piani, condividere eventuali criticità comuni, comunicare eventuali aggiornamenti inerenti il servizio.

4) Verifica e valutazione dei piani - Il processo di verifica comprende i seguenti momenti:

- procedura di verifica del PAI ed elaborazione della relativa scheda verifica obiettivi, con periodicità trimestrale; il processo di revisione complessiva dei piani individualizzati, oltre che ogni altro aspetto tecnico riguardante il progetto complessivo del Servizio saranno naturalmente oggetto di allineamento e verifica e valutazione integrata con le funzioni del servizio.
- incontri di verifica del Servizio in riunione collegiale con il Servizio Sociale, con periodicità definita in base alle necessità ed eventuali urgenze;
- incontri di valutazione dello stato avanzamento intervento in riunione collegiale con il SSP comunale e/o l'assistente sociale dell'Ambito e l'utente e/o i familiari, con periodicità semestrale (o secondo quanto concordato in sinergia con i servizi);
- rilevazione del grado di soddisfazione utente.

Gli interventi rientranti nell'AZ. A.1 dell'Avviso, quindi, si strutturano in - Prestazioni di assistenza domiciliare che si distinguono, secondo quanto disciplinato dall'art. 2 del Regolamento comunale, in tre tipologie:

- ✦ Prestazioni di cura della persona
- ✦ Prestazioni di cura dell'ambiente di vita
- ✦ Prestazioni legate alle esigenze verso l'esterno e verso la rete sociale

Queste tipologie di intervento consentono di perseguire diverse finalità con il Servizio di Assistenza Domiciliare:

- ✓ Ridurre l'istituzionalizzazione della persona anziana e favorirne la permanenza nel proprio contesto di vita;
 - ✓ Promuovere la socializzazione (o ri-socializzazione) in favore delle persone anziane, perché si rafforzi il senso di appartenenza alla comunità locale e la capacità di coltivare relazioni dinamiche con il contesto allargato;
 - ✓ Facilitare i rapporti con la famiglia e coinvolgerli attivamente nella realizzazione del progetto di assistenza;
 - ✓ Sostenere i nuclei con persone anziane e/o disabili non autosufficienti;
 - ✓ Promuovere forme di sussidiarietà e di partecipazione attiva degli utenti, degli attori pubblici e privati e dell'intera società;
 - ✓ Sensibilizzare e promuovere la conoscenza del servizio di assistenza domiciliare, i requisiti e le modalità di accesso.
- Telesoccorso, sistema di assistenza a distanza che permette di monitorare la salute o la sicurezza della persona anziana, soprattutto in caso di emergenza, utilizzando la tecnologia per intervenire prontamente. Questo tipo di servizio sarà utilizzato con duplice funzione: attivazione di un **NUMERO VERDE** attivo dalle ore 8:00 alle ore 20:00, per la raccolta di richieste "ordinarie" e l'installazione di n. 100 **TERMINALE SALVAVITA** costituita da dispositivi portatili per chiamate e richieste "urgenti/di soccorso" quale gamma di telefoni semplici da usare, intuitivi, pensati per le persone non più giovani o che non sono amanti della tecnologia sofisticata. Quest'ultimo sarà garantito dalle ore 20:00 alle 08:00 dal lunedì alla domenica. Inoltre, sarà garantita la **REPERIBILITÀ** per

la ricezione di richiesta di accoglienza presso RSA della sola utenza senza fissa dimora (n. 25) per un massimo di 150 notti totali presso strutture che già collaborano con il Raggruppamento.

- **Pasti a domicilio**, servizio pensato per garantire un'alimentazione sana, equilibrata e adeguata alle necessità nutrizionali degli anziani, contribuendo al loro benessere fisico e psicologico. Il raggruppamento garantisce i 6 pasti giornalieri per un totale di 1000 pasti garantendone il trasporto con operatore impegnato per una copertura chilometrica di circa 23000km.

