

PNRR MISSIONE 5 COMPONENTE 3 INVESTIMENTO 1.1.1
SERVIZI E INFRASTRUTTURE SOCIALI DI COMUNITÀ

RIDISEGNARE IL WELFARE DI PROSSIMITÀ

RELAZIONE CONCLUSIVA SULLE AZIONI DI ETNOPSICHIATRIA, ASSISTENZA
DOMICILIARE IN TELEMEDICINA, CENTRO DIURNO PER DISABILI E INFERMIERE
DI COMUNITÀ NEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D38 – PNRR MISSIONE 5



INDICE

Introduzione

Sezione 1 - Azione 2: Il Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica

Capitolo primo: Inquadramento generale dell’Azione 2

1.1 Identità e finalità del servizio

1.2 I destinatari del servizio

Capitolo secondo: L’Ambulatorio di Etnopsichiatria

2.1 Organizzazione dell’ambulatorio

2.2 Organigramma del personale

2.3 Servizi offerti

2.4 Modalità di accesso

Capitolo terzo: Linee metodologiche di intervento

3.1 Il modello teorico di riferimento

3.2 La metodologia di intervento

3.3 Le strategie di intervento: la mappatura del territorio, le strategie promozionali e la collaborazione con la rete dei servizi

3.4 L’attivazione dei laboratori espressivo relazionali

3.5 I dispositivi di intervento: il colloquio clinico e i laboratori espressivo relazionali

3.6 Il monitoraggio e la documentazione

Capitolo quarto: Risultati Raggiunti

4.1 Risultati a confronto: Anno 2023, Anno 2024, Anno 2025

Capitolo quinto: Volti, gesti e luoghi: documentazione fotografica del Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica

5.1 Il servizio in immagini: l’équipe multidisciplinare, le strategie promozionali e la collaborazione con la rete dei servizi del territorio

5.2 I laboratori espressivo relazionali

5.3 Storie di resilienza: la realizzazione di un cortometraggio per Lo Spiraglio Filmfest 2025

5.4 Voci dal servizio: testimonianze degli utenti

Sezione 2 - Azione 5: Il Servizio di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria in Telemedicina

Capitolo primo: Inquadramento generale dell’Azione 5

1.1 Identità e finalità del servizio

1.2 I destinatari del servizio

1.3 Le linee guida della telemedicina – AGENAS

Capitolo secondo: Struttura del servizio

- 2.1 Organizzazione del servizio
- 2.2 La centrale di telemedicina
- 2.3 La piattaforma informatica
- 2.4 Organigramma del personale
- 2.5 Servizi offerti
- 2.6 Il Protocollo d'Intesa con il Distretto Socio Sanitario n.38

Capitolo terzo: Linee metodologiche di intervento

- 3.1 Il modello teorico di riferimento
- 3.2 Elementi costitutivi del servizio

Capitolo quarto: Il Programma di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria in Telemedicina

- 4.1 Dettaglio dei servizi offerti ad un campione di 400 pazienti per il biennio
- 4.2 Dettaglio dei servizi ulteriori definiti "pacchetto aggiuntivo"

Capitolo quinto: Risultati Raggiunti

- 5.1 Risultati a confronto: Anno 2023, Anno 2024, Anno 2025

Capitolo sesto: Volti, gesti e luoghi: documentazione fotografica del Servizio di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria in Telemedicina

- 6.1 Il servizio in immagini: il gruppo di lavoro e gli utenti, insieme per prendersi cura
- 6.2 Il servizio in azione: immagini e momenti dell'assistenza domiciliare
- 6.3 Storie di prevenzione: le vite salvate di A. e C.

