

## **SCHEDA PROGETTO PER L'IMPIEGO DI VOLONTARI IN SERVIZIO CIVILE IN ITALIA**

### **ENTE**

1) *Ente proponente il progetto:*

**A.I.M.A. Napoli ONLUS** è un'organizzazione non lucrativa ONLUS ai sensi del D Lgvo 460/97 - associazione apolitica, aconfessionale che persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale: essa opera su base prevalentemente volontaria, e non persegue fini di lucro.

Caratterizza il suo intervento con l'attenzione massima ai problemi dei cittadini anziani e/o affetti da **Demenza di Alzheimer** e dei loro familiari, **traducendo in linee guida, progetti o servizi, i bisogni e le necessità concrete.**

- a) **Anagrafe tributaria del Ministero delle Finanze** iscrizione dall'01/06/2000 con numero di **Codice Fiscale 94200670639**
- b) **Registro Ministero delle Finanze** - Organizzazione non Lucrativa di Utilità Sociale - **n. 53517 del 15/06/2002**
- c) **Camera di Commercio di Napoli: numero REA NA - 747512** data iscrizione 01/03/2006

**Partita IVA: 05331931211**

Principali **OBIETTIVI** di **A.I.M.A.** Napoli .

- **La Tutela dei diritti del malato**
- **Il Potenziamento della ricerca,**
- **Il Sostegno alla Famiglia**
- **La Formazione di personale specializzato**

2) *Codice di accreditamento:*

NZ01896

3) *Albo e classe di iscrizione:*

REGIONALE – Regione Campania

3

## CARATTERISTICHE PROGETTO

4) *Titolo del progetto:*

**“Case Manager:”**

*“.....Tutela del paziente fragile e sostegno alla  
Famiglia nella gestione di cura.....”*

5) *Settore ed area di intervento del progetto con relativa codifica (vedi allegato 3):*

ASSISTENZA ANZIANI- A01

- 6) *Descrizione del contesto territoriale e/o settoriale entro il quale si realizza il progetto con riferimento a situazioni definite, rappresentate mediante indicatori misurabili:*

## **P**remessa

L'aumento dell'aspettativa di vita nei paesi industrializzati ha portato, dall'inizio di questo secolo, ad un'inevitabile incremento della prevalenza e dell'incidenza delle patologie dell'invecchiamento, tra le quali le demenze. Attualmente in Italia ci sono 2,8 milioni di non autosufficienti, di cui i tre/quarti anziani

Secondo lo studio ILSA (The Italian longitudinal Study on Aging) del CNR, in Italia si stima che circa 500.000 persone siano affette da malattia di Alzheimer e si prevede che il loro numero raddoppi entro il 2020 con un'assistenza che varierà circa la qualità dei servizi causa l'eccessiva eterogeneità territoriale.

In Campania, il numero stimato di persone affette da sola Demenza d'Alzheimer è di circa 60.000.

*Ma* alla sempre maggiore presenza di anziani e/o di persone non autosufficienti nella nostra società non corrisponde una adeguata risposta pubblica. **Tale situazione ha una ricaduta sulla vita quotidiana delle persone coinvolte e dei familiari, con particolare riferimento alle donne, che spesso sono sfornite del sostegno necessario.**

*“Gli individuati con disabilità mentali e/o fisiche di lungo periodo che sono dipendenti dall'assistenza nelle attività fondamentali della vita quotidiana, la gran parte dei quali appartengono ai gruppi più anziani della popolazione, hanno bisogno di servizi e interventi di long-term care” (OCSE 2005)*

Pertanto, in considerazione dell'importanza dei servizi di cura domiciliari come possibile risposta all'invecchiamento della popolazione, alla non autosufficienze e alla necessità di raggiungere standard di offerta adeguati a livello nazionale, per l'Associazione AIMA, l'Assistenza Domiciliare ha da sempre rivestito un carattere di priorità, nell'ambito di un lavoro in sinergia con gli attori presenti sul territorio

**Il Contesto territoriale in cui si realizza il progetto è la Campania.( nello specifico Napoli e Caserta)\***

La Campania è divisa in 5 province e 551 comuni (Tab. 1) con una popolazione che complessivamente ammonta a circa cinque milioni ottocentomila unità e che per quasi il 54% è concentrata nella sola provincia di Napoli.

Estesa su una superficie di 13.595 kmq, occupa poco più di un ventesimo dell'intero territorio nazionale e circa un quinto di quello dell'Italia meridionale. Per entità di popolazione è seconda solo alla Lombardia. Nel 1997 si è, infatti, registrata la densità più alta fra tutte le regioni italiane

<b>Province</b>	<b>Numero di comuni</b>	<b>Sup. territoriale (km<sup>2</sup>)</b>	<b>Popolazione residente</b>	<b>Densità (Popolazione/Km<sup>2</sup>)</b>
<b>Avellino</b>	119	2.792	441.499	158
<b>Benevento</b>	78	2.071	294.941	142
<b>Caserta</b>	<b>104</b>	<b>2.639</b>	<b>852.221</b>	<b>323</b>
<b>Napoli</b>	<b>92</b>	<b>1.171</b>	<b>3.117.095</b>	<b>2.662</b>
<b>Salerno</b>	158	4.923	1.091.143	222
<b>Campania</b>	<b>551</b>	<b>13.595</b>	<b>5.796.899</b>	<b>426</b>
<b>Italia meridionale</b>	1790	73.266	14.174.223	193
<b>Italia</b>	8102	301.341	57.563.354	191

*\*Abbiamo scelto queste due zone perché Napoli rappresenta un'area a forte densità abitativa, altamente urbanizzata e con una difficoltà sempre più crescente a consolidare reti amicali ma anche parentali. La famiglia ha subito una trasformazione e non è più in grado di far fronte, come una volta, ad esigenze anche solo di tipo sociale (meno figli, lavoro femminile...) Per cui anche laddove si ha una discreta conoscenza del territorio e dei servizi che esso offre vi è difficoltà a servirsene. La persona fragile, rimane così sola, con l'assistenza unica, se è fortunata, di un unico caregiver che prima o poi diventerà anch'essa una seconda vittima.*

*Tra quartieri della città di Napoli particolare attenzione sarà data ad alcuni maggiormente a rischio di degrado come quello di Soccavo Pianura o anche quello di Secondigliano, Scampia e/o Barra Ponticelli*

*Si evincono, però, problematiche di forte rilevanza sociale anche in quartieri non considerati comunemente a rischio, basti pensare alla Municipalità Vomero Arenella*

*che conta il maggior numero di anziani pur non disponendo di un centro sociale a loro dedicato e ospita durante il giorno tantissimi giovani che pur essendo residenti nei quartieri limitrofi afferiscono al quartiere Vomero ed al quartiere Arenella per la presenza di molte istituzioni scolastiche. A questi giovani purtroppo il quartiere offre ben poco oltre la strada*

*La zona del Casertano presenta una densità di popolazione inferiore a quella di Napoli ma nel contempo presenta un degrado maggiore anche per via dei recenti esodi clandestini con un livello di istruzione anche più basso e che porta inevitabilmente ad una lettura più scarsa del territorio a fronte di una maggiore disponibilità di “badanti” anche extracomunitari- Due contesti a confronto per verificarne il relativo impatto*

## **A**lcune considerazioni epidemiologiche relative alle persone anziane e ai carichi di cura

### **- dati regionali e nazionali a confronto**

In base ai risultati definitivi del XIII censimento demografico del 20 ottobre 1991, la popolazione residente in Campania è pari a 5.630.280 unità, con un incremento netto rispetto al 1981 di 167.146 unità, con un tasso medio annuo di crescita del 3 per mille.

Alla fine del 1997, sulla base delle risultanze anagrafiche, l'ammontare della popolazione ha raggiunto la cifra di 5.796.899 abitanti, registrando rispetto al '91 un aumento (167 mila unità) praticamente uguale a quello avuto nell'intervallo intercensuario '81 - '91. (saldo naturale)

Questa è una situazione comune a tutto il meridione, che risulta particolarmente accentuata in Campania dove nel 1997 si è registrato il più alto tasso di natalità, pari al 12,4 per mille, ed il più alto numero di figli per donna (1,5). Gli stessi dati sottolineano una situazione diversa a livello nazionale dove il tasso di natalità è stato di poco superiore al 9 per mille ed il numero di figli per donna pari a 1,2.

Secondo i dati di una relazione dell' **Osservatorio Geriatrico Campano** “La condizione socioeconomica sanitaria degli anziani in Campania” l'indice di vecchiaia è costantemente più basso in Campania rispetto alla realtà nazionale, infatti nel 2000 raggiungerà il 66,6%, valore questo raggiunto dall'intera nazione tra gli anni 80 e 90.

**Anche se si prevede che nel 2020 tale rapporto arriverà a 136 dove nello stesso periodo in Italia si registrerà un indice del 194.2 (fig. 1 )**

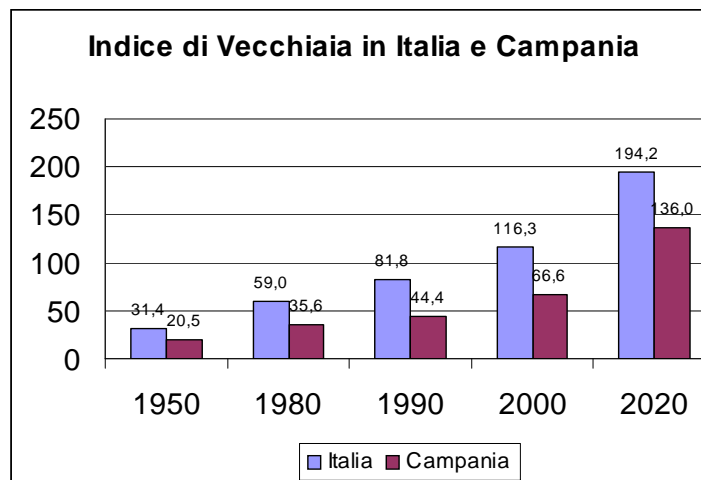


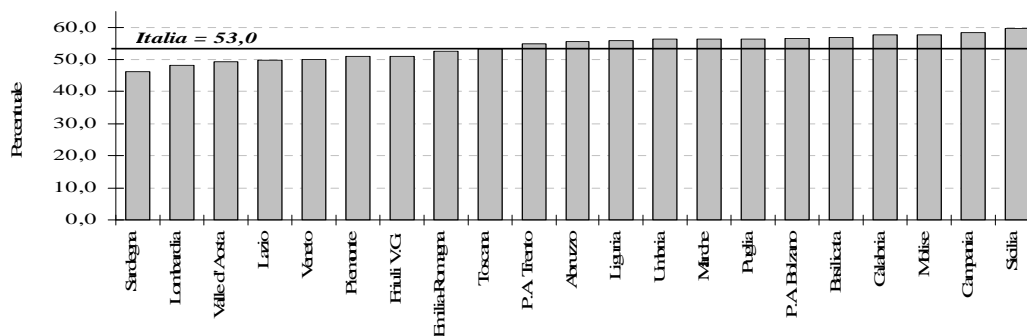
Fig. 1

Se tuttavia la minore incidenza della popolazione anziana non autosufficiente consente di stimare una domanda di assistenza inferiore di altre regioni, va considerato anche un ulteriore indice, necessario per stimare la possibilità di incrementare le cure domiciliari integrate:

### ***l'indice di carico di cura.***

Esso considera non solo la quantità di persone anziane da assistere ma anche la effettiva capacità della famiglia di mantenere al domicilio i propri familiari non autosufficienti da parte della età di mezzo (30-59 anni) nei confronti della prima e quarta età che vede la Campania **tra le regioni italiane con maggiore carico di cura** (fig.4) seconda solo alla Sicilia.

Fig. 4 - Indice di carico di cura. Anno 2005.



## **A**lzheimer: una malattia familiare

Il cambiamento dell'età associato all'invecchiamento della popolazione ha un profondo impatto sulle condizioni economiche, politiche e sociali di un paese.

Infatti, dovunque si verifichi, crescono le preoccupazioni circa la fattibilità di lungo periodo dei sistemi di supporto sociale intergenerazionale, che sono indispensabili per il benessere sia delle generazioni più anziane che di quelle più giovani. Questo è soprattutto vero per quei paesi dove le funzioni di cura familiare diventano progressivamente più difficili, dal momento che la numerosità della famiglia diminuisce e dove le donne tradizionalmente sono le principali *care-givers*.

**La maggiore longevità può avere effetti anche sull'innalzamento della spesa sanitaria e sull'aumento della domanda di servizi socio-assistenziali, visto che le persone anziane risultano essere più vulnerabili a malattie croniche.**

Contemporaneamente assistiamo ad una trasformazione della Famiglia e del suo originario ruolo che da unica e principale risorsa quale era ora necessita anch'essa di sostegno per poter ancora espletare il suo ruolo in maniera adeguata

### **STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE CAMPANA PER CLASSI DI ETÀ'**

<b>Classi di età</b>	<b>1961</b>	<b>1971</b>	<b>1981</b>	<b>1991</b>	<b>1997</b>
0 - 14	1.379.647	1.449.408	1.377.626	1.377.626	1.154.040
15-64	3.031.463	3.167.611	3.555.777	3.888.607	3.892.402
>65	349.649	442.329	529.731	626.355	750.457
Totale	4.760.759	5.059.348	5.463.134	5.630.280	5.796.899

Come si può notare dalla tabella per la classe degli over 65 a partire dal 1961 fino al 1991, si è avuta una crescita del 79% (andamento che risulta più che confermato anche dai dati relativi al 1997). **Per contro sempre nello stesso periodo si è ridotto il numero di giovani inferiori ai quattordici anni (-19%).**

## **L**a Famiglia: ruolo e costi sociali

Come purtroppo succede per la maggior parte delle malattie croniche, **l'80% è assistito dalla famiglia** ed il maggior carico assistenziale ricade sulle donne a cavallo tra la gestione di due generazioni con costi altissimi in termini socioeconomici relazionali ed affettivi. Secondo alcune fonti, il costo socioeconomico, riferiti alla sola Demenza di Alzheimer rappresenta, secondo l'ipotesi più ottimistica, un danno economico per l'Italia, di 7.000 miliardi l'anno; mentre secondo l'ipotesi più pessimistica derivante dalle stime del progetto Eurodem i costi stimati salgono a 10.000 miliardi

L'AD è una malattia che potremmo definire **“familiare”** per le richieste ed il peso che esercita sulla famiglia del malato e per l'alto livello di partecipazione, legato alla presa in carico del soggetto, che incide sulla vita economica e sociale del caregiver. Nonostante ciò, vi è una forte propensione a prendersi cura personalmente del paziente ricorrendo all'istituzionalizzazione solo in estrema ratio

**Ma bisogna tenere bene presente** che le Famiglie non riescono più da sole a sostenere il carico assistenziale

***“I familiari dei malati di Alzheimer dedicano mediamente sette ore al giorno all'assistenza diretta del paziente e quasi undici ore alla sua sorveglianza.”***

Ma con la demenza severa si può arrivare anche ad oltre quindici ore di assistenza.

Al tempo libero sono dedicate solo poco più di due ore al giorno.

**Di seguito alcuni dati sulle famiglie italiane con componenti colpiti dalla malattia di Alzheimer in Campania**

<u>FAMIGLIE CON AMMALATI</u>	60.000	
<b>MALATI ASSISTITI IN CASA</b>	73,8 %	
<u>CHI LI ASSISTE</u>	FIGLI E CONIUGE	
<u>Figli /e</u>	49,6 %	
<u>Coniuge</u>	34,1 %	
<u>TEMPI DI ASSISTENZA</u>		
<u>Fino a 10 ore</u>	30,6 %	
<u>Oltre 15 ore</u>	31,7 %	

**Il Caregiver è colui che fornisce assistenza “gratuita” con “costi” altissimi per lo Stato e la Società tutta.**

**Stime recenti indicano, infatti, che la prevalenza della malattia di Alzheimer sta crescendo in modo allarmante, così come il costo per le cure sostenute non solo per il paziente ma anche per il caregiver**

Secondo alcuni dati il costo annuo in lire è pari a :

- 13.388.000 per le cure non mediche a pagamento
- 72.877.000 per le cure non pagate

Ai costi diretti vanno aggiunti quelli indiretti che generalmente sono superiori del 200-250% ai costi diretti e quelli intangibili: sofferenze personali e familiari, ritiro ed isolamento sociale, insorgenza e/o aggravamento disturbi fisici, stress fisico ed emotivo

### **Indicatori Utilizzati**

In linea generale, come indicatori quantitativi si intende utilizzare i dati relativi al numero delle persone assistite e al numero dei servizi attivati (compresi quelli culturali, ricreativi o simili, purché rientranti in momenti di socializzazione e le relazioni interpersonali sia per la persona con Malattia che per la Famiglia).

In relazione agli **indicatori dell'obiettivo generale**, essi vengono individuati nell'aumento del numero degli interventi domiciliari e di quelli materiali resi agli utenti delle categorie individuate; nonché nel miglioramento qualitativo della proposta resa sul campo, e nell'aumento del numero di ore di attivazione presso gli sportelli tematici e di accoglienza ed ascolto, per agevolare l'accesso ai servizi da parte degli utenti.

In **coerenza** col raggiungimento del presente obiettivo si verificherà l'andamento dei seguenti **indicatori**, rispondenti a criteri di specificità, misurabilità, accessibilità, rilevanza e pianificabilità temporale:

Gli **indicatori** concreti e misurabili dei servizi, nello specifico, sono utilizzati per definire la migliore funzionalità delle operazioni che andranno a realizzarsi da parte di volontari sulla base di:

- il numero di persone assistite;
- il numero di persone che hanno fatto ricorso a strutture residenziali;
- il numero di persone che usufruiscono dell'assistenza domiciliare;
- il numero e la tipologia di servizi già esistenti;
- il numero e la tipologia di nuovi servizi messi in campo dal progetto;
- domande di accesso ai servizi pervenute al territorio;
- prestazioni effettivamente erogate;
- livello di stress del caregiver
- grado di soddisfazione delle risorse disponibili e dei servizi ricevuti
- variazione quantitativa dei dati di cui sopra

I dati su indicati, rilevati in fase di start up, verranno, poi, confrontati con la consistenza dei medesimi indicatori rilevati al sesto mese di svolgimento del progetto in itinere, nonché al termine del progetto ovvero in fase ex-post, con conseguente valutazione degli scostamenti

(utilizzabili anche in fase di eventuale ridefinizione progettuale).

Resta, comunque, aperta la possibilità di accesso ad indicatori di livello ulteriore

7) *Obiettivi del progetto:*

I dati relativi al carico assistenziale da parte del care-giver impongono una riflessione ed un impegno nella ricerca di soluzioni sempre più qualificate ed integrate, fra tutti gli attori coinvolti nell'assistenza, a sostegno non solo del paziente fragile ma anche della Famiglia, la seconda vittima della Malattia i cui costi per le loro cure si stanno innalzando, come abbiamo visto, sempre più.

**Molto spesso le informazioni relative alla malattia nonché alle risorse presenti sul territorio non sempre giungono in modo adeguato ed in tempo reale mentre il carico assistenziale potrebbe essere ridotto a partire da una diagnosi precoce e adeguate e specifiche informazioni per pianificare gli interventi assistenziali a seconda delle fasi della malattia con un accompagnamento dedicato.**

Dall'esperienza del numero verde per la Sanità della Regione Campania, già dopo una settimana dall'attivazione da un primo bilancio tracciato dal presidente e dall'assessore alla Sanità, le telefonate giunte risultavano oltre 2mila con una media di 300 al giorno. **Al numero verde 800.187.514, le telefonate arrivano per lo più dalle province di Napoli e Salerno, seguite da Caserta, Avellino e Benevento.** Tantissimi cittadini chiamano per avere consigli, informazioni o chiarimenti sulle cure, sul funzionamento del ticket e sui propri diritti. In cima alla lista dei problemi segnalati, c'è l'eccessiva lunghezza delle liste d'attesa e poi problemi con i medici di

famiglia, di barriere architettoniche, errori amministrativi che provocano lungaggini nella cura e lasciano soli i cittadini

Riteniamo pertanto indispensabile, **potenziare la rete integrata** tra servizi dedicati alla prevenzione, i servizi distrettuali, la specialistica territoriale e l'assistenza ospedaliera, attraverso un percorso di **casemanagement** per assicurare:

- appropriatezza,
- continuità assistenziale
- equità di accesso nell'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie,
- riduzione ricoveri impropri (e quindi dei costi)
- monitoraggio e valutazione delle prestazioni
- miglioramento della *compliance* del paziente e/o della sua famiglia, educandolo e responsabilizzandolo, al tempo stesso, alla gestione della malattia.

**Il Case Manager** "si farà carico" di tutte le esigenze della persona assistita e della famiglia e si rapporterà con i vicini, i parenti, le istituzioni, il personale socio - sanitario. L'intervento sulla persona avrà , così, un riferimento preciso con l'obiettivo di evitare un'assistenza disaggregata, che risulta antieconomica e inutile, perché l'assistito rimane solo con i suoi problemi.

AIMA è l'unica realtà territoriale che si occupa delle Persone con Alzheimer e delle loro Famiglie con una competenza specifica un'esperienza di otto anni

### **OBIETTIVO GENERALE**

**miglioramento della qualità della vita della Persona fragile e del caregiver attraverso il sostegno alla Famiglia nella gestione di cura**

### **OBIETTIVI SPECIFICI**

- 1. Formare un care-giver competente per la gestione della Malattia ...attraverso il supporto di un accompagnamento specifico nella gestione di cura**

Per questo primo obiettivo specifico del progetto occorrerà:

- acquisire da parte del volontario quante più informazioni possibili per un'adeguata programmazione degli interventi, pianificando e realizzando uno screening del target sul territorio, necessario per la costruzione di un sistema integrato di fonti informative, basato su un insieme di strumenti, metodi e procedure utili ad acquisire, a vari livelli territoriali e amministrativi, i dati necessari di volta in volta.
- analizzare i reali bisogni, le condizioni sociali e di salute dei target al fine di fornire risposte concrete e pertinenti rispetto alla domanda espressa e non espressa

Il sistema integrato di fonti statistiche ottenuto, contenente anche dati circa il quadro normativo e istituzionale, dovrà essere a disposizione non solo dell'operatore ma anche dal Familiare affinché possa essere in grado, sempre con il supporto del ns Casemanager, o almeno essere più facilitato, nella programmazione, gestione e valutazione dei servizi;

## **2. Ridurre lo stress del care-giver e della famiglia ...attraverso attività di sostegno nella vigilanza del paziente fin dalle prime fasi della malattia**

Sostenendo il caregiver nelle sue azioni a breve medio e lungo termine si tenderà a ridurre il suo carico assistenziale che molto spesso è frutto soprattutto di un profondo senso di solitudine e di abbandono. Il caregiver molto spesso è costretto a ricorrere al ricovero magari in strutture non adeguate ed in maniera non corretta perché stanca e non più in grado di fronteggiare il acrico assistenziale. Tale scelta molto spesso scaturisce in profondi sensi di colpa dai quali non sempre si riesce a liberare. Laddove è possibile sostenere il caregiver nel mantenimento a domicilio del proprio caro,

favorendo il mantenimento e/o lo sviluppo di una rete di relazioni familiari, sociali e di aiuto solidaristico, si rileva un miglioramento della qualità della vita nel suo complesso non solo del paziente ma anche del familiare, riducendo i suoi sensi di colpa, la fatica, il senso di solitudine...lo "Stress" del Caregiver

**3. Potenziare il mantenimento del paziente al proprio domicilio.... Attraverso un'adeguata conoscenza ed un appropriato uso delle risorse disponibili sul territorio mediante la figura del casemanger**

Attraverso azioni di sostegno a livello domiciliare, integrati con quelli già esistenti, si consentirà ai soggetti affetti da Alzheimer un'esistenza il più possibile autonoma presso il proprio domicilio e nel proprio ambiente familiare e sociale riducendo contestualmente i ricoveri impropri ed evitando, o allontanare il più possibile nel tempo, il ricorso a ricoveri definitivo in strutture residenziali; si sosterrà l'autonomia e le capacità residue; si migliorerà la qualità della vita nel suo complesso sia del paziente che del familiare, favorendo il mantenimento e/o lo sviluppo di una rete di relazioni familiari, sociali e di aiuto solidaristico

**4. Valutare le competenze e le capacità di coping del caregiver**

E' in itinere un'indagine per cercare di quantificare in termini economici, sociali ed affettivi l'impegno di cura profuso dal caregiver – Non appena i dati della ricerca saranno pronti verranno resi disponibili.

**Sono obiettivi che rispondono ai dettati delle seguenti leggi e linee guida:**

- L. n. 104/'92 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
- N° 162/'98 "Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave";
- N° 328/'00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Legge Regionale n° 11/'84 "Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli handicaps e per l'inserimento nella vita sociale".
- Le "Linee guida regionali della Campania sulla Riabilitazione" del Maggio 2003.
- **L: 8/2003** – Linee d'indirizzo per l'attuazione dei centri Diurni e RSA per i cittadini disabili, anziani e affetti da Alzheimer) e regolamento attuativo (D.G.R. 2006 del 5.11.04)
- **Nota assessoriale n.2777** del 31 luglio 2000: Assistenza Anziani – Malattia di Alzheimer-“ ...per: l'individuazione di un percorso privilegiato nella rete dei servizi geriatrici a favore dei pazienti e dei loro familiari
- **DGRC 5744/2000**: Approvazione progetti delle AA.SS.LL. per l'assistenza domiciliare integrata. Con Determina Dirigenziale n° 12 del 11.03.05
- **ADI – D.P.R.270/2000** recepito dalle regioni attraverso....
- Nonno care –
- **Linee Guida per i piani sociali di zona** –
- Il sistema integrato di interventi e servizi socio sanitari prevede, da un lato l'integrazione tra le politiche per gli anziani nei vari settori sociali, (Legge 328/2000), e dall'altro la determinazione degli interventi socio sanitari, attraverso la realizzazione di accordi di programma, di cui alla D.G.R.C. n°260 dell' 1/2/2000. **con presenza di strutture sanitarie e sociali collegate tra di loro attraverso Protocolli d'intesa per l'erogazione di servizi che garantiscano continuità assistenziale e sostegno alla domiciliarità: ADI – C.D. – R.S.A. - Ospedale**
- **La nuova Classificazione Internazionale e la Disabilità** (ICmH-2, 1999 WHO, versione preliminare) ripresa nelle Linee Guida regionali sulla riabilitazione pone fra i determinanti della disabilità la ridotta attività fisica (uomo - ambiente) e la mancanza di interazione sociale (uomo - uomo). L'attenzione va posta non tanto al paziente anziano quanto alla persona, alle sue condizioni di vita, alla famiglia che se ne prende cura. La valutazione globale è il metodo indispensabile per l'elaborazione di un piano d'intervento personalizzato per l'anziano
- **Linee Guida regionali sull'Integrazione sociosanitaria**
- **P.S.R. 2004** che definisce le strategie atte a controllare, migliorare e mantenere lo stato di salute secondo le linee guida del nuovo progetto dell'O.M.S. il quale pone grande attenzione ai cambiamenti delle realtà epidemiologiche e socio-sanitarie emergenti e propone un piano d'azione europeo per la salute, calibrato sulla centralità del ruolo dell'individuo e sull'esigenza di diffondere la conoscenza e rinforzare la consapevolezza riguardo l'influenza dei fattori di rischio sulla salute.
- Più in generale possiamo anche citare l'OMS anche per una nuova parola d'ordine che lanciò alcuni anni fa: "**ActiveAging**" intendendo con ciò un indirizzo di strategie sociali prima che sanitarie, un processo che contrasti l'isolamento e l'inattività che rischiano di caratterizzare il modo di invecchiare ed i vari Piani sanitari Nazionali che si sono succeduti nel corso degli ultimi anni in cui viene evidenziata la necessità di progettualità nei confronti degli anziani
- Legge sulla Dignità sociale
- Fondo per la non autosufficienza

Si precisa inoltre che A.I.M.A. è iscritta dal 2000 al Comitato per la Lotta all'esclusione sociale e partecipa agli incontri dal 2005 come membro della segreteria tecnica.

L'associazione ha partecipato e partecipa da ormai quattro anni alla Consulta Territoriale del Terzo Settore dell' UTB 45 in qualità di coordinatore e dell'UTB 47, per i primi due anni come membro della segreteria tecnica e dal dicembre 2004 come coordinatore.

8) *Descrizione del progetto e tipologia dell'intervento che definisca dal punto di vista sia qualitativo che quantitativo le modalità di impiego delle risorse umane con particolare riferimento al ruolo dei volontari in servizio civile:*

AIMA Napoli ONLUS propone la realizzazione di un **progetto a rete** con tutti gli attori coinvolti nell'assistenza, incentrato su di un **modello innovativo**, per la presa in carico del paziente e l'**educazione del caregiver per un utilizzo appropriato delle risorse sociali, sanitarie e sociosanitarie** presenti sul territorio attraverso la figura di un operatore formato dall'Associazione:

### **Il Casemanager AIMA**

L'ipotesi del progetto è che un percorso formativo/informativo, quale sostegno alle Persone adulte disabili e alle loro famiglie, possa contribuire ad attuare processi di cambiamento e miglioramento nella gestione di cura al fine di avere **maggiore consapevolezza dei bisogni e delle risorse disponibili** nei confronti delle varie categorie ma soprattutto nei confronti delle fasce più deboli.

#### **8.1 Piani di attuazione previsti per il raggiungimento degli obiettivi**

**I Fase: Acquisizione** di informazioni circa la normativa che regola l'assistenza alle persone fragili e alle loro famiglie e circa le risorse presenti sul territorio, strumenti, metodi e procedure utilizzate per la fruizione dei vari servizi, utili anche per l'aggiornamento del ns sistema informativo integrato e per un'analisi comparativa tra la domanda e l'offerta

**II Fase: trasferimento informazioni ai ns volontari**

**III Fase: individuazione Operatori e Famiglie**

**IV Fase: Gruppi Auto Aiuto ed incontri seminariali** in un rapporto costante tra le famiglie i giovani e le istituzioni per la risoluzione in comune delle diverse problematiche nell'ambito di una logica d'integrazione sociosanitaria.

**V Fase: Accessi domiciliari da parte degli operatori A.I.M.A. presso le famiglie.**

- attività **di accompagnamento e tutoraggio** previste dal progetto

**VI Fase: Monitoraggio e Valutazione attività** ex-ante, in itinere ed ex-post

**VII Fase: Elaborazione dati** effettuata soprattutto in base all'analisi delle risposte ottenute

**VIII Fase: Pubblicizzazione dell'evento**

## **8.2 Azioni ed attività prefisse per la realizzazione delle predette fasi di attuazioni:**

- I. - **Condivisione, pianificazione e realizzazione** degli strumenti di rilevamento dati prendendo in considerazione anche strumenti e banche dati preesistenti
  - **Ricognizione normativa e monitoraggio risorse del territorio**
  - **Aggiornamento ns Banca Dati**
  
- II. **Attività formative e di counseling;** I ns volontari seguiranno, in itinere, una formazione sia generale che specifica attraverso seminari, convegni, role playng e giornate a tema con esperti del settore in grado di fornire loro competenze di tipo professionale e relazionale,

informazioni relative alle disabilità e alle malattie dell'invecchiamento, soprattutto quelle cronicodegenerative come ad esempio l'Alzheimer o altre demenze, informazioni circa la normativa specifica, i servizi e le prestazioni in ambito sociosanitario presenti sul territorio. - **Metodologia** ed approccio alla Persona con i nostri esperti

- **Stage** presso le Unità Operative territoriali (aziendali, comunali, ospedaliere)

III. **Attività di selezione** per la scelta delle famiglie che goveranno di questo percorso attraverso l'individuazione di criteri preordinati. Ad ogni Famiglia verrà affiancato l'operatore più rispondente all'esigenze specifiche di ogni singola Famiglia selezionato anch'egli, per le attività specifiche, tra tutti i volontari presenti.

IV. **Gruppi di Auto Aiuto:** per la partecipazione ai Gruppi di auto Aiuto è previsto un incontro almeno una volta ogni due mesi per consentire l'incontro/confronto degli operatori e delle Famiglie prescelte per una conoscenza reciproca e per raccogliere le proposte (da parte di tutti gli operatori e tutte le famiglie previo loro consenso) utili alla definizione delle scelte progettuali finali. In tal modo si favorirà l'incontro spontaneo tra il volontario, il paziente e la sua famiglia e verranno forniti strumenti utili e strategie comportamentali per la gestione delle problematiche legate all'assistenza (anche con compagnia all'anziano ed aiuto alle famiglie nel disbrigo delle varie pratiche, richiesta prescrizioni di farmaci, visite mediche, prenotazioni etc). In questa sede prevediamo la somministrazione ai caregiver di un test per misurare il livello di stress, da confrontare con i risultati del test finale. Agli incontri è prevista la partecipazione di operatori istituzionali.

- Sono previsti incontri ulteriori su richieste specifica da parte di singole famiglie o operatori che riceveranno comunque la supervisione costante dei ns esperti.

V. **Programmazione calendario degli accessi** le visite di accompagnamento saranno concordate al fine di rendere possibile una pianificazione delle attività a breve/medio/lungo termine e per rispondere concretamente alle esigenze reali delle Famiglie interessate per consentire la realizzazione della principale attività del progetto:

- **Accompagnamento e tutoraggio: L'aiuto di "qualcuno che si prende cura"** attraverso attività di solidarietà per ascoltare, consigliare, accompagnare, aiutare, sostenere dal punto di vista sociopsicologico, nella gestione quotidiana, la persona fragile, e aiutarla per il mantenimento, recupero o il procrastinare le abilità funzionali e in tutto ciò che favorisce momenti di integrazione e socializzazione.

Attraverso tale attività sarà possibile assicurare i seguenti esiti: consentire ai soggetti un'esistenza il più possibile autonoma presso il proprio domicilio e nel proprio ambiente familiare e sociale; ridurre i ricoveri impropri ed evitare, o allontanare il più possibile nel tempo, il ricovero definitivo in strutture residenziali; sostenere l'autonomia e le capacità residue; migliorare la qualità della vita nel suo complesso; favorire il mantenimento e/o lo sviluppo di una rete di relazioni familiari, sociali e di aiuto solidaristico.

Il tutto supportando e coordinando le attività con gli eventuali servizi di assistenza domiciliare già presenti.

**VI. Attività di raccolta ed elaborazione dati, monitoraggio**

**e valutazione:** ogni Famiglia avrà la sua scheda contenente dati sociosanitari e contenente il piano di intervento individualizzato nella quale saranno apportati tutti gli interventi realizzati . Sarà somministrato un test di ingresso sia alla persona che al Familiare per misurare il grado di soddisfazione degli interventi ed un ulteriore test per misurare il grado di stress del Familiare.

**VII. Sensibilizzazione/Pubblicazione Dati** attraverso organi di stampa, momenti formativi e/o informativi ed eventuale pubblicazione di un volume rispetto ai risultati raggiunti, recupero realistico del significato di solidarietà attraverso iniziative quali quella del Servizio Civile

**Di seguito le fasi descritte:**

	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
	e	e	a	p	a	i	u	g	e	t	o	i
	n	b	r	r	g	u	g	o	t	t	v	c
	n	b	z	i	g	g	l	s	t	o	e	e
	a	r	o	l	i	n	i	t	e	b	m	m
	i	a		e	o	o	o	o	m	r	b	b
	o	i							b	e	r	b
		o							r	e	r	b
									e		e	e
Acquisizioni informazioni	■	■										
trasferimento informazioni ai ns volontari	■	■										
Individuazione operatori e famiglie			■									
Gruppi di Auto Aiuto				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Accessi operatori				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Accompagnamento e tutoraggio di solidarietà				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Raccolta ed elaborazione dati monitoraggio e valutazione	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Pubblicizzazione risultati												■

### **8.3 RISORSE UMANE INTERNE**

Per il raggiungimento degli obiettivi del progetto, l'Associazione per la realizzazione delle attività progettuali e per il raggiungimento del massimo dei risultati ha individuato alcune figure con ruoli di primari importanza oltre ai volontari

Le figure messe a disposizione dalla ns Associazione si trovano a concorrere, con ruoli e responsabilità differenti, nei piani d'attuazione del progetto, in quanto interagiranno in stretta connessione con i volontari in servizio civile nell'attuazione delle loro azioni previste.

Essi sono tutti attori del sistema d'intervento dell'Ente, già presenti in seno ad esso, con un elevato grado di preparazione, competenza motivazionale e professionale ed esperienza e quindi professionalmente preparati ad interagire in un contesto di relazionalità operativa che è il contesto in cui opereranno i volontari del presente progetto. Essi si troveranno in un continuo confronto arricchente per gli uni e per gli altri.

Il loro valore aggiunto sarà di primaria importanza nel processo formativo dei volontari di questo progetto, per il mutuo scambio esperenziale coordinando direttamente sul campo.

Per le attività su indicate le figure volontarie individuate nell'ambito dell'Associazione sono:

#### **n. 1 Tecnico dell'Accoglienza Sociale**

per le attività di accoglienza e prima informazione con competenze per effettuare **una prima analisi dei bisogni e delle richieste della persona** e per fornire aiuto e supporto nella individuazione delle **scelte più appropriate per la risoluzione del problema o il soddisfacimento di un bisogno**. Ha spiccate capacità relazionali e comunicative. - **“filtro” verso altri operatori che operano nello stesso servizio o di rinvio presso altri servizi della rete territoriale**

#### **n. 3 Sociologi**

Saranno utilizzati per le attività di monitoraggio e valutazione delle attività per tutto ciò che riguarda il coordinamento del personale e delle attività – nello specifico poi c'è chi si occuperà delle interviste stabilendo ad esempio numero e tipologia di intervistati e strumento di rilevazione; un altro sarà utilizzato per supervisionare o procedere direttamente alla somministrazione di questionari, interviste, focus group; un altro per elaborare i risultati anche con l'ausilio di tecniche statistiche e specifici software statistici, scrivere e presentare il report per la presentazione finale.

n. 4 **Psicologi**

per tutte le attività di prevenzione, diagnosi, abilitazione-riabilitazione e sostegno psicologico, rivolte alle persone, alle Famiglie, ai gruppi e agli operatori stessi – gestione di burn out - eventuale elaborazione del lutto...)

n. 1 **Assistente Sociale**

con funzioni di prevenzione del disagio sociale, aiuto, sostegno recupero di persone, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, programmazione, organizzazione, gestione, promozione dei servizi sociali, didattica e formazione

n. 1 **counsellor**

per sostenere la persona in un processo di auto-esplorazione per prendere contatto con le situazioni che lo bloccano e trovare strategie per superarle. Egli sarà in grado di fornire consulenze di aiuto in merito a:

- difficoltà nelle relazioni affettive, nella gestione delle relazioni familiari, nella gestione di emozioni, pensieri, percezioni e conflitti interni e/o esterni; supporto nelle fasi critiche della malattia; promozione e sviluppo della consapevolezza delle capacità personali e gestione della malattia

n. 4 **esperti di informatica**

per l'aggiornamento della Banca Dati, per la gestione del sito e per contribuire a favorire la circolazione dell'informazione tra gli operatori delle varie sedi

n. 10 **operatori volontari** di supporto a tutte le attività collaterali

n. 4 **amministrativi** per la tenuta dell'archivio, del protocollo, gestione delle presenze, codifica delle procedure e delle varie pratiche amministrative

n. varie **figure specialistiche** di volta in volta utilizzate a seconda delle esigenze. Saranno contattati in primis gli specialisti del territorio (medici, infermieri, OSS, T.d.R....) sia per le prestazioni domiciliari, che di laboratorio (incontri, gruppi di Auto Aiuto, Formazione)

#### 8.4 **RUOLO ED ATTIVITA DEI VOLONTARI DEL S.C.**

Da sempre conduciamo significative iniziative nel mondo del sociale ma ***la gratificazione ottenuta attraverso i percorsi delineati con i ragazzi del Servizio Civile è unica ed i risultati ottenuti con loro attraverso il loro impegno, la loro passione, se ben instradati, formati ed integrati, sono sorprendenti.***

#### **I giovani volontari del Servizio Civile da noi formati saranno 80**

N. **60-70 Volontari** saranno accolti presso le Famiglie selezionate e con le quali i ragazzi, a seguito di incontri precedenti, hanno concordato gli incontri e gli interventi da porre in essere, elaborati e personalizzati a seconda delle varie realtà familiari.

Tra le varie attività previste ci sarà anche la possibilità di fornire compagnia all'anziano attraverso, passeggiate, visite di o ad altri amici/ parenti, lettura di libri e/o giornali, gioco di carte o visione e commento di film o altri programmi televisivi, con il coinvolgimento di adolescenti, qualora presenti, e ai quali potrà essere fornito compagnia e sostegno all'esecuzione di facili lezioni. E' inoltre previsto, quale aiuto alle famiglie, azioni di solidarietà quali disbrigo di pratiche legate all'assistenza, ritiro di farmaci, prenotazione visite mediche, etc

Le attività dei volontari verranno monitorate costantemente da alcuni Tutor interni all'Associazione che contatteranno periodicamente sia loro che le famiglie destinatarie degli interventi per verificare l'andamento del progetto ed apportare eventuali modifiche e/o integrazioni

N. **10-20 Volontari** a turno affiancheranno di volta in volta gli operatori dell'associazione nelle attività quotidiane quali:

Call Center, Centro Ascolto, Gruppi di Auto Aiuto, aggiornamento Sito

**Il ruolo** che vorremmo assegnare ai ns giovani del Servizio Civile, è quello di principali attori del sistema: giovani **casemanager** adeguatamente formati nell'accompagnare le Famiglie attraverso :

- competenze relazionali e messaggi quali solidarietà, pazienza, comprensione, condivisione e collaborazione all'interno di famiglie stanche e stressate
- competenze tecnico professionali circa la materia sociosanitaria specifica

E' con il loro agire quotidiano, durante il servizio, che oltre a trasmettere la professionalità acquisita con la formazione, soprattutto specifica, prevista, trasfondono proprie capacità e abilità personali, ma anche la propria storia e la propria particolare sensibilità soggettiva, essendo i soggetti agenti attivi dell'azione sociale.

- 9) *Numero dei volontari da impiegare nel progetto:*
- 10) *Numero posti con vitto e alloggio:*
- 11) *Numero posti senza vitto e alloggio:*
- 12) *Numero posti con solo vitto:*
- 13) *Numero ore di servizio settimanali dei volontari, ovvero monte annuo:*
- 14) *Giorni di servizio a settimana dei volontari (minimo 5, massimo):*
- 15) *Eventuali particolari obblighi dei volontari durante il periodo di servizio:*

Flessibilità nella gestione del monte ore e, in occasioni particolari, disponibilità durante i fine settimana e giorni festivi; eventuali missioni e trasferimenti fuori dal territorio di assegnazione.  
È indispensabile una forte motivazione e sensibilità riguardo le tematiche trattate

## CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE

16) Sede/i di attuazione del progetto ed Operatori Locali di Progetto:

N.	Ente presso il quale si realizza il progetto ed a cui indirizzare le domande	Comune	Indirizzo	Cod. ident. sede	N. vol. per sede	Telefono sede	Fax sede	Personale di riferimento (cognome e nome)	Nominativi degli Operatori Locali di Progetto		
									Cognome e nome	Data di nascita	C.F.
1	AIMA Napoli ONLUS	Napoli	Via Mascagni,78 Napoli	81352	20	081/5795 280	081/5795 280	Assunta Laudati	Laudati Assunta Terracciano Alessandra Iodice Raffaella Cimmino Chiara Muzio Giulia	15/12/67 09/11/83 05/11/84 25/03/81 18/09/86	LDTSENT67T55F839Y TRRLSN83S49F839A DCIRFL84S45F839N CMMCHR81C65F839H MZUGLI86P58F839V
2	AIMA Napoli ONLUS	Napoli	Via Comunale del Principe, 16/A c/o ex Ospedale Frullone Napoli	81320	20			Fiorenza Carolina	Fiorenza Carolina L'Astorina Salvatore D'Ambrosio Irene Scafaro AnnaRita Matarozzi Roberta	21/04/80 29/07/83 02/07/80 26/02/85 01/09/88	FRNCLN80D61F83T LSTSVT83L29F839Y DMBRNI80L42F839O SCFNRT85B66F839E MTRRRT88P41F839P
3	AIMA Napoli ONLUS	S.Maria a Vico (CE)	P.zza Aragona, 17	81330	20	0823/759 518		Morgillo Barbara	Morgillo Carmen Finelli Maria Finelli Rossella Cerci Marco Sgambato Giuseppe	28/10/1972 25/09/49 30/08/80 01/05/1973 19/11/69	MRGCMN72R68B963O FNLMRA49P65H834Y FNLRLS80M70A783R CRCMRC73E01L639Y SGMGPP69S19B963X
4	AIMA Napoli ONLUS	Aversa (Ce)	Via Madonna dell'Olio Parco Iole, 142	81342	20	081/5032 904	081/5020 543	Bernarda Bukvic	Buompane Mariateresa Battista Maria De Cristofaro Mario Mennillllo Flavio De Cristofaro Giuseppina	10/01/83 01/01/1978 11/05/83 25/08/85 16/02/87	BMPMTR83A50F839F BTTMRA78A41F839B DCRMRA83E11I234Q MNNFLV85M25A512B DCRGPP87B56B963S

17) Altre figure impiegate nel Progetto:

N.	Ente presso il quale si realizza il progetto ed a cui indirizzare le domande	Comune	Indirizzo	Cod. ident. sede	N. vol. per sede	TUTOR			RESP. LOCALI ENTE ACC.		
						Cognome e nome	Data di nascita	C.F.	Cognome e nome	Data di nascita	C.F.
1	AIMA Napoli ONLUS	Napoli	Via Mascagni,78 Napoli	81352	20	Cappuccio Alessandra	16/01/79	CPPLSN79A5 6F839Y	Nuzzo Anna	31/01/61	NZZNNA61A71F 839R
2	AIMA Napoli ONLUS	Napoli	Via Comunale del Principe, 16/A c/o ex Ospedale Frullone Napoli	81320	20						
3	AIMA Napoli ONLUS	S.Maria a Vico (CE)	P.zza Aragona, 17	81330	20	Bernarda Bukvic	01/01/75	BKVBNR75A 41Z149F	Morgillo Barbara	06/09/74	MRGBBR74P46B 963Q
4	AIMA Napoli ONLUS	Aversa (CE)	Via Madonna dell'Olio Parco Iole, 142	81342	20						

18) *Eventuali attività di promozione e sensibilizzazione del servizio civile nazionale:*

Il Servizio Civile Nazionale ed il progetto ad esso correlato verrà ampiamente promosso e divulgato soprattutto mediante il sito web dell'associazione, ma anche attraverso:  
altri siti internet, manifesti, volantini, occasione di convegni, corsi di formazione, seminari, bacheche associazioni, enti scolastici e/o universitari, servizi commerciali e socio sanitari: le ore dedicate specificamente all'attività di sensibilizzazione sono quantificate in circa 30 ore

19) *Eventuali autonomi criteri e modalità di selezione dei volontari:*

Ad integrazione dei criteri di selezione indicati dall'Ufficio Nazionale del Servizio Civile si potranno prevedere colloqui per verificare competenze professionali, relazionali e predisposizione ad attività sociali e di solidarietà.

20) *Ricorso a sistemi di selezione verificati in sede di accreditamento (eventuale indicazione dell'Ente di 1^ classe dal quale è stato acquisito il servizio):*

NO

21) *Piano di monitoraggio interno per la valutazione dei risultati del progetto:*

Si rimanda alle disposizioni emanate dall'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile con la circolare del 24 Maggio 2007 Prot. UNSC 21346 /II.5 concernente: "Monitoraggio sulla Formazione generale dei volontari in servizio civile nazionale"

Pertanto, il progetto nel corso dell'anno, prevederà un piano di monitoraggio interno per il monitoraggio e la valutazione dei risultati del progetto durante tutte le fasi del progetto (**ex-ante, in itinere ed ex-post**) per valutare gli impatti a medio e lungo termine delle azioni poste in essere , dell'efficacia e dell'efficienza del progetto nel suo insieme.

Per una **buona analisi dell'andamento della gestione** sarà garantita una forte interazione tra le fasi di monitoraggio e valutazione sarà possibile verificare costantemente l'efficienza e la coerenza con gli obiettivi programmatici

Di seguito le fasi previste:

1. **INCONTRI MENSILI** con i tutor (sociologo, psicologo, assistente sociale) per monitorare l'andamento della relazione con le famiglie ed eventuali sintomi di burn out per i volontari .....

2. **INCONTRO TRIMESTRALE** realizzato dal responsabile del monitoraggio con il gruppo dei volontari, per fare il punto sulla situazione, riflettere sull'iniziativa intrapresa, e sul grado di utilità e coinvolgimento della formazione da loro percepita, analizzare eventuali problemi emersi nonché raccogliere e valutare le proposte pervenute. In queste occasioni verranno somministrati questionari di autovalutazione ad ogni singolo volontario. Cercherà, inoltre, di esplorare le motivazioni, i vissuti, i conflitti, e le problematiche emergenti dall'esperienza di servizio civile.

3. **INCONTRO FINALE** con il responsabile del monitoraggio con gli OLP, il tutor e il responsabile del servizio civile presso l'ente.

Il monitoraggio del progetto tradotto quale relazione periodica delle attività ci consentirà di supervisionare costantemente la realizzazione degli obiettivi e gli eventuali provvedimenti correttivi. Al termine dei 12 mesi tutor, volontari, responsabili e famiglie si incontreranno per un momento di valutazione finale.

I volontari durante tutto il periodo di realizzazione del progetto

potranno partecipare a seminari, convegni e corsi di aggiornamento rivolti a operatori dell'ente, relativi sia all'attività svolta che a argomenti di interesse comune.

22) *Ricorso a sistemi di monitoraggio verificati in sede di accreditamento (eventuale indicazione dell'Ente di 1^ classe dal quale è stato acquisito il servizio):*

NO

23) *Eventuali requisiti richiesti ai candidati per la partecipazione al progetto oltre quelli richiesti dalla legge 6 marzo 2001, n. 64:*

Cultura media; buone conoscenze informatiche; buone capacità relazionali.

E' titolo di maggior gradimento:

- Esperienza e/o competenza in ambito sociosanitario
- Possesso di Diploma di Scuola Media Superiore - Laurea

e/o iscrizione, almeno al II anno della facoltà di Psicologia, Sociologia, Scienze Sociali e lauree affini

- Conoscenza di lingua straniera (preferibilmente inglese)
- abilità e competenze informatiche specifiche nella raccolta ed elaborazione dati - gestione sito web.
- pregressa esperienza nel settore specifico del progetto

Si prevede di riservare, ai giovani appartenenti a fasce deboli e precisamente a giovani con basso livello di scolarizzazione (sola licenza media), una quota pari al 20% del numero dei volontari richiesti.

24) *Eventuali risorse finanziarie aggiuntive destinate in modo specifico alla realizzazione del progetto*

Il costo relativo all'organizzazione che supporta il progetto (Centro Ascolto, segreteria, postazioni informatiche, Gruppi di Auto Aiuto, docenti, tutor, tecnici d'accoglienza, , materiale didattico etc...) è a carico dell'associazione con risorse finanziarie pari ad almeno

15.000 Euro tra cui Euro 2000 per la gestione del sito web dell'associazione e in particolare di una sezione specifica dedicata al progetto ed alla pubblicizzazione dei risultati - Euro 4000 per l'acquisto di n. 2 postazione informatica dedicata – Euro 2000 per la gestione della Banca dati - Euro 6000 per le consulenze nell'ambito delle attività di formazione specifica e per gli esperti che oltre agli OLP accompagneranno i volontari nel loro percorso progettuale – Spese varie

25) *Eventuali copromotori e partners del progetto con la specifica del ruolo concreto rivestito dagli stessi all'interno del progetto:*

Nella prospettiva di un sistema integrato di protezione sociale attiva il progetto prevede la realizzazione delle attività ed il raggiungimento dei risultati con la partnership di alcuni enti ad alta rilevanza socio-sanitaria presenti sul territorio cittadino. La collaborazione con tali

Enti si rende indispensabile per la complessità dei bisogni che dovremo affrontare nell'ambito della nostra progettualità.

Interlocutori principali saranno, pertanto:

Il Comune di Napoli ed in particolare l'Assessorato alle Politiche

Sociali, l'ASL NA 1, le Municipalità III – V – VIII – X - del Comune di Napoli – Le Associazioni dei Medici di Medicina Generale -sede di Napoli – L'Università degli Studi di Napoli Federico II ed Università degli Studi di Napoli Federico II Polo delle Scienze Umane e Sociali Facoltà di Sociologia – Università degli Studi di Napoli Federico II Polo delle Scienze Umane e Sociali Facoltà di Scienze Sociali (protocolli allegati)

26) *Risorse tecniche e strumentali necessarie per l'attuazione del progetto:*

**Per l'attuazione del progetto l'Ente si avvarrà di 4 sedi due a Napoli , due a Caserta**

L'Ente dispone per ogni sede, strutture, risorse tecniche e strumentali atte a garantire efficacia nella realizzazione del progetto, come indicato dal bando.

Ogni sede è dotata di:

- segreteria;
- postazione informatica (computer collegato in rete – stampante...etc) per la raccolta ed elaborazione dei dati
- telefono, fax,
- duplicatore per la produzione di materiale informativo specifico
- video proiettore e lavagna luminosa per le attività di formazione generale e specifica
- aule per le attività di formazione specifica (attività d'aula e

simulazioni)

- macchina fotografica digitale per raccogliere momenti ed attività del percorso progettuale
- personale esperto dedicato così come specificato al punto 8.3
- posta elettronica per collegamenti con la sede centrale dell'Associazione e/o con la sede Nazionale/Regionale del Servizio Civile
- sito web: [www.aimanapoli.it](http://www.aimanapoli.it)
- posta elettronica: indirizzo e mail [info@aimanapoli.it](mailto:info@aimanapoli.it)
- archivi condivisi - Protocollo informatico
- personale esperto dedicato così come specificato al punto 8.3

E' prevista, inoltre, per rendere sempre più funzionale i collegamenti fra le strutture, l'implementazione di una piattaforma intranet per la condivisione delle informazioni.

**Ogni struttura è gestita inoltre da 2 operatori che hanno sviluppate competenze:**

1. Informatiche: per disegnare una struttura tecnologica di supporto
2. giuridiche: per tutte le questioni legate all'uso della firma digitale, alla privacy e agli aspetti giuridici della sicurezza delle reti  
archivistiche: in particolare per le questioni connesse alla conservazione nel tempo dei documenti digitali
3. comunicative: per la gestione della comunicazione interna ed esterna

Per quanto riguarda la circolazione del flusso di informazioni tra le

diverse strutture dell'ente in materia di servizio civile nazionale essa è convogliata in una rete strutturata di canali di divulgazione, così come descritto in sede di accreditamento, in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata.

Per essere il più possibile efficace, la rete di comunicazione interna e la produzione di contenuti sarà precedentemente pianificata e coordinata in modo da raggiungere un maggior grado di coordinamento delle funzioni della comunicazione.

#### **I passaggi principali:**

##### **d) Creare un ambiente favorevole**

Risulta fondamentale quindi affrontare l'avvio di una rete di comunicazione interna senza prescindere da un costante sforzo di **informazione**, condividendo fin da subito con tutto il personale "cosa" si sta avviando, in modo da sviluppare un diffuso grado di sensibilità al progetto; l'effetto sarà di ottenere una più estesa partecipazione alla nuova avventura. La comunicazione interna sarà un'ulteriore **opportunità** per i singoli dipendenti e per la struttura stessa. Il servizio di comunicazione interna non deve essere in alcun modo percepito come un'incombenza in più. Oltre alla costante

informazione sull'avanzamento del progetto, al coinvolgimento e all'idea della comunicazione interna come opportunità è importante lavorare anche sulla legittimazione. Questa deve raggiungere un grado di legittimazione sufficiente ad avviare la costituzione della rete interna con la minor conflittualità possibile. Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono gli sforzi di informazione e partecipazione esposti in precedenza.

#### **e) Adottare i passaggi fondamentali**

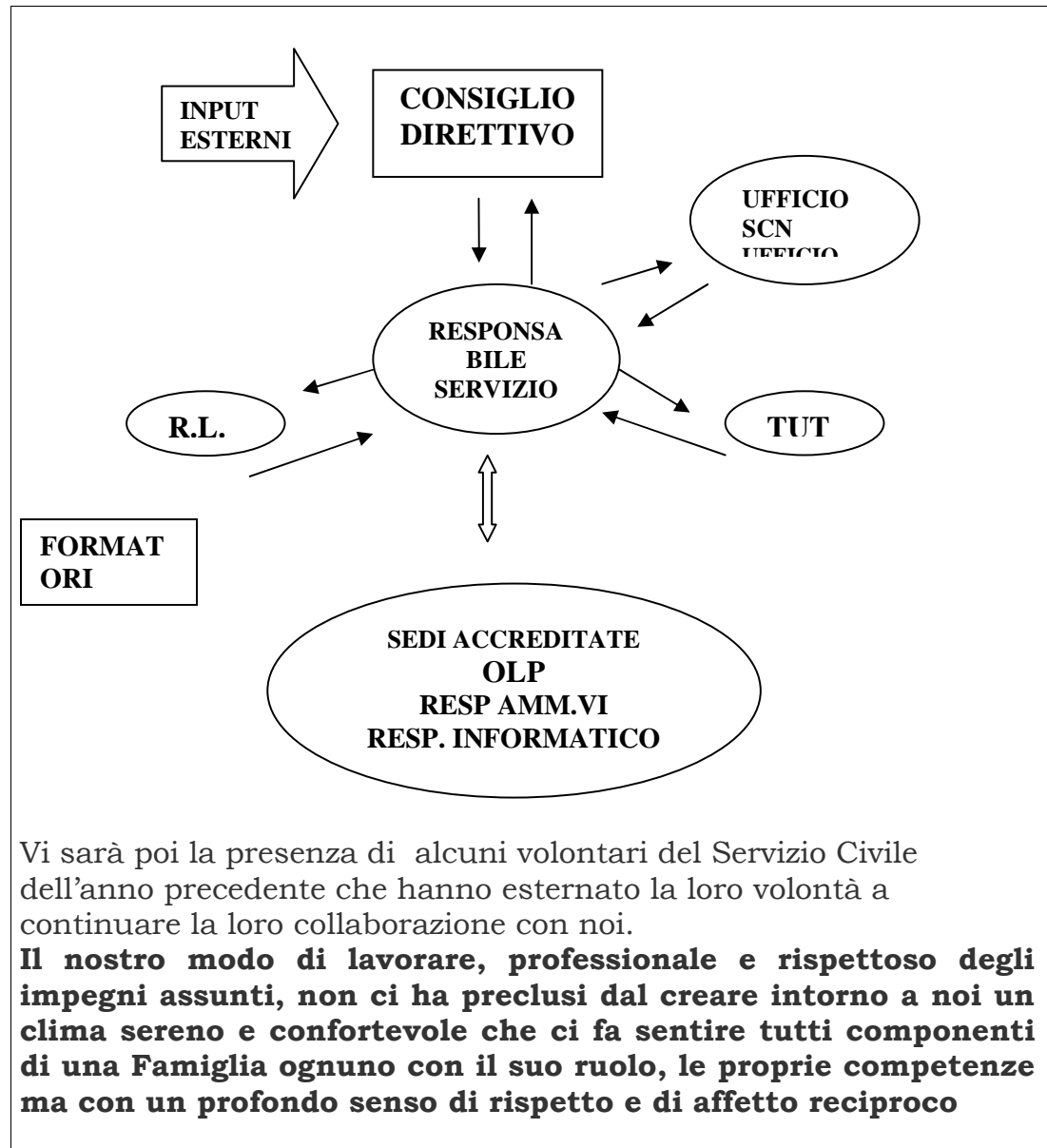
Dal punto di vista dell'implementazione, si illustrano i seguenti passaggi:

1. **Gruppo di lavoro** dedicato al progetto di avvio della rete di informazione interna
2. Individuazione **del soggetto** (persona/ufficio) che si occuperà materialmente della gestione del servizio
3. **Rete di collaboratori** che copra l'intera struttura dell'ente, vero passaggio di snodo per poter ottenere una rete informativa attendibile e tempestiva e per attivare e regolamentare i canali dedicati alla comunicazione interna.
- 4) Elaborazione del **piano di comunicazione interna.**

## **La scelta degli strumenti**

Una delle parti del processo di costituzione riguarda l'attivazione o l'utilizzo di canali già presenti da riconvertire o adeguare al nuovo uso. Vi sono vari strumenti di comunicazione che possono essere usati per la comunicazione interna destinata al coordinamento dei volontari del Servizio Civile , alcuni di questi possono appartenere a queste tipologie:

- scritti, lettere circolari, questionari, interviste, vademecum
- parlati, incontri, riunioni, focus group, interviste
- visivi, cartellonistica, bacheche
- tecnologici, telefono, posta elettronica intranet/sito, newsletter



## **CARATTERISTICHE DELLE CONOSCENZE ACQUISIBILI**

27) *Eventuali crediti formativi riconosciuti:*

L'Associazione alla fine dell'anno di Servizio Civile rilascerà un attestato ai volontari che nell'ambito delle attività svolte avranno acquisito esperienze specifiche valide per crediti formativi riconosciuti in ambito di pubbliche amministrazioni. Protocollo d'intesa con Università Federico II di Napoli ed anche nello specifico con il Polo delle Scienze Umane e Sociali - Facoltà di Sociologia che riconosce CFU agli studenti che svolgono il Servizio Civile presso l'Associazione.

L'AIMA promuove momenti di formazione con crediti ECM ai quali è prevista la partecipazione a spese dell'Ente dei volontari.

28) *Eventuali tirocini riconosciuti :*

Protocolli d'intesa con:  
Università Federico II Facoltà di Scienze Sociali;  
Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Napoli,  
ASL NA 1  
Municipalità III – V – VIII – X del Comune di Napoli

29) *Competenze e professionalità acquisibili dai volontari durante l'espletamento del servizio, certificabili e validi ai fini del curriculum vitae:*

Durante il servizio, i giovani seguiranno i percorsi formativi matureranno le esperienze professionali indicate nel progetto.

Nell'ambito del progetto ed in relazione alle attività previste, i volontari acquisiranno le competenze professionali di seguito indicate:

- Organizzazione dei servizi socio-assistenziali
- Conoscenze delle normative e delle leggi relative all'associazionismo e ai servizi sociali : **L.R. 328/2000;**
- Stato dei servizi sociali sul territorio di riferimento;
- Gli Enti preposti ai servizi socio-assistenziali;
- Metodologie e tecniche della ricerca sociale

- Capacità di Counseling
- Modalità di approccio relazionale nei confronti di persone anziane e/o fragili
- Somministrazione TEST
- Analisi dei dati
- Approccio alla multidisciplinarietà
- Competenze per l'organizzazione di eventi, meeting.....

I volontari, attraverso le specifiche esperienze espletando il servizio civile, acquisiranno conoscenze che riguardano le varie patologie di soggetti coinvolti nelle attività, avranno, attraverso la formazione e lo sviluppo delle attività una serie di informazioni che implicano un miglioramento su alcune tematiche come l'organizzazione di eventi e di manifestazioni, e disporranno di una serie di formatori in grado di trasferire loro specifiche conoscenze in ambito socio-assistenziale. Esperienze valide e riconosciute per un curriculum vitae. L'Associazione rilascerà i relativi attestati

## Formazione generale dei volontari

30) *Sede di realizzazione:*

denominazione	indirizzo	Comune
A.I.M.A. Napoli Frullone	Via Comunale del Principe, 16/A	Napoli
A.I.M.A. Napoli Mascagni	Via Mascagni, 78	Napoli
A.I.M.A. Napoli Caserta	P.zza Aragona, 17	S. Maria a Vico, (CE)
A.I.M.A. Napoli Gerovit	Via Madonna dell'Olio P.co Iole 142	Aversa (CE)

31) *Modalità di attuazione:*

La FORMAZIONE GENERALE **per un totale complessivo di 60 ore** prevede un ciclo di DIECI momenti di incontro diretto con tutti i volontari impegnati nel servizio civile per un numero totale di 60 ore. L'elaborazione dei moduli formativi è stata guidata dalla consapevolezza che le tematiche trattate nella formazione generale del SC, quali la relazione tra identità e diversità, il concetto di gruppo e delle sue dinamiche, il significato di cittadinanza attiva o la gestione dei conflitti, sono argomenti di cui tutti hanno pre-

conoscenze, convincimenti e opinioni, è quindi importante che i momenti formativi offrano innanzitutto un clima favorevole al confronto e allo scambio, alla messa in gioco dei partecipanti al fine di permettere a ciascuno di esprimere il proprio punto di vista e le proprie opinioni esplicitandole innanzitutto a se stessi. Per questo particolare importanza viene riconosciuta al lavoro di gruppo, attraverso il quale si favorisce la socializzazione e si offre a ciascun partecipante maggiori possibilità di espressione.

Un tale clima di lavoro va costruito poco per volta, esso infatti presuppone fiducia e soprattutto sicurezza di trovarsi in un ambiente nel quale il giudizio sia nei limiti del possibile sospeso.

Il formatore è dunque chiamato a svolgere il delicato compito di **moderatore e facilitatore** del dialogo maturo tra individui. Egli pertanto è il primo che nel trattare le varie argomentazioni deve riuscire a mantenere un atteggiamento imparziale e aperto in grado di accogliere le opinioni di tutti. . Inoltre si è data l'opportunità di aprire spazi di riflessione sul senso della volontarietà e dell'impegno lavorativo all'interno della società e della comunità in cui il volontario/cittadino è inserito.

32) *Ricorso a sistemi di formazione verificati in sede di accreditamento ed eventuale indicazione dell'Ente di 1^ classe dal quale è stato acquisito il servizio:*

NO

33) *Tecniche e metodologie di realizzazione previste:*

La metodologia adottata nella formazione è di tipo misto, con particolare prevalenza assegnata alle tecniche di partecipazione attiva attraverso l'utilizzo di: brainstorming, giochi di ruolo, discussioni aperte, momenti di autovalutazione, simulazioni, problem solving, ecc.

Obiettivo primario del nostro ciclo formativo è dunque quello di poter fornire conoscenze, competenze e strumenti che i volontari in SCN possano sfruttare per aumentare la qualità e la consapevolezza nello svolgimento del proprio compito. Inoltre si vuole dare l'opportunità di aprire spazi di riflessione sul senso della volontarietà e dell'impegno lavorativo all'interno della società e della comunità in cui il

volontario/cittadino è inserito.

Oltre alla trasmissione di contenuti e valori importanti, gli obiettivi principali trasversali a tutti gli argomenti della formazione che abbiamo individuato sono in sintesi i seguenti:

- favorire un buon clima di gruppo;
- creare condizioni favorevoli al confronto e allo scambio;
- favorire la consapevolezza della pluralità dei progetti di SCV attraverso l'esperienze di altri;
- fornire degli spazi di discussione su tematiche attuali, su temi sociali che coinvolgono tutti al fine di sviluppare interesse e accrescere nei giovani la partecipazione attiva alla vita della società.

Tecniche di attuazione :

Lavagne luminose, lezioni frontali, interattive, di gruppo, feedback

34) *Contenuti della formazione:*

- L'identità del gruppo informazione
- Nascita del Servizio Civile Nazionale – dall'obiezione di coscienza al servizio civile: evoluzione storica, affinità e differenze
- La normativa vigente e la Carta di impegno etico
- Il concetto di Patria: il dovere di difesa della patria

- il Modello di difesa civile della Patria non armato e non violento
- L'UNSC
- Le strutture del SNC
- La protezione civile
- La non violenza
- Diritti e doveri del volontario
- Educazione alla pace e diritti umani
- La solidarietà e le forme di cittadinanza
- Il senso dell'appartenenza: dalle competenze sociali alla cittadinanza responsabile
- - Il terzo settore; la storia dell'Associazione: caratteristiche specifiche, modalità organizzative ed operative
- Il lavoro per progetti

35) *Durata:*

60 ORE

## Formazione specifica (relativa al singolo progetto) dei volontari

36) *Sede di realizzazione:*

denominazione	indirizzo	Comune
A.I.M.A. Napoli Frullone	Via Comunale del Principe, 16/A	Napoli
A.I.M.A. Napoli Mascagni	Via Mascagni, 78	Napoli
A.I.M.A. Napoli Caserta	P.zza Aragona, 17	S. Maria a Vico, (CE)
A.I.M.A. Napoli Gerovit	Via Madonna dell'Olio P.co Iole 142	Aversa (CE)

37) *Modalità di attuazione:*

In proprio presso l'Ente

Formazione diretta attraverso giornate seminariali stage e tirocini specifici e formazione in aula e/o a distanza su specifici argomenti, quesiti o particolari dinamiche che dovessero insorgere durante lo svolgimento del progetto con contatti web e siti di comunicazione.

Aggiornamenti attraverso il sito dell'Ente.

38) *Nominativo/i e dati anagrafici del/i formatore/i:*

NUZZO	ANNA	Napoli 31/01/61		NZZNNA61A71F839R
VECCHIONE	NUNZIA	Napoli 12/01/66		VCCNNZ66A52F839Z
CASTALDO	ANGELO	Napoli 22/11/54		CSTNGL54S22F839E
IAVARONE	ALESSAN DRO	Napoli 28/01/62		VRNLSN62A28F839O

39) *Competenze specifiche del/i formatore/i:*

Mediche, Sociali, Sociologiche, Psicologiche.

40) *Tecniche e metodologie di realizzazione previste:*

La metodologia prevista è quella relativa alle metodologie didattiche di ricerca d'aula che facilitano la produzione e l'uso di informazioni, già esistenti o acquisibili in itinere.

Attraverso tali metodologie sarà possibile:

- utilizzare l'esperienza e le conoscenze di ogni discente quale

materiale formativo su cui discutere

- utilizzare strumenti tecnici, per l'approfondimento e l'elaborazione delle esperienze dei partecipanti, legati alle metodologie di ricerca delle scienze umane (metodo dei casi, metodologie simulative, esercitazioni analogiche, esercitazioni qui ed ora).

Con i seguenti vantaggi:

l'apprendimento avvenuto in sede formativa permette un'immediata e facile trasferibilità nella quotidianità;

- l' apprendimento sarà visibile ed utilizzabile in maniera integrata, interattiva tra i formatori e i partecipanti sia sul piano teorico che pratico
- la possibilità di lavorare su problematiche sociali interessanti per formatori e partecipanti

La metodologia utilizzata per la valutazione è quella del focus-group

41) *Contenuti della formazione:*

Gli aspetti caratterizzanti della formazione rivolta ai volontari in servizio civile è quella di dare una serie di conoscenze che consentano di rispondere concretamente alle varie esigenze d'intervento che si rendono necessarie durante lo svolgimento del servizio e che possono essere anche caratterizzanti per l'acquisizione di conoscenze in grado di essere trasferite in futuro anche in ambito di una formazione professionale in grado di poter essere pregnante per un futuro impegno lavorativo, quindi si incentrerà in particolare:

- presentazione del corso; verifica motivazionale di gruppo;
- elementi di contesto: nozioni sul funzionamento delle associazioni e degli Enti di assistenza sociale e sulle leggi che ne disciplinano le attività;

- formazione specifica alle attività inerenti il progetto;
- modalità di approccio ai destinatari degli interventi – empatia, collusione, simmetria; ruolo del/della giovane in servizio civile volontario – responsabilità oggettive, riservatezza, competenza, la cittadinanza sociale, la formazione; il Sé personale e il Sé professionale – le storie dei destinatari, il coinvolgimento emotivo, l'autobiografia formativa; le relazioni istituzionali, le relazioni tra “colleghi”; esercitazioni di gruppo – simulate, il gioco e le relazioni interpersonali, prove di valutazione e autovalutazione del percorso formativo;
- costruire un progetto di servizio civile; valutazione del percorso svolto e somministrazione del questionario finale.

#### **I Modulo: Sociale/ Anna Nuzzo**

- La famiglia e La relazione d'aiuto
- Concetti generali di umanizzazione
- Conoscenze giuridiche e norme che tutelano i diritti del cittadino e della Famiglia
- Conoscenze giuridiche e norme che regolano l'organizzazione associazionistica, gli enti di promozione sociale e le attività socio-assistenziali in Italia.
- Il nuovo assetto dello stato sociale;
- Le strutture Sociosanitarie presenti sul territorio;
- La legislazione a sostegno delle categorie disagiate Interventi socio-sanitari nella Regione Campania

## **II Modulo psicologico/ N. Vecchione**

- Fasi evolutive: la vita adulta e l'invecchiamento.
- La diversità: disabilità e malattie invalidanti;
- Il colloquio clinico;
- La depressione in età geriatrica;

## **III Modulo medico/ Iavarone/Castaldo**

- L'anziano
- Il malato terminale
- Le malattie cronico degenerative
- La Malattia d'Alzheimer
- Le altre forme di demenza
- Prevenzione e Terza età
- Interventi farmacologici
- Interventi riabilitativi

42) *Durata:*

90 ore

## **Altri elementi della formazione**

43) *Modalità di monitoraggio del piano di formazione (generale e specifica) predisposto:*

Il monitoraggio delle attività formative servirà a garantire il raggiungimento degli obiettivi attraverso incontri di verifiche di gruppo realizzate sia con i responsabili che con i volontari.

- ⇒ gli incontri di verifica dell'andamento del progetto affrontano i problemi che si sono venuti a creare attraverso metodologie di dinamiche di gruppo e di problem-solving e consentono di stendere le relazioni individuali di fine servizio per ogni volontario.
- ⇒ la cadenza periodica degli incontri di verifica è di 4 incontri minimi durante l'anno.
- ⇒ sulla base degli scostamenti relativi al raggiungimento dei singoli obiettivi il gruppo ridefinisce la tempistica e la scomposizione del lavoro.

Vi sarà una contemporanea presenza, poi, di una doppia tipologia di rilevazione (questionari e *self-test*) e di un complesso set di restituzioni attese (grado di apprendimento raggiunto, gradimento dell'esperienza formativa, bilancio delle competenze necessita di un'ottica valutativa efficiente, efficace ed innovativa. Verranno, pertanto, trasformati i dati del monitoraggio (sia quantitativi che

qualitativi) in “scelte prioritarie”, atte ad orientare le successive fasi di valutazione e la riprogettazione del percorso formativo.

Il monitoraggio avviene attraverso strumenti misti (ossia test a risposta multipla on line, questionari di customer satisfaction, rilevamento attraverso interviste sul campo, a cura degli OLP e dei ns Sociologi

Le analisi dei dati (intermedie e finali) e la riprogettazione avvengono, sempre a cura del ns Staff (Sociologi – informatici) con metodologie proprie del tutoraggio anche on line (protocolli di statistica, strumenti di networking come forum e chat) e della valutazione comparata (swot analysis)

Il monitoraggio della formazione sarà rilevato attraverso un percorso di rilevazione periodica delle competenze acquisite dal volontario, in termini di conoscenze e di abilità.

Data, Napoli 29/10/2008

Il Progettista  
Dr.ssa Caterina Musella

Il Responsabile legale dell'ente/ Il Responsabile del Servizio Civile Nazionale  
Dr.ssa Caterina Musella