2. Formazione specifica degli operatori

La principale finalità dell'attività è di sviluppare le conoscenze e le capacità di elaborare soluzioni gestionali e organizzative nell'ambito dell'assistenza domiciliare, con specifico riferimento al target oggetto del Servizio (anziani non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità e senza fissa dimora). L'azione formativa porrà al centro l'utente per migliorare la qualità delle prestazioni e stimolerà la capacità di lettura dei bisogni dei pazienti. Il raggiungimento degli obiettivi della formazione passa attraverso:

- ✓ una corretta definizione di criteri per la gestione del servizio;
- ✓ l'assunzione di responsabilità tipica del lavoro per obiettivi;
- ✓ un'organizzazione del servizio che faciliti la valutazione della qualità del servizio e l'integrazione tra le diverse risorse disponibili;
- ✓ la comprensione di aspettative e percezioni dei pazienti e delle loro eventuali famiglie;
- ✓ la promozione del senso di appartenenza a una realtà organizzata;
- ✓ l'affermazione di prassi operative scientificamente sostenibili;
- ✓ la promozione del miglioramento continuo della qualità assistenziale, attraverso la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza del processo assistenziale

METODOLOGIA - Gli interventi formativi saranno calibrati sulle esigenze specifiche del servizio e sul fabbisogno formativo registrato "on job", raccogliendo gli stimoli e le richieste di quanti operano sul campo, a diretto contatto con il target di riferimento.

Articolazione didattica delle attività formative - Le attività formative, descritte nella tabella che segue, coprono un monte ore complessivo di circa 168 ore tra *formazione specifica*.

Modulo	Contenuti
1 Organizzazione dei servizi sociali e sanitari	Avvicinamento alla complessità del sociale e all'organizzazione dei Servizi Sociali; Elementi per una lettura-interpretazione sistemica dei fenomeni organizzativi; Elementi per un percorso di analisi organizzativa: l'organizzazione dell'azione sociale nei sistemi, L'organizzazione della rete dei Servizi Sociali; Operatori Sociali, Servizio di primo ascolto e segretariato sociale, Servizio sociale professionale, Sostegno al reddito - Assistenza economica, Assistenza domiciliare, Servizi specifici per adulti in difficoltà, Servizi specifici per le persone anziane,...
2 Igiene e prevenzione	Elementi della sicurezza e prevenzione nel settore sanitario, sociale, sociosanitario e socioassistenziale; Rischi per la salute e la sicurezza del lavoro a cui sono esposti i lavoratori del settore: rischi biologici, rischi chimici, rischi fisici, rischi ergonomici, rischi psicosociali, rischi da lavoro correlato e burnout; Come migliorare la prevenzione,...
3 Elementi di anatomia, fisiologia e dietetica	Nozioni generali di anatomia e fisiologia, Nozioni generali di dietetica, significato di fisiologia come funzionamento del corpo umano e delle sue parti (o sistemi o apparati, ..
4 Interventi sociosanitari ed attività sociali per la terza età	Cenni sui riferimenti normativi per le politiche attive in favore alle persone della terza età; misure della prevenzione della fragilità e per la promozione della salute, dell'invecchiamento attivo delle persone anziane, della sanità preventiva e della telemedicina in favore delle persone anziane,...
5 Attività assistenziali e sociali rivolte alle persone con disabilità	Approfondimento sulle misure di prevenzione della fragilità e per la promozione della salute, dell'invecchiamento attivo delle persone anziane, della sanità preventiva e della telemedicina in favore delle persone anziane; Promozione di comportamenti consapevoli e virtuosi: osservanza di uno stile di vita sano e attivo in ogni fase dell'età; adesione costante all'intervento di prevenzione offerto dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (screening oncologici, offerta vaccinale, ecc.);
6 Attività socioassistenziali e sociali rivolte al paziente oncologico	Approfondimento sulle attività socioassistenziali e sociali rivolte al paziente oncologico; Piano Nazionale per la cura del paziente oncologico; importanza dei punti unici di accoglienza: coordinamento e organizzazione dell'attività di coordinamento dei bisogni e presa in carico completa di funzioni di informazione, orientamento, accoglienza e primo accesso con raccolta di segnalazioni agli MMG,...

7 Aggiornamenti in materia di sicurezza in contesti di lavoro domiciliare	Conoscenza delle normative vigenti e delle prescrizioni sulla sicurezza e sull'igiene del lavoro, sui rischi presenti, sulle misure e sulle procedure adottate (D.lgs. 81/2008) e del servizio nei contesti di lavoro domiciliare, in conformità con i regolamenti/manuali regionali; prevenzione dei rischi del lavoro a domicilio, in cui la prestazione è resa al domicilio dell'assistito; importanza della prevenzione dei rischi nei servizi domiciliari sanitari alla persona;...
--	---

7. Presenza di elementi per l'efficientamento energetico e per la riduzione dell'impatto ambientale (DNSH)

L'efficientamento energetico si riferisce all'insieme delle pratiche, tecnologie e strategie adottate per ridurre il consumo di energia, ottimizzare l'uso delle risorse energetiche e ridurre gli sprechi. L'obiettivo è migliorare l'efficienza energetica, ottenendo lo stesso livello di servizio con un minor utilizzo di energia, il che può portare a vantaggi economici, ambientali e di sostenibilità. Il Raggruppamento interviene nel servizio in oggetto attraverso l'applicazione di efficientamento nell'area del trasporto e di strutturazione di edifici. Infatti, presso le strutture per anziani di Moliterno e Sarconi gestite dalla cooperativa Il Girasole sono presenti impianti fotovoltaici. I vantaggi di tali installazioni favoriscono:

- Sostenibilità e riduzione delle emissioni - Risparmio energetico - Sfruttamento di spazi inutilizzati. - Valorizzazione dell'immobile - Incentivi e agevolazioni fiscali.

La Cooperativa Sirio ha intrapreso negli ultimi anni un percorso verso la riconversione green, pertanto, si è scelto per far fronte alla sostenibilità, alla riduzione delle emissioni di gas serra e la riduzione della dipendenza dai combustibili fossili, di sostituire le macchine con motore a combustione interna con alternative a basse emissioni di carbonio come macchine ibride o completamente elettriche. Purtroppo, i servizi di Assistenza Domiciliare svolti dalla cooperativa al momento non consentono di scegliere ovunque l'utilizzo dell'elettrico in quanto ad oggi non garantiscono un'autonomia ed una facilità di ricarica pari alle macchine a combustione, pertanto, le macchine maggiormente utilizzate sono le Fiat Panda Hybrid che pur facendo affidamento sul motore a combustione consentono una netta riduzione delle emissioni di gas serra e contribuiscono a far fronte alla sostenibilità ambientale. I vantaggi nell'utilizzo dell'ibrido sono:

- Riduzione dei consumi di carburante - Minori emissioni di CO₂ e inquinamento - Riduzione dei costi operativi - Ricarica automatica della batteria - Maggiore autonomia rispetto ai veicoli elettrici - Vantaggi in città e nel traffico - Minori costi di manutenzione

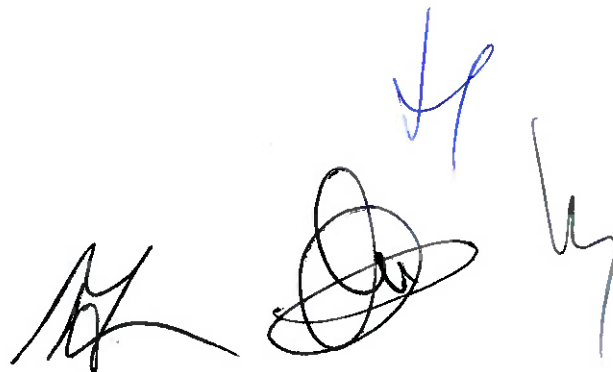
8. Capacità di avvantaggiarsi di una rete territoriale (in riferimento agli ATS coinvolti) per apportare migliorie agli interventi socioassistenziali domiciliari e per sviluppare percorsi di solidarietà e cittadinanza attiva

APPROCCIO METODOLOGICO - Il lavoro di rete favorisce il percorrere di una strada alternativa, nel senso offre la possibilità di trovare delle soluzioni stimolanti, degli interventi strategici che solamente riescano a dare degli impulsi e ad assicurare la base organizzativa affinché si muova e si ricompatti il groviglio delle risorse, delle energie, delle competenze, tutto ciò che serve ma è incognito, i molteplici misteriosi tasselli di cui ogni singola macro soluzione si compone. Il lavoro di rete si può designare come approccio complesso, perché con azioni relativamente semplici, di tipo organizzativo, favorisce l'evoluzione di processi che lentamente si realizzano a volte con una loro naturale evoluzione.

MODALITÀ DI ATTIVAZIONE E COLLABORAZIONE - Alla luce del continuo mutamento dei bisogni sociali, socio-sanitari ed educativi, nonché della complessità che caratterizza gli stessi, il proponente ritiene attribuire l'attività di coordinamento del servizio in oggetto alla figura del coordinatore.

Il coordinatore è, infatti, quella figura che riesce a fungere da ponte tra le diverse istituzioni, l'utente e la sua famiglia, nonché le realtà del no profit impegnate nel territorio materano. È, dunque, la figura che promuove rete e relazioni, assicura il coordinamento dei processi e delle attività/interventi integrati e multidisciplinari, garantendone la continuità. Il proponente, infatti, nel corso degli anni ha costruito relazioni e interazioni con i diversi servizi istituzionali e con il contesto di riferimento per garantire risposte sempre più congrue alla complessità degli stessi bisogni, consolidando così anche il suo radicamento nel territorio materano.

L'ampia esperienza nella gestione dei servizi sociali compresa quella oggetto di gara ha richiesto un'apertura costante verso l'esterno, verso i diversi attori che concorrono al ben-essere delle persone e della comunità.



Il servizio di assistenza domiciliare e sociale, per risultare efficace, non può prescindere dal costruire relazioni sinergiche e integrate; in particolare tali relazioni vanno costruite proprio con i servizi istituzionali interessati.

Il funzionamento delle relazioni con i diversi attori presuppone che ciascuno, con ruoli e funzioni diversi, si senta "parte" e "risorsa" di un percorso condiviso che può incidere sulla qualità di vita, soprattutto delle persone anziane e fragili anche non autosufficienti.

Essere "parte" e "risorsa" di un percorso, che pone in relazione specificità, conoscenze e competenze diversificate, favorisce l'attivazione di un sistema di "cura" organico e integrato, in cui ciascuno si riconosce, apporta il proprio contributo e riconosce l'altro.

Il proponente, avendo ormai acquisito il modello organizzativo "PUA", propone relazioni con gli altri servizi istituzionali interessati che si basano sul principio organizzativo e su quello dinamico.

SPERIMENTAZIONE MODELLO "PUA" – Il modello di Porta Unica di Accesso sperimentale sarà l'interfaccia dell'amministrazione e del competente Servizio Sociale, un luogo di raccordo che supera e migliora il mero coordinamento del Servizio. Il Modello PUA permette altresì di dialogare agevolmente con tutti i soggetti istituzionali e territoriali coinvolti nella presa in carico dei destinatari.

Il proponente propone, così, la costruzione di un modello in cui il coordinatore d'intesa con il Servizio Sociale comunale, promuovono la progettazione condivisa dei P.A.I. attraverso gruppi di lavoro, inter e multidisciplinari. La progettazione condivisa con tutti i servizi istituzionali che hanno in carico la persona e la sua famiglia, infatti, garantisce:

- analisi integrate delle problematiche sanitarie, sociali, educative, ecc.;
- risposte flessibili e personalizzate, nonché adeguate al contesto di vita dell'utente;
- riduzione delle disfunzioni nel sistema di erogazione degli interventi, evitando, così, inadeguatezza e/o duplicazione e/o parcellizzazione degli stessi interventi e sprechi di risorse pubbliche.

Le attività specifiche svolte riguardano essenzialmente due tipologie di azioni:

❖ una tipologia di attività riguarda la gestione dei servizi con Pubbliche Amministrazioni per lo specifico servizio di assistenza domiciliare e per altra tipologia di servizi sociali (cfr. relazione criterio 3, Esperienza pregressa).

❖ una seconda tipologia di attività riguarda il lavoro di ampliamento della rete, a cura del Coordinatore (che dedicheranno un tempo appositamente rivolto alle attività di contatto e ampliamento della Rete), con la collaborazione degli Operatori. In questo senso è configurata la procedura operativa adottata, con una sintetica descrizione dei singoli step seguiti, al fine di ampliare e consolidare la rete territoriale, con particolare riguardo alla sua funzionalità in rapporto e a beneficio dell'utenza. Per ampliare ulteriormente e ottimizzare l'azione di messa in rete delle, procederemo nello specifico ad attuare le seguenti azioni:

- ★ mappatura delle risorse della rete territoriale;
- ★ definizione delle modalità e degli strumenti da attivare per l'esecuzione della specifica tipologia di collaborazione;
- ★ finalizzazione e/o formalizzazione della collaborazione e delle procedure di cooperazione;
- ★ inserimento dell'informativa e messa a sistema della nuova risorsa.

In quest'ottica, la tabella seguente rappresenta la procedura operativa adottata, con una sintetica descrizione dei singoli step seguiti, al fine di ampliare e consolidare la rete territoriale, con particolare riguardo alla sua funzionalità in rapporto e a beneficio dell'utenza.

	DESCRIZIONE ATTIVITA'	ATTORI E STRUMENTI
1 Mappatura organismi territoriali	Il primo passo consiste nello svolgere un lavoro a tutto tondo di mappatura dei servizi territoriali, cioè di tutti i servizi del territorio facenti capo alle attività socio-sanitarie dell'ambito, comprendenti sia gli enti istituzionali e le loro unità operative, sia gli enti del pubblico e del privato sociale operanti in ambito della non autosufficienza	Il lavoro iniziale di mappatura è a cura del Coordinatore. Viene creato un database su sistema excel in grado di raccogliere ed organizzare tutti i dati inerenti alle strutture territoriali potenzialmente utilizzabili dagli utenti in carico
2 Rilevazione rete dell'utente	Raccogliere, per ogni utente accolto, tutti i dati inerenti le diverse organizzazioni territoriali eventualmente utilizzate/utilizzabili dall'utente stesso. Questa rilevazione avviene in sede di analisi del bisogno, attraverso specifici strumenti e l'interlocuzione con il caregiver/soggetti invianti.	Sono il Coordinatore, supportato dai vari operatori, ad occuparsi della raccolta dei dati attraverso la "scheda", che raccoglie i dati inerenti la quantità e tipologia delle strutture territoriali.

49

3 Raccordo con i referenti delle strutture territoriali	Sulla base dei dati contenuti nella scheda, organizzati per ogni utente, viene svolto un lavoro di costruzione di rapporti con i referenti di tali organizzazioni, a cui seguiranno ulteriori confronti di raccordo periodici, al fine di ottimizzare le risorse ed attivare eventualmente altre risorse territoriali.	Il Coordinatore si occupa di svolgere gli incontri/contatti e di aggiornare la scheda con ulteriori dati relativi al rapporto tra l'utente e le strutture stesse.
4 Aggiornamento data base	Periodicamente, dopo ogni momento di confronto tra operatori e Referenti delle organizzazioni territoriali (vis a vis o da remoto) viene aggiornato il database, con il supporto di quanto contenuto nella "scheda". In questo senso, oltre ad incrementare la rete territoriale in contatto con il Servizio, per ogni utente accolto, avremo un quadro completo di quanti e quali servizi territoriali utilizza e potremo quindi ottimizzare gli interventi e armonizzarli con tutti gli altri.	È progressivamente aggiornato il database a cura del Coordinatore.
5 Attivazione di ulteriori risorse	Nel caso in cui si rendesse evidente la necessità di attivare ulteriori risorse territoriali in favore dell'utente (necessità rilevata dall'analisi dei bisogni dell'utente e del caregiver, dalla scheda territoriale e dall'interlocuzione con i referenti delle organizzazioni territoriali, oltre che da successive segnalazioni del Servizio Sociale), attiviamo, tramite apposita procedura, una segnalazione al Servizio Sociale, al fine di soddisfare tempestivamente i bisogni emergenti dell'utente dal punto di vista della fruizione delle risorse del territorio	Il Coordinatore si occupa di attivare la specifica procedura "attivazione ulteriori risorse territoriali", in modo da segnalare al Servizio Sociale tale necessità. Il database costruito a seguito della mappatura generale (step 1) si rivela lo strumento più utile per individuare e proporre eventualmente ulteriori risorse.

La messa in campo di questa procedura operativa favorisce:

-L'incremento efficace ed efficiente del Servizio

- La riduzione di sprechi e/o sovrapposizioni aggregando i diversi servizi territoriali su ogni utente accolto/ in carico rileviamo e monitoriamo costantemente eventuali sovrapposizioni di azioni erogate e/o vuoti eventuali nella soddisfazione del bisogno globale dell'utente e della sua famiglia.

-incremento impatto sociale dell'intervento: lavorando per l'attivazione plurima e condivisa delle diverse strutture territoriali incrementiamo, di conseguenza, il livello di protezione sociale generale di cui è capace il territorio

A tal proposito, il gestore si impegna a ricercare proficue occasioni di collaborazione con associazioni, enti, patronati e altri attori del welfare locali già dall'avvio del Servizio, ottimizzando la sua presenza diretta sul territorio e attivando all'occorrenza i contatti disponibili nella zona di competenza.

PIANO ECONOMICO		
	PERSONALE	TOTALE
A	OSA	229.154,38 €
B	COORDINAMENTO	4.480,80 €
C	PSICOLOGA	2.000,00 €
	TOT COSTI PERSONALE	235.635,18 €

	COSTI DI GESTIONE	
1	TELESOCOCCORSO	5.900,00 €
2	OPERATORE TRASPORTO E LOGISTICA	7.644,00 €
3	PASTI MAX EROGABILI	8.000,00 €
4	KM MAX PERCORRIBILI	9.000,00 €
5	ALLOGGIO	6.000,00 €
6	FORMAZIONE	12.295,08 €
7	MONITORAGGIO	1.360,00 €
8	GESTIONE AMMINISTRATIVA GC	10.734,55 €
9	POLIZZE	1.000,00 €
10	ATI	1.200,00 €
11	MATERIALI E STRUMENTI	500,00 €
12	SPESE AMMINISTRATIVE	1.680,00 €
13	PROGETTI AGGIUNTIVI	5.252,52 €
14	COSTI DELLA SICUREZZA	500,00 €
	TOT COSTI GESTIONE	71.066,15 €
	TOTALE COSTI	306.701,33 €

9. Dettaglio del Piano Finanziario e coerenza con il Progetto

Per i costi della manodopera è stato stimato l'impiego di OSA per lo svolgimento delle complessive 11808 ore, la figura di un coordinatore per gestire le attività e la presenza di uno psicologo a chiamata in base alle necessità individuate. Per i costi di gestione sono stati stimati i costi per l'attivazione di 100 dispositivi per il telesoccorso, oltre ad un numero di 1000 pasti erogabili secondo le disposizioni del capitolato a cui vanno aggiunti i costi per il trasporto stimati in circa 23000km e il costo dell'operatore impegnato in tale attività. e' stato stimato l'utilizzo di 150 notti di housing sociale per i senza fissa dimora, in funzione delle urgenze che dovessero sorgere. Gli altri costi presenti nel piano afferiscono a stime relative ai costi di gestione ordinaria quali: spese amministrative, costi per assicurazioni e stipule contrattuali, spese per materiali di consumo e i costi per la sicurezza aziendali. Infine, è stato prevista l'attività formativa, in linea con quanto richiesto dal disciplinare e l'attività di monitoraggio svolta dal consorzio. Le migliori sono dettagliate nel paragrafo criterio 1.

10. Attività di monitoraggio in itinere del corretto avanzamento del progetto

Il monitoraggio e la valutazione sono essenziali per il miglioramento continuo del servizio, infatti, il PAI è soggetto a verifiche periodiche che coinvolgono tutte le persone che, a diverso titolo, lavorano o usufruiscono del servizio stesso (utenti, operatori, servizi sociali, coordinatore) e i risultati del processo valutativo devono essere discussi dal gruppo. La valutazione è utile per ricavare i punti deboli del servizio, per cercare di migliorarlo. Il Piano di Monitoraggio, che integra le rilevazioni sull'efficacia/soddisfazione percepita dal/i destinatario/i, rappresenta una linea guida per gli addetti ai lavori (Coordinatori ed Organo operativo) per condividere una visione complessiva della gestione organizzativa. Esso comprende: Riunioni d'equipe 1 al mese. Importanti momenti di supervisione deontologica che offrono al personale significative occasioni di confronto e crescita professionale, e attuare eventuali azioni correttive necessarie. Rilevazione customer satisfaction. Fondamentale per tempestivi interventi risolutivi in caso di disfunzioni del servizio. Si prevedono 3 step: somministrazione iniziale; itinere; post, follow up a 2 mesi dalla conclusione del servizio. Valutazione interna e autocontrollo. Somministrazione periodica di questionari sempre di tipo "online survey" di rilevazione della soddisfazione del personale. Gestione documentale. Necessaria alla tracciabilità ed efficacia di gestione del Servizio. Documentazione: Relazione sull'andamento della gestione del servizio da trasmettere al competente ufficio in accordo sulle tempistiche di invio; Scheda giornaliera di Servizio e Diario di Bordo giornaliero, Scheda nominativa dell'Utente, Tesserino di Riconoscimento, Programma Orari (Ordine di Servizio), Registro presenze, Attività formative del personale, Verifiche, Programmazione, PAI, Rilevazione Grado di Soddisfazione utente e relativi livelli di qualità etc. Sistema di Certificazione Qualità La Città Essenziale e le cooperative consorziate l'Abbraccio, Collettivo Colobrinese e Social Work 2.0 adottano il Sistema di Gestione Qualità UNI EN ISO 9001:2015 per la progettazione, gestione ed erogazione di servizi assistenziali, sanitari, educativi e di inserimento lavorativo, direttamente o per conto delle cooperative consorziate. Inoltre, La Città Essenziale possiede la Pdr UNI 125/2022 che definisce l'adozione e il perseguimento di un Sistema di Gestione per la Parità di Genere, che si propone di promuovere e tutelare la diversità e le pari opportunità sul luogo di lavoro. L'ufficio Tecnico, Qualità, Sicurezza, Privacy, e Parità di Genere supporta le cooperative consorziati nel mantenimento degli standard qualitativi e nel miglioramento continuo. La cooperativa Sirio adotta il Sistema di Gestione Qualità UNI EN ISO 9001:2015, UNI EN ISO 14001:2015, Progettazione ed erogazione di servizi di assistenza sanitaria, sociosanitaria, infermieristica e cure palliative in regime domiciliare e presso strutture per anziani, minori e disabili. Progettazione ed erogazione di servizi di assistenza specialistica educativa domiciliare ai minori e disabili. Servizi di call center, back office e supporto amministrativo all'attività di assistenza domiciliare integrata; UNI EN ISO 45001:2018, Progettazione ed erogazione di servizi di assistenza sanitaria, sociosanitaria, infermieristica e cure palliative domiciliari per anziani, minori e portatori di handicap e presso strutture in regime residenziale e semiresidenziale ed infine la Pdr UNI 125/2022. La società cooperativa sociale il Girasole adotta il Sistema di Gestione Qualità UNI EN ISO 9001:2015, gestione di servizi socioassistenziali e sanitari; casa di riposo per anziani; centro diurno disabili e servizio di assistenza alla persona; progettazione di servizi sociosanitari, assistenziali ed educativi.

Se necessario si potrà fornire copia originale dei relativi Certificati su richiesta della stazione appaltante.

11. Attestazione del rispetto, nell'ultimo triennio, degli obblighi di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 in materia di lavoro delle persone disabili

Si allegano di seguito le Dichiarazioni rispettive de La Città Essenziale Consorzio di cooperative sociali, Sirio Coop. Soc., Il Girasole scs

Il legale Rappresentante
Giuseppe Bruno

Il legale Rappresentante
Marta Pantaleo

Il Legale Rappresentante
Pietro Antonio Carcia

2. Discussione tra i presenti dei passaggi tecnici e operativi.

Nella seconda parte dell'incontro riprende la parola la Dott.ssa Rotondaro, RUP del procedimento, la quale precisa ai presenti che con un gruppo di lavoro interdisciplinare ed interistituzionale dedicato alle dimissioni protette PNRR erano state già previste le modalità operative di intervento ai fini dell'individuazione dei beneficiari che dovranno essere avviati al progetto delle dimissioni protette a seguito della dimissione dai presidi ospedalieri.

Si descrive il lavoro realizzato con il gruppo di lavoro costituito da personale sanitario dell'Ospedale di Matera e dai rappresentanti dei quattro ATS coinvolti dalla progettazione (Matera, Metapontino Collina Materana, Bradanica Medio Basento, Val D'Agri).

Negli incontri già tenuti veniva approntata una strategia di lavoro che prevede da parte del singolo presidio Ospedaliero l'individuazione del beneficiario fragile in dimissione, l'invio del nominativo dello stesso all'equipe integrata per le dimissioni protette che coinvolgerà nella elaborazione del piano individualizzato il servizio sociale territorialmente competente. Tale elaborazione PAI avverrà in fase di dimissione. Al termine della presa in carico e definizione del case manager e strutturazione PAI il beneficiario sarà inviato alla equipe del soggetto gestore che dovrà operare nel luogo, domicilio permanente o temporaneo dello stesso.

3. Pianificazione prossime fasi.

I presenti discutono sulla necessità che le strutture sanitarie presenti sul territorio dovranno essere edotte rispetto alla procedura delle dimissioni protette e su cosa verterà il progetto stesso, secondo le modalità concordate. Pertanto verrà stilato un documento informativo da trasmettere a tutti i presidi ospedalieri del territorio ed ai medici di medicina generale degli ATS coinvolti.

L'ATS Urbano Città di Matera, previo coordinamento con l'ETS "RTI CONSORZIO LA CITTA' ESSENZIALE", provvederà ad inviare una lettera congiunta alle Aziende Sanitarie del territorio ed ai MMG per far conoscere la nuova opportunità.

Si precisa che la misura delle dimissioni protette è diventata un LEPS e che la presente progettualità mira a creare una vera e propria modalità operativa di lavoro stabile anche per il futuro.

Si concorda unanimemente sul fatto che i referenti del soggetto capofila si impegneranno a trasmettere il Piano Sintetico delle azioni progettuali previste all'ATS, e che di seguito si procederà con la stipula della convenzione.

Infine, il Comune di Matera si impegna a riconvocare il gruppo di lavoro delle dimissioni protette interdisciplinari ed interistituzionale per la definizione finale delle modalità di invio e presa in carico dei beneficiari.

L'Incontro si conclude alle ore 12:30

Letto, confermato e sottoscritto:

Dott.ssa Rotondaro Caterina, Responsabile del Procedimento

Dott. Ambrosecchia Marco, Facilitatore

Dott. Bruno Francione, Commissario

Dott.ssa Brancato Paola, Segretario Verbalizzante

Dott. Bruno Giuseppe, legale Rappresentante dell'ETS "La Città Essenziale"