Sezione 3 - Azione 7: Il Centro Diurno per Disabili

Capitolo primo: Inquadramento generale dell'Azione 7

- 1.1 Identità e finalità del servizio
- 1.2 I destinatari del servizio

Capitolo secondo: Il centro diurno

- 2.1 Organizzazione della struttura
- 2.2 Organigramma del personale
- 2.3 Servizi offerti
- 2.4 Modalità di accesso
- 2.5 Dimissioni
- 2.6 Tutela dei diritti delle persone assistite

Capitolo terzo: Linee metodologiche di intervento

- 3.1 Il modello teorico di riferimento
- 3.2 La metodologia di intervento

3.3 Le strategie di intervento: l'intesa con la famiglia e la collaborazione con la rete dei servizi

3.4 Il monitoraggio e la documentazione

Capitolo quarto: Risultati Raggiunti

4.1 Risultati a confronto: Anno 2023, Anno 2024, Anno 2025

Capitolo quinto: Volti, gesti e luoghi: documentazione fotografica del Servizio Centro Diurno per Disabili

5.1 Il Servizio in immagini: operatori e utenti, protagonisti di un percorso condiviso

5.2 Storie di resilienza: la rappresentazione teatrale presso il Cinema Ideal di Lercara Friddi

Sezione 4 - Azione 6: Il Servizio di Infermiere di Comunità

Capitolo primo: Inquadramento generale dell'Azione 6

1.1 Identità e finalità del servizio

1.2 I destinatari del servizio

Capitolo secondo: Struttura del servizio

2.1 Organizzazione del servizio

2.2 Organigramma del personale

2.3 Servizi offerti

2.4 Collaborazioni attive

2.5 Il Progetto di Educazione Alimentare presso l'Istituto Comprensivo 'Alfonso Giordano'

2.6 Modalità di accesso

2.7 Dimissioni dalla presa in carico

Capitolo terzo: Linee metodologiche di intervento

3.1 Il modello teorico di riferimento

3.2 La metodologia di intervento

3.3 Le strategie di intervento: la mappatura territoriale, le strategie promozionali e la collaborazione con la rete dei servizi

3.4 Gli impianti di intervento

3.5 Il monitoraggio e la documentazione

Capitolo quarto: Risultati Raggiunti

4.1 Risultati a confronto: Anno 2024, Anno 2025

Capitolo quinto: Volti, gesti e luoghi: documentazione fotografica del Servizio Infermiere di Comunità

5.1 Il servizio in azione. Dal territorio alla prevenzione: prossimità e salute

5.2 Storie di prevenzione: il Progetto di Educazione Alimentare presso l'Istituto Comprensivo 'Alfonso Giordano'

Introduzione

Il progetto “Istituzione di un servizio di etnopsichiatria ed azioni di supporto rivolto in particolare a profughi in fuga dalle guerre (nuclei familiari, donne, bambini), centro disabili diurno, infermiere di comunità e servizio di assistenza socio sanitaria”, finanziato nell’ambito della Missione 5 “Inclusione e Coesione”, Componente 3, Investimento 1, Linea di intervento 1.1.1 del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), ha come soggetto beneficiario il Distretto Socio Sanitario D38 (Comune capofila - Lercara Friddi).

Avviato il 1° luglio 2023 e con durata prevista fino a dicembre 2025, il progetto ha previsto la realizzazione di diverse azioni progettuali, attivate in ordine temporale come segue:

- Azione 2: istituzione di un Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica, conclusasi il 31 dicembre 2025;
- Azione 5: istituzione di un Servizio di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria in Telemedicina, conclusasi il 30 settembre 2025;
- Azione 7: istituzione di un Centro Diurno per Disabili, conclusasi il 31 dicembre 2024;
- Azione 6: istituzione di un Servizio di Infermiere di Comunità, conclusasi il 31 dicembre 2025;
- Azione 4: istituzione di Servizi di Supporto socio-assistenziale, comprensivi di Comunità Alloggio per persone con disabilità psichica e di interventi finalizzati al reinserimento sociale e all’autonomia personale, rivolti a soggetti fragili presi in carico dai servizi territoriali,

Queste azioni hanno permesso, nel breve periodo, di fornire prestazioni di etnopsichiatria rivolte a profughi provenienti da aree di guerra o svantaggiate, avviare un servizio di assistenza domiciliare socio sanitaria in telemedicina, strutturare uno spazio dedicato ai bisogni socio-assistenziali di persone con disabilità, attivare un servizio specialistico di assistenza infermieristica domiciliare e, infine, realizzare attività di assistenza e servizi di trattamento, cura e riabilitazione psico-sociale, finalizzati al potenziamento dell’autonomia

personale e al reinserimento sociale di persone con disabilità psichica, prese in carico dai servizi territoriali.

I servizi erogati, caratterizzati da un elevato grado di innovazione, hanno rafforzato la capacità di risposta sociale di un'ampia porzione del territorio siciliano, portando il progetto del Distretto Socio Sanitario D38 a posizionarsi al tredicesimo posto su oltre duemila progetti nazionali presentati.

Questo importante risultato nasce dalla stretta collaborazione tra il Distretto Socio Sanitario D38 e i Comuni coinvolti, Lercara Friddi (capofila), Alia, Castronovo di Sicilia, Palazzo Adriano, Prizzi, Roccapalumba e Vicari, grazie anche al ruolo chiave svolto dal Consorzio Umana Solidarietà s.c.s. e dalla Cooperativa Il Melograno nella realizzazione e nella condivisione degli obiettivi progettuali.

Paolo Ragusa, coordinatore del Consorzio Umana Solidarietà e presidente nazionale di ANCOS UNCI, ha sottolineato l'importanza del progetto, affermando *“si tratta di un progetto importante che ridisegna il welfare del territorio, amplia l'offerta dei servizi e potenzia il sistema di protezione sociale a beneficio dei cittadini più deboli, promuovendo nel contempo le azioni di empowerment delle persone e delle comunità. La cooperazione sociale, gli enti del Terzo settore e il Consorzio Umana Solidarietà sono diventate oggi motore di un'iniziativa che può migliorare la qualità della vita dei cittadini e determinare delle azioni di cambiamento”*.

Sezione 1

AZIONE 2

Il Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica

Capitolo primo: Inquadramento generale dell’Azione 2

1.1 Identità e finalità del servizio

Il Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica costituisce il primo dei cinque interventi previsti dal Progetto “Istituzione di un Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica destinato ai profughi in fuga dalle guerre (nuclei familiari, donne e bambini), Centro Disabili Diurno, Infermiere di Comunità e Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Sanitaria”, finanziato nell’ambito della Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 3 “Interventi speciali per la coesione territoriale”, Investimento 1 “Strategia nazionale per le aree interne”, Linea di intervento 1.1.1 “Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità” del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)”, con soggetto beneficiario il Distretto Socio Sanitario D38, con capofila il Comune di Lercara Friddi.

Avviato il 1° luglio 2023, in collaborazione con il Consorzio Umana Solidarietà e la Cooperativa “Il Melograno” come soggetti attuatori, il Servizio si è proposto di affrontare il complesso fenomeno del disagio mentale tra i migranti. La sua missione è stata quella di guardare alla persona migrante con vulnerabilità psichica adottando prospettive, linguaggi e approcci culturali differenti, capaci di offrire modalità alternative di cura.

I destinatari del servizio sono stati i cittadini dei Paesi non comunitari, con disagio psicologico/psichiatrico, in particolare i profughi in fuga dalle guerre, inclusi nuclei familiari, donne e bambini.

Infatti, se in generale il fenomeno migratorio può essere fonte di una profonda sofferenza psichica dovuta a molteplici fattori quali la lontananza dal paese di origine, i distacchi familiari, le difficoltà d’integrazione, l’esclusione sociale, la discriminazione razziale, le migrazioni “forzate”, causate da guerre, persecuzioni, cambiamenti climatici e fame, aggravano queste sofferenze a causa di maltrattamenti, violenze, carcerazioni, stupri, ed elevato rischio di morte durante il viaggio, finendo per minare il benessere

psico-fisico della persona. Tali esperienze lasciano cicatrici fisiche e psichiche profonde, talvolta non adeguatamente riconosciute né trattate.

Il complicato inserimento nel Paese di accoglienza, le differenze culturali e le difficoltà dei professionisti che devono gestire queste situazioni rendono difficile individuare e definire correttamente le più specifiche terapie a supporto di questi casi. Inoltre, spesso gli operatori dei centri di accoglienza gestiscono questi casi appoggiandosi ai Servizi Sanitari Territoriali, che tuttavia, pur impegnati, presentano significative difficoltà nell'assistenza di questa particolare tipologia di utenza. Si pensi alle limitate risorse allocate per il coinvolgimento di consulenti in ambito socio-antropologico e per garantire adeguati interventi di supervisione, alla tendenza a privilegiare una visita medica finalizzata esclusivamente alla valutazione delle condizioni fisiche, in particolare all'esclusione di malattie infettive, piuttosto che a un inquadramento delle condizioni psico-fisiche all'interno di percorsi multidisciplinari integrati, nonché al duplice pregiudizio che grava sull'etnopsichiatria, ovvero da un lato, lo stigma associato alla malattia mentale; dall'altro, il pregiudizio verso la persona migrante, percepita come portatrice di *un'alterità perturbante*, difficile da accogliere e da comprendere.

Pertanto, in linea con le *“Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”* del Ministero della Salute (marzo 2017), e in considerazione delle trasformazioni socio-demografiche in atto sul territorio, correlate all'incremento della presenza di cittadini stranieri e alla conseguente maggiore eterogeneità e complessità dei bisogni espressi dalla popolazione, il Servizio di Etnopsichiatria si è strutturato come *strumento di potenziamento del Sistema Sanitario Territoriale* per affrontare il disagio mentale dei migranti, attraverso l'attivazione di un Ambulatorio di Etnopsichiatria nel Comune di Lercara Friddi.

Presso l'Ambulatorio, all'interno di un *setting di lavoro transculturale*, l'*équipe multidisciplinare* ha attivato *percorsi di cura integrati e continuativi*, garantendo interventi psichiatrici, farmacologici, psicologici e psicoterapici, nonché la partecipazione a programmi riabilitativi strutturati (attività di gruppo, laboratori, interventi psico-educativi). L'offerta di *assistenza ambulatoriale* ha contribuito alla riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al pronto soccorso, assicurando una presa in carico della persona migrante secondo un *approccio bio-psico-sociale*.

Il Servizio di Etnopsichiatria tuttavia ha adottato una *progettualità dinamica e flessibile*, orientata all’interazione con il contesto territoriale e all’integrazione con le realtà locali. Nel dettaglio, in una fase preliminare, l’équipe multidisciplinare ha condotto *un’attività di mappatura del territorio* finalizzata all’individuazione degli stakeholder rilevanti, quindi ha attivato *azioni di promozione del servizio*, attraverso la partecipazione a tavoli tematici sull’accoglienza, l’organizzazione di incontri con le realtà di accoglienza del territorio e la produzione di materiali informativi (biglietti, volantini, brochure), tradotti anche in lingua araba, volti a favorire la conoscenza dell’Ambulatorio di Etnopsichiatria e dei servizi erogati. A seguire, sono stati implementati *diversi laboratori* con finalità di promozione dell’integrazione interculturale, rafforzamento delle competenze relazionali e facilitazione della narrazione individuale da parte dei beneficiari accolti nelle strutture del territorio. L’intervento si è quindi articolato nella *strutturazione di uno spazio gruppale* dedicato al dialogo, al confronto e all’ascolto attivo, alla condivisione delle emozioni e delle esperienze personali, all’acquisizione e sperimentazione di abilità sociali, nonché al potenziamento delle risorse individuali e del benessere psicosociale. La condivisione in un contesto strutturato ha favorito la creazione di un clima di fiducia e accoglienza, incoraggiando un ascolto empatico e non giudicante, con ricadute positive sulle dinamiche relazionali e la possibilità di far emergere fragilità precedentemente inespresse. Tali fragilità si sono progressivamente tradotte in esplicite richieste di aiuto e supporto, evolvendosi in *percorsi di presa in carico presso l’Ambulatorio di Etnopsichiatria*.

Altresì, il Servizio di Etnopsichiatria, finalizzato a garantire *risposte di qualità* ai cittadini stranieri in condizioni di vulnerabilità e a promuovere una cultura *inclusiva della migrazione* nel contesto territoriale di riferimento, ha istituito una *rete di collaborazioni con enti pubblici e soggetti del privato sociale, sia a livello locale che extra-territoriale*. Tale rete ha consentito la costruzione di un sistema integrato e multidisciplinare di presa in carico dei migranti vulnerabili, volto a fornire interventi mirati al superamento del disagio psichico e a favorire il coordinamento e il confronto continuo tra le diverse competenze e le attività realizzate dai vari enti coinvolti.

In particolare, si segnala l’attivazione di numerosi tavoli di lavoro e collaborazioni strategiche, tra cui la cooperazione con Caritas di Palermo e di Agrigento, ANLAIDS – Associazione Nazionale per la Lotta contro l’AIDS, l’organizzazione non governativa Save the Children, Medici Senza Frontiere, l’Istituto Penale per i Minorenni

“Malaspina” di Palermo e il Consolato della Tunisia a Palermo. Tali sinergie hanno ampliato l’ambito operativo del Servizio, consentendo all’Ambulatorio di estendere il proprio raggio d’azione oltre i confini del Distretto Socio-Sanitario Territoriale D38, fino a includere le province di Palermo, Agrigento e Caltanissetta.

Grazie a tali iniziative, il Servizio di Etnopsichiatria si è consolidato come punto di riferimento in un’ampia area del territorio siciliano, dimostrando una capacità significativa di rispondere ai bisogni socio-sanitari di una popolazione straniera estremamente vulnerabile e affetta da grave disagio psichico, spesso priva di un chiaro riferimento territoriale e che, in assenza di tale servizio, sarebbe relegata esclusivamente all’accesso ai servizi di emergenza ospedaliera o ai ricoveri.

1.2 I Destinatari del servizio

I destinatari del servizio sono stati cittadini provenienti da Paesi non comunitari con disagio psicologico e psichiatrico complesso, in particolare profughi in fuga da guerre, inclusi nuclei familiari, donne e bambini.

Capitolo secondo: L’Ambulatorio di Etnopsichiatria

2.1 Organizzazione dell’ambulatorio

L’Ambulatorio di Etnopsichiatria è stato ospitato in locali concessi in comodato d’uso gratuito dal Comune di Lercara Friddi, in Piazza Abate Romano 19.

Gli orari di apertura sono stati i seguenti:

- Lunedì – Martedì: 10:00 – 12:00 presso l’Ambulatorio
- Venerdì: 9:00 – 13:00 presso ARNAS Ospedale Civico Di Cristina – Palermo.

Il Servizio è stato organizzato attorno a un’équipe multidisciplinare. Nel dettaglio, la direzione di struttura è stata affidata ad un *medico specialista in Psichiatria e Neurologia*. In équipe con lo psichiatra hanno operato uno *psicologo-psicoterapeuta* ed un’*assistente sociale*.

Inoltre, essendo il setting di intervento un setting di tipo transculturale, l’équipe multidisciplinare si è avvalsa della collaborazione di *mediatori linguistico-culturali*.

Le complesse condizioni cliniche e sociali dell’utenza, proveniente da Paesi lontani e spesso reduce da viaggi pericolosi e disumani, richiede infatti una particolare attenzione alla specifica matrice culturale di riferimento.

La presenza del mediatore linguistico-culturale si è configurata come una risorsa essenziale sia per facilitare una comunicazione, sia per favorire una comprensione più profonda delle condizioni generali di salute dei pazienti.

L'efficacia del setting clinico è stata garantita dalla presenza stabile e continuativa di tutti gli operatori coinvolti.

A completamento dell'organico, il Servizio ha previsto anche la presenza di *personale infermieristico*, una *figura amministrativa con funzioni di segretaria*, nonché un *operatore addetto al servizio di Pulizia, Impresa ed Integrazione*.

2.2 Organigramma del personale

Nel corso dell'attività progettuale, l'organigramma del personale ha subito diverse rimodulazioni. Di seguito si presentano nel dettaglio le diverse configurazioni che si sono succedute, fino alla composizione definitiva al termine del progetto.

Organigramma iniziale (fino a gennaio 2024):

Equipe

- n. 1 coordinatore: Petrosino Carmelo , medico –psichiatra
- n.1 psicologo-psicoterapeuta: Minneci Crocetta
- n.1 assistente sociale: Scianni Paola

Setting allargato

- n.1 mediatore linguistico-culturale: Felentino Francesca
- n.1 infermiere: Marino Giovanna
- n.1 segretario: Castronovo Alessia
- n.1 addetto al servizio di Pulizia Impresa ed Integrazione: Tinnirello Cosimo.

A decorrere dal mese di febbraio 2024, il Dott. Bacchi Lucio ha assunto il ruolo precedentemente ricoperto dal Dott. Petrosino Carmelo; contestualmente, l'infermiera Marino Giovanna, al termine del suo rapporto di collaborazione, è stata sostituita dall'infermiera Alongi Gida. Di conseguenza, l'organigramma ha assunto la seguente composizione:

Organigramma intermedio (da gennaio 2024):

Equipe

- n. 1 coordinatore: Bacchi Lucio, medico –psichiatra
- n.1 psicologo-psicoterapeuta: Minneci Crocetta
- n.1 assistente sociale: Scianni Paola

Setting allargato

- n.1 mediatore linguistico-culturale: Felentino Francesca
- n.1 infermiere: Alongi Giada
- n.1 segretario: Castronovo Alessia

A decorrere dal mese di marzo 2024, l'organico del Servizio risulta privo di personale infermieristico.

A partire da agosto 2024, la mediatrice linguistico-culturale pro tempore è stata sostituita dalla mediatrice Missaoui Aicha, alla quale si è successivamente affiancato il mediatore Amenta Salvatore. Di conseguenza, l'organigramma è stato riorganizzato come segue:

Organigramma intermedio (da agosto 2024):

Equipe

- n. 1 coordinatore: Bacchi Lucio, medico –psichiatra
- n.1 psicologo-psicoterapeuta: Minneci Crocetta
- n.1 assistente sociale: Scianni Paola

Setting allargato

- n.1 mediatore linguistico-culturale: Missaoui Aicha, Amenta Salvatore
- n.1 infermiere: Alongi Giada
- n.1 segretario: Castronovo Alessia

A partire da giugno 2025, l'organico è stato integrato con l'inserimento del mediatore linguistico-culturale Missaoui Oijdi; di conseguenza, l'organigramma è stato riorganizzato come segue:

Organigramma intermedio (da giugno 2025):

Equipe

- n. 1 coordinatore: Bacchi Lucio, medico –psichiatra
- n.1 psicologo-psicoterapeuta: Minneci Crocetta
- n.1 assistente sociale: Scianni Paola

Setting allargato

- n.3 mediatore linguistico-culturale: Missaoui Aicha, Amenta Salvatore, Missaoui Oijdi
- n.1 segretario: Castronovo Alessia

Dal mese di luglio 2025, l'organico del Servizio non include più la figura dell'assistente sociale, determinando una modifica nella composizione del personale operativo. Tale configurazione è rimasta la composizione definitiva dell'organigramma.

Organigramma finale:

Equipe

- n. 1 coordinatrice: Bacchi Lucio
- n.1 psicologo-psicoterapeuta: Minneci Crocetta

Setting allargato

- n.3 mediatore linguistico-culturale: Missaoui Aicha, Amenta Salvatore, Missaoui Oijdi
- n.1 segretario: Castronovo Alessia

Si rende nota che il servizio di mediazione interculturale è stato affidato alla Cooperativa Impresa & Integrazione e che il servizio infermieristico è stato affidato alla Società PharmaCare srl.

2.3 Servizi offerti

L'ambulatorio ha fornito i seguenti servizi:

- Valutazione clinico-diagnostica, sociale e relazionale (prima visita) per l'eventuale inserimento nei percorsi terapeutici;
- Consulenza psichiatrica e psicologica;

- Assunzione in cura con definizione di un trattamento specialistico multidisciplinare, anche di medio-lungo termine;
- Rilascio di certificazioni medico-legali;
- Presa in carico con Piano di Trattamento Individualizzato (PTI) per utenti con disturbi psichiatrici gravi o bisogni psicologici complessi, comprendente:
 - visite psichiatriche;
 - supporto psicologico;
 - psicoterapia;
 - attività di gruppo;
 - coinvolgimento dei familiari;
 - interventi domiciliari;
 - interventi di risocializzazione e riabilitazione;
 - supporto alle attività quotidiane e lavorative;
 - contatti con enti istituzionali e non;
 - supporto sociale.

2.4 Modalità di accesso

L’accesso al Servizio è avvenuto attraverso tre principali modalità:

- Invio da parte dei Servizi pubblici del territorio di riferimento (es. servizi sanitari, sociali, scolastici)
- Invio da parte dei Servizi di accoglienza per migranti presenti nel territorio
- Accesso diretto da parte dell’utenza, senza mediazione di enti terzi.

Capitolo terzo: Linee metodologiche di intervento

3.1 Il modello teorico di riferimento

La cornice epistemologica che ha ispirato il Servizio di Etnopsichiatria è *l’Etnopsichiatria stessa*, intesa non solo come disciplina, ma come orientamento teorico e tecnico.

Essa consente di adottare uno sguardo allargato sulla persona migrante con vulnerabilità psichica, approccio che il Servizio ha scelto consapevolmente di assumere per affrontare il complesso fenomeno del disagio mentale nei migranti.

L’approccio transculturale, adottato nel setting etno-clinico di gruppo, che costituisce il cuore dell’etnopsichiatria, infatti è stato considerato il modello d’intervento più

efficace per realizzare una presa in carico integrata e multidisciplinare dei migranti in condizioni di vulnerabilità, in linea con il *modello biopsicosociale di riferimento*.

3.2 La metodologia di intervento

Il Servizio di Etnopsichiatria, al fine di promuovere una presa in carico articolata dei migranti con disagio psicologico, ha adottato una *metodologia di intervento a orientamento gruppale*.

Tale approccio prevede il *coinvolgimento integrato di professionisti provenienti da diverse discipline*, insieme alla *partecipazione attiva di utenti e operatori nella definizione condivisa dell'oggetto di intervento*.

Secondo *l'approccio transculturale del setting etno-clinico di gruppo*, la dimensione gruppale è centrale sia nella *costruzione del contesto terapeutico* sia nella *concezione del soggetto*, inteso come portatore di una pluralità di mondi, visibili e invisibili, fatti di oggetti, gesti, azioni e pensieri.

La dimensione comunitaria attivata dal gruppo favorisce processi terapeutici capaci di contrastare *le dinamiche di isolamento e frammentazione dell'individuo*, superando una visione individualistica e alienante della sofferenza e consente di andare *oltre i limiti di un approccio esclusivamente tecnico*, favorendo una cura radicata nella relazione e nel contesto culturale del paziente.

Altresì, nella consapevolezza che l'incontro con l'altro implica l'introduzione di una variabile fondamentale, le lingue del “*soggetto altro*”, il Servizio ha garantito la presenza stabile di *mediatori linguistico interculturali* all'interno dell'équipe. Il loro ruolo è stato ritenuto essenziale *non solo per la traduzione linguistica*, ma anche per la *mediazione dei significati culturali e simbolici legati alla visione della vita, della malattia, della morte e dei passaggi di status*. I mediatori infatti hanno facilitato la comprensione della *matrice culturale di riferimento dell'utente*, contribuendo in modo significativo alla costruzione di percorsi di *presa in carico realmente integrati, coerenti e rispettosi della complessità individuale*.

3.3 Le strategie di intervento: la mappatura territoriale, le attività promozionali e la collaborazione con la rete dei servizi

Nell'ottica di una *progettualità dinamica*, l'équipe multidisciplinare del Servizio di Etnopsichiatria ha posto in essere diverse strategie di intervento:

- *Mappatura del territorio*: attività di ricognizione della zona di riferimento, finalizzata all'identificazione di risorse, realtà operative e potenziali stakeholder
- *Promozione del servizio*: attività di comunicazione, finalizzate a migliorare la visibilità del servizio e ad attrarre un numero crescente di utenti, evidenziando la proposta di valore del servizio al pubblico di riferimento
- *Collaborazione con la rete territoriale* : attivazione di tavoli di lavoro e collaborazioni con alcuni stakeholders pubblici, enti del terzo settore e organizzazioni di volontariato presenti nel territorio di riferimento, con l'obiettivo di *strutturare e rafforzare la rete dei servizi territoriali* dedicati alla presa in carico dei migranti con disagio psicologico, nella consapevolezza del ruolo centrale che la rete integrata riveste nella costruzione di percorsi di cura efficaci, multidisciplinari e coerenti con il modello bio-psico-sociale, nonché nei processi di inclusione e integrazione sociale degli utenti, attraverso la promozione e il sostegno della loro partecipazione attiva e del protagonismo nella vita comunitaria locale.

3.4 L'attivazione dei laboratori espressivo relazionali

In un'ottica di progettualità dinamica, altresì, l'équipe multidisciplinare del Servizio di Etnopsichiatria ha promosso l'attivazione di tre diversi laboratori emozionali presso altrettante tre strutture di accoglienza del territorio. I percorsi laboratoriali, realizzati in contesti comunitari dedicati all'accoglienza di minori stranieri e richiedenti asilo, sono stati centrati sull'esplorazione, la condivisione e la gestione delle emozioni.

Nello specifico, le attività sono state articolate nei seguenti interventi:

- Il *laboratorio “Vivere le emozioni”*, presso la comunità per minori stranieri non accompagnati (MSNA) di Palazzo Adriano (Pa);
- Il *laboratorio “Il sé attraverso i colori”*, presso il centro SAI di Palazzo Adriano (Pa);

- Il *laboratorio “Raccontiamoci...”*, presso la comunità per minori stranieri non accompagnati (MSNA) di Cammarata (Ag).

I laboratori, condotti in setting di gruppo, sono stati finalizzati a creare un luogo di contatto con il proprio mondo interno e con quello dell’altro, funzionale ad agevolare l’integrazione tra culture diverse e a facilitare la narrazione dei vissuti personali di ciascuno.

Lo stare insieme in uno spazio strutturato, caratterizzato da un clima di fiducia, di accoglienza e di ascolto non giudicante, infatti, non solo ha permesso la condivisione di emozioni e di frammenti di storia personale, favorendo un miglioramento delle dinamiche relazionali e contribuendo alla creazione di un clima più sereno all’interno delle rispettive comunità di accoglienza, ma ha anche favorito l’emersione di fragilità individuali che, riconosciute ed accolte, si sono tradotte in esplicite richieste di aiuto e supporto, rendendo possibile l’attivazione di percorsi di presa in carico individualizzata da parte dell’èquipe multidisciplinare.

In questo senso, le attività laboratoriali implementate si sono configurate come uno strumento efficace nella promozione e nel potenziamento di competenze trasversali fondamentali per la vita, comunemente note come *life skills*, quali l’affermazione della identità personale e culturale, l’autostima e il senso di autoefficacia, la comunicazione efficace, l’empatia, il rispetto dell’altro, nonché la capacità di problem-solving e la gestione dei conflitti.

Tali competenze, stimolate attraverso l’esperienza concreta e la dimensione relazionale del gruppo, rappresentano risorse preziose per il percorso di crescita personale, di adattamento e di integrazione sociale dei beneficiari.

In tale contesto, è utile evidenziare la struttura metodologica che ha caratterizzato ciascun laboratorio, contribuendo a garantirne coerenza e impatto: ogni percorso si è articolato in diversi incontri, ciascuno articolato in sei fasi: cerchio di riscaldamento (accoglienza iniziale e costruzione del clima di fiducia), presentazione (introduzione all’attività e agli obiettivi