



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



*Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali*

**Direzione generale per la lotta alla povertà e
per la programmazione sociale**

Avviso pubblico per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta, finanziato dall'Unione europea – Next generation Eu.

SCHEDA PROGETTO

1.1.3 - Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità

Indice

1. Dati identificativi	3
2. Struttura organizzativo-gestionale di progetto.....	4
3. Analisi del contesto e del fabbisogno	6
4. Descrizione del progetto.....	9
5. Piano finanziario	14
6. Cronoprogramma.....	12

1. Dati identificativi

1.1 Anagrafica dell'Ambito territoriale candidato	
CUP del progetto	B64H22000310006
Tipologia Ente	Comune
Denominazione Ente	Comune di Napoli
Codice ATS	15-202004142232265
ATS Associati	
Ente proponente	
Comuni aderenti	
Posta elettronica	inclusione.sociale@comune.napoli.it
PEC	

1.2 Informazioni sul Referente per l'implementazione del progetto	
Referente progetto	
Qualifica	
Telefono	
Posta elettronica	
PEC	

2. Struttura organizzativo-gestionale di progetto

Secondo quanto previsto dall'Avviso 1/2022 all'art. 5, comma 3 e all'art. 12, comma 1, il soggetto attuatore è tenuto a garantire adeguata capacità amministrativa e tecnica per tutta la durata dell'intervento.

In sede di domanda di ammissione a finanziamento il soggetto attuatore dichiara "di disporre delle competenze, risorse e qualifiche professionali, sia tecniche che amministrative, necessarie per portare a termine il progetto e assicurare il raggiungimento di eventuali milestone e target associati" e si impegna a "mantenere per tutta la durata del progetto una struttura organizzativa adeguata in relazione alla natura, alla dimensione territoriale e alla durata dell'intervento".

Fornire una descrizione della struttura organizzativa deputata alla gestione del progetto anche in termini di numero delle risorse professionali coinvolte, indicando la qualifica, le funzioni/ruoli (es. attivazione, attuazione, monitoraggio, rendicontazione e controllo, ecc.) e specificando le competenze possedute.

In caso di presenza di più ATS si chiede di specificare le funzioni e i ruoli svolti da ciascuno.

La struttura organizzativa indicata dovrà essere tale da garantire un'adeguata capacità di gestione ed attuazione della proposta progettuale per tutta la sua durata.

La struttura organizzativa dovrà contemplare una figura specifica di riferimento responsabile per la valutazione dei bisogni socio-sanitari, affinché l'intervento sia del tutto coerente e rispondente al bisogno della persona, nel quadro di un piano di assistenza individualizzata.

Al fine di assicurare l'efficacia e l'efficienza del progetto sarà designata un'apposita equipe con qualifiche professionali, sia tecniche che amministrative che rappresenterà la struttura organizzativa deputata alla gestione del programma/intervento.

L'articolazione organizzativa è stata progettata per assicurare un'efficace azione professionale a tutti i livelli. L'equipe sarà organizzata con un'articolazione snella e per settori con esperti dalle competenze trasversali e funzionali al fine di assicurare il controllo dell'efficacia e dell'efficienza dell'intervento.

La Struttura organizzativa sarà composta da:

- **n.1 Coordinatore Sociologo**

Competenze: Esperienza nella gestione e nel coordinamento di progetti complessi;

Funzioni: Supervisione e coordinamento delle attività, interfaccia con il gruppo di lavoro, con gli esperti per la valutazione dei bisogni socio-sanitari;

Fase: Intero ciclo del progetto (ex-ante-in itinere- ex post)

- **Figure professionali funzionali alla valutazione dei bisogni socio-sanitari**

Competenze: Assistenti sociali con esperienza in servizi per le persone con disabilità;

Funzioni: Garantiscono l'individuazione e la presa in carico dei beneficiari attraverso l'accesso unitario alla rete della domiciliarità, residenzialità, semi-residenzialità e il sistema integrato dei servizi socio-sanitari;

Fase: Fase di attivazione/attuazione (ex ante- in itinere)

- **Figure professionali (Sociologo ed altri) con formazione specifica in monitoraggio e controllo**

Competenze: Esperienza in analisi qualitative e quantitative, capacità di trarre evidenze, analizzare i dati e suggerire raccomandazioni;

Funzioni: Raccolta metodica di dati relativi allo stato di avanzamento del progetto, misurazione degli scostamenti rispetto ai piani, revisione delle prestazioni future del progetto ed attivazione delle azioni di contenimento o di ri-pianificazione necessarie;

Fase: Fase attuazione (in itinere- ex post)

- **Figure professionali con formazione specifica in rendicontazione**

Competenze: Esperienza in contabili-amministrative specifiche e nella gestione e rendicontazione di un progetto finanziato;

Funzioni: Tenuta della contabilità e della documentazione fiscale, del rispetto del budget, dei pagamenti, dei contratti, della tenuta della documentazione, raccordo con ufficio contabilità dell'ATS, gestione dei report periodici di monitoraggio finanziario e rendiconto e del rendiconto finale delle spese;

Fase: Intero ciclo del progetto (ex-ante-in itinere- ex post)

3. Analisi del contesto e del fabbisogno

Con riferimento al progetto, fornire una descrizione del contesto di riferimento che caratterizza e nel quale opera l'ATS/Comune/Associazione di ATS in termini di offerta e qualità dei servizi sociali erogati e del fabbisogno del territorio (quantitativo e qualitativo) ed in relazione al gap tra la situazione attuale e i risultati che dovranno essere raggiunti tramite l'attivazione dell'intervento.

Specificare se nel territorio di riferimento è già attualmente garantito lo standard di servizio previsto per il LEPS "Dimissioni protette" - scheda LEPS 2.7.3.

Max 1500

Per quanto riguarda i dati e informazioni sull'ospedalizzazione ed in generale sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, i valori nazionali, rispetto agli anni precedenti, mostrano una tendenza alla diminuzione dell'ospedalizzazione in regime ordinario ed un maggiore ricorso alle prestazioni in DH degli anziani. Considerando il dato nazionale in DH pari a 53,76 per mille abitanti e in regime ordinario pari a 118,37 per mille abitanti, la Campania con valori rispettivamente di 75,17 e 142,21 si colloca al terzo e al secondo posto tra le regioni con valori più elevati.

Anche la città di Napoli presenta valori superiori a quelli nazionali in entrambi i regimi di ricovero relativi agli anziani tra i 65 e 74 anni, mentre per i grandi anziani in regime ordinario il tasso è inferiore all'Italia ma superiore in regime DH.

A livello territoriale il tasso di ospedalizzazione degli anziani non sembra essere tanto correlato al numero di anziani residenti nelle rispettive Municipalità, quanto alle caratteristiche sociali dei territori ed ai valori dei determinanti della salute.

Nell'Ambito sono ad oggi attive varie tipologie di interventi di sostegno che comprendono:

- Accoglienza residenziale persone anziane
- Servizio di Assistenza Domiciliare Socio Assistenziale (ASDA)
- Assegno di cura
- Centro polifunzionale polivalente
- Assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Telesoccorso, teleassistenza domiciliare
- Trasporto sociale

Nonostante il Comune abbia sperimentato un'espansione del numero di assistiti, il bisogno di assistenza stimato è almeno il doppio se non il triplo dell'attuale offerta.

Di seguito la fotografia del biennio 2019-2021 sulle prestazioni sociosanitarie e sociali erogate dall'ambito.

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE 2020

- **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)**

ANZIANI: maschi 172, femmine 301 per un totale di 473

DISABILI: maschi 212 femmine 159 per un totale di 371

- **CENTRI DIURNI**

ANZIANI: maschi 24 femmine 29 per un totale di 53

DISABILI: maschi 349 femmine 269 per un totale di 618

- **DISAGIO PSICHICO:** maschi 38, femmine 16 per un totale di 54
- **RSA ANZIANI:** maschi 115, femmine 182 per un totale di 297
- **RSA DISABILI:** maschi 163, femmine 81 per un totale di 244

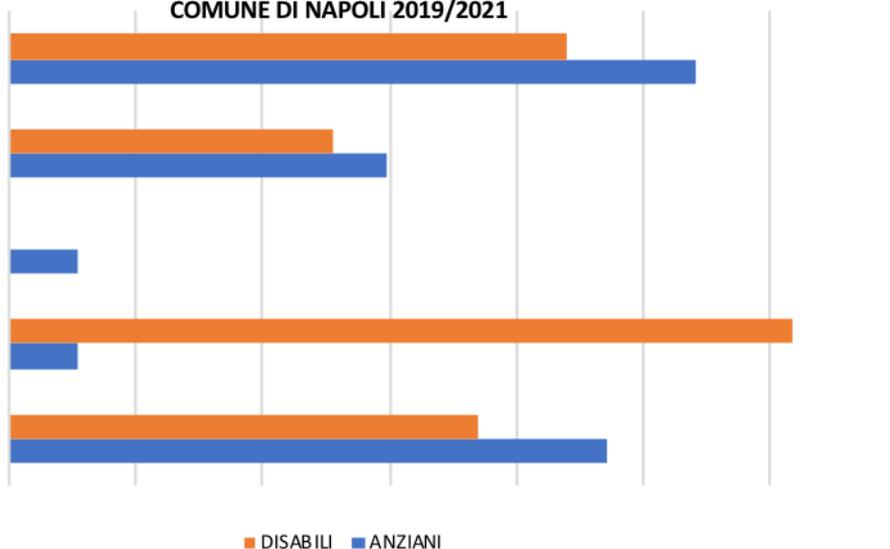
Totale complessivo utenti “ANZIANI”: Maschi 311, femmine 512 per un totale di 823

Totale complessivo utenti DISABILI: Maschi 762, femmine 525 per un totale di 1287

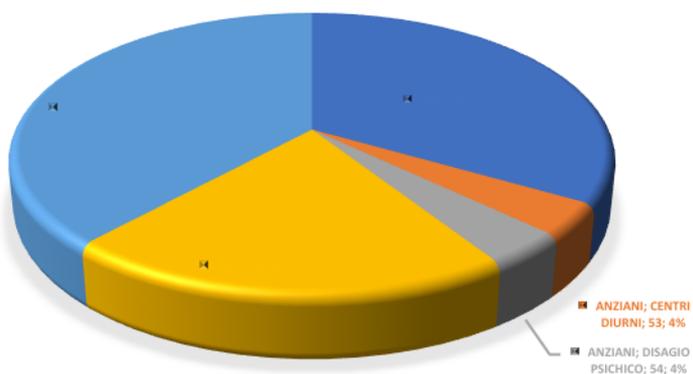
Servizio ASDA

	ANZIANI	DISABILI	TOTALE
I MUN	36	15	51
II MUN	44	37	81
III MUN	37	83	120
IV MUN	62	37	99
V MUN	29	15	44
VI MUN	66	59	125
VII MUN	86	56	142
VIII MUN	55	49	104
IX MUN	42	48	90
X MUN	67	41	108

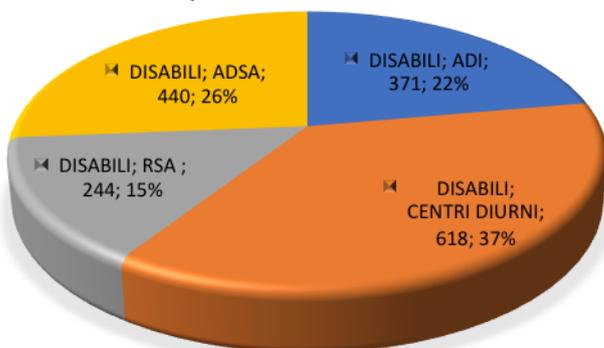
**PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIO SANITARIE
COMUNE DI NAPOLI 2019/2021**



**ANZIANI PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIO SANITARIE
2019/2021 COMUNE DI NAPOLI**



**DISABILI PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIO SANITARIE
2019/2021 COMUNE DI NAPOLI**



4. Descrizione del progetto

4.1 Obiettivi

Fornire una descrizione dei contenuti della proposta progettuale, in coerenza con l'analisi dei fabbisogni, mettendo in evidenza come il progetto contribuisca al raggiungimento degli obiettivi del sub-investimento nel territorio di riferimento e del target associato al sub-investimento in termini di beneficiari.

Evidenziare in particolare come il progetto contribuisca al raggiungimento dell'obiettivo primario del sub-investimento, rappresentato dalla "costituzione di équipe professionali, con iniziative di formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio e favorire la deistituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l'assistenza domiciliare integrata."

Segnalare l'eventuale collegamento con attività che insistono nel medesimo territorio a valere sull'Investimento 1.3, sub-investimento 1.3.1, Azione A, Attività 3.

Segnalare se è previsto un collegamento con iniziative progettuali sviluppate sull'intervento 1.1.2 (max 3000 caratteri)

Per ampliare il numero di assistiti e rispondere alle esigenze di sostegno degli utenti è necessario implementare un sistema integrato di interventi in grado di migliorare da un lato la qualità di vita degli utenti e preservare le capacità residue e dall'altro di rispondere in forma personalizzata ai bisogni degli utenti in carico.

L'intervento ha come obiettivi principali di:

- Promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria;
- Contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- Assicurare la continuità dell'assistenza tutelare;
- Favorire il decongestionamento del Pronto Soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali che possono essere utilizzate per la risposta al bisogno assistenziale delle persone fragili, contribuendo a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera;

Per far fronte alle emergenti esigenze, il progetto intende **rafforzare i servizi sociali a favore della domiciliarità** in termini sia qualitativi che quantitativi attraverso il rafforzamento dell'offerta dei servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale. In particolare l'intervento è rivolto a persone anziane e/o in condizioni di fragilità non supportate da una rete formale o informale adeguata per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa.

A questo scopo, si prevede di istituire apposite **equipe di soggetti specializzati**, adeguatamente formate nel settore dei servizi alla persona, che siano capaci di tener conto dei bisogni sociali e lavorare sul ruolo centrale degli utenti e della personalizzazione dei servizi.

L'equipe sarà composta da più profili professionali, in modo da poter offrire una "competenza di gruppo" in grado di rispondere in modo coerente alle diverse esigenze che verranno riscontrate in corso d'opera.

Le equipe saranno composte da:

- Sociologo Coordinatore
- Operatori Socio-Sanitari, in possesso della qualifica di Oss legalmente riconosciuta;
- Operatori Socio-Assistenziali, in possesso della qualifica di OSA legalmente riconosciuta;
- Fisioterapista e infermieri professionali;
- Geriatra

L'intervento si collega anche alle azioni previste dal sub-investimento 1.1.2

4.2 Azioni e attività

A – Garanzia del LEPS “Dimissione protette”(le opzioni A.1. e A.2 sono obbligatorie)

- A.1 – Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale (assistenza domiciliare, telesoccorso, pasti a domicilio e assistenza tutelare integrativa)
- A.2 – Formazione specifica operatori

B – Rafforzamento dell’offerta di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale(selezionabile se il LEPS “Dimissioni protette” è già garantito come risulta dall’analisi del contesto e del fabbisogno – sezione 3)

- B.1 – Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare ad integrazione dei livelli essenziali

4.3 Modalità di attuazione e rispetto delle linee di indirizzo e degli standard nazionali

Specificare le modalità di attuazione del progetto e la coerenza rispetto al Piano sociale nazionale (cap. 2, scheda LEPS 2.7.3 Dimissioni protette) e alla Legge di bilancio 2022 - L.234 del 30 dicembre 2021 (art. 1 comma 162 lettera a), comma 165 e comma 166).

In particolare:

- *Indicare l'eventuale sperimentazione o l'adozione di protocolli condivisi per la presa in carico integrata tra servizi sanitari e servizi sociali di pazienti in dimissione protetta.*
- *Indicare se si intende ricorrere al coinvolgimento e alla partecipazione di enti privati accreditati per l'erogazione delle prestazioni o di Enti del Terzo Settore.*
- *Indicare attività e programmi di formazione specifica rivolti a operatori nell'ambito dei servizi a domicilio, al fine di qualificare il lavoro di cura, in particolare delle persone anziane.*

(max 3000 caratteri)

Il progetto nasce per potenziare il sistema di *Governance* allargata, multilivello e multiattoriale esistente e in cui verranno stabiliti con chiarezza ruoli e competenze di ciascun soggetto coinvolto. La rete che si andrà a costituire vuole alimentare con risorse nuove, sia finanziarie che umane, le iniziative in cantiere.

L'approccio dell'intervento nasce in coerenza con le linee di indirizzo al Piano sociale nazionale (cap. 2, scheda LEPS 2.7.3 Dimissioni protette) con l'intento di rispondere alle indicazioni date dalle Istituzioni Europee e dal Governo.

L'obiettivo è quello di far fronte alla crescente fragilità delle persone anziane e rafforzare servizi di dimissioni protette sia per un'utenza che può fare riferimento ad un domicilio, sia per quell'utenza che non ha questa possibilità.

In particolare, si evidenzia che dal punto di vista istituzionale la definizione programmatica delle attività è oggetto degli Accordi di Programma stipulati tra Comune e ASL nei quali viene definito il modello organizzativo, prestazionale ed erogativo (Deliberazione del Direttore Generale ASL Napoli 1 n. 1054 del 14/10/2020 - Percorso organizzativo aziendale dimissioni protette ed. 10/2020); ivi compresa l'utilizzo di servizi e convenzioni già in essere con l'Asl Napoli 1 come il trasporto socio-sanitario.

Dal punto di vista gestionale, l'integrazione si colloca a livello territoriale e di struttura operativa, "individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni".

Dal punto di vista professionale, per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, sarà necessario promuovere l'erogazione dei servizi attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno e la definizione e attuazione di un piano di lavoro integrato personalizzato.

Caratteristica essenziale dell'integrazione professionale è quella di "condividere e prendere delle decisioni insieme", secondo un'ottica orizzontale in cui operatori del sociale e del sanitario lavorano insieme "per" e "con" una comunità partecipe allo scopo di tutelare le persone in difficoltà.

In questa ottica attività e programmi di formazione saranno affidati attraverso un Avviso Pubblico ad Enti Accreditati al fine di facilitare l'erogazione di una formazione ex ante, in itinere ed ex-post atta a potenziare:

- Il carattere processuale (interconnessione tra il sistema informativo ed il sistema formativo: analisi- progettazione- azione formativa- valutazione);
- L'orientamento strategico del progetto della non autosufficienza, ovvero, non la sola risposta al problema, quanto piuttosto un'ottica strategica finalizzata al raggiungimento di un piano complessivo di cambiamento (raggiungimento di obiettivi molteplici) e della conseguente trasformazione organizzativa.

4.4 Risultati attesi

Fornire una descrizione dei risultati (qualitativi e quantitativi) che attraverso la proposta progettuale si intendono conseguire.

Illustrare in particolare:

- a) l'eventuale mantenimento, oltre la conclusione dell'intervento, dei benefici del progetto (in termini di autonomia e di continuità assistenziale) per gli individui coinvolti e per il territorio;
- b) l'eventuale adozione di strumenti utili alla replicabilità/trasferibilità dell'intervento, anche mediante azioni di valutazione.

Compilare infine la griglia sottostante.
(max 2000 caratteri)

Come già detto, lo scopo del progetto è quello di attivare **micro-azioni di emersione dei bisogni assistenziali locali** con la finalità di aumentare il tasso di copertura delle necessità della popolazione di anziani non autosufficienti del territorio in tema di assistenza domiciliare e dimissioni protette, comprenderne le necessità e costruire progetti di presa in carico personalizzati, caratterizzati da una forte flessibilità delle soluzioni assistenziali.

Tra i risultati attesi ci si propone di:

- Allargare la platea dei beneficiari degli interventi andando a raggiungere persone anziane non autosufficienti ancora non supportate da servizi esistenti, o perché portatori di bisogni presenti allo stato latente, o perché non eleggibili o ancora, perché del tutto sconosciuti ai servizi territoriali;
- Dare vita a nuove risposte, ma anche di integrare quelle esistenti tra di loro, ricostruendo delle filiere che permettano ai soggetti di essere seguiti e supportati con interventi che mutano al mutare delle condizioni sociali e psico-fisiche, dentro e fuori casa, sempre nell'ottica di contrastare l'isolamento di coloro che vivono a casa propria.
- Rendere sostenibili le azioni nel tempo e, possibilmente, anche scalabili per aumentarne l'impatto sociale utilizzando l'azione in corso per cercare nuove fonti di finanziamento, anche allargando la compagine iniziale

Indicare il numero complessivo di beneficiari coinvolti nel progetto, distinguendo tra le persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità nel rientro e permanenza al proprio domicilio e le persone senza dimora o in condizione di precarietà abitativa.

Target di beneficiari	Numero beneficiari
Persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità nel rientro e permanenza al proprio domicilio	500
Persone senza dimora o in condizione di precarietà abitativa	
Totale di beneficiari	20
% dei beneficiari raggiunti dall'intervento rispetto al numero dei potenziali beneficiari nel territorio	4%

Note al Piano finanziario

Da compilare nel caso in cui si volessero fornire elementi informativi di dettaglio in relazione alle attività e relative voci di costo.

(max 1000 caratteri)

1. Cronoprogramma

I progetti possono essere attivati nel II trimestre giugno 2022 e devono essere completati entro il primo semestre del 2026. Entro il 31 marzo 2026 dovranno essere comunicati i risultati relativi agli esiti dei progetti selezionati e attivati.
 Inserire una "x" in corrispondenza dei trimestri di realizzazione delle attività.

Scheda 3 - Cronoprogramma																	
1.1.3 - Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità																	
	Totale	2022		2023				2024				2025				2026	
		III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM
A – Garanzia del LEPS “Dimissione protette”																	
A.1 – Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale (assistenza domiciliare, telesoccorso, pasti a domicilio e assistenza tutelare integrativa)						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A.2 – Formazione specifica operatori		x	x	x													
B – Rafforzamento dell’offerta di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale																	
B.1 – Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare ad integrazione dei livelli essenziali																	
Target beneficiari <i>(Indicare il numero di beneficiari del progetto nei trimestri in cui è articolato il cronoprogramma)</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(2) Da compilare attenendosi alle tempistiche stabilite dal cronoprogramma previsto dal Piano Operativo, di cui al Decreto Direttoriale n.450 del 9 dicembre 2021:

- da 1 luglio 2022 – Erogazione degli anticipi previa comunicazione dell'effettivo avvio delle attività;*
- 30 giugno 2023, 30 giugno 2024, 30 giugno 2025 – Comunicazione rapporti intermedi*
- 31 dicembre 2023 – Erogazione seconda tranche di finanziamento*
- 31 marzo 2026 – Risultati relativi agli esiti dei progetti selezionati e attivati*
- 30 giugno 2026 – Erogazione del saldo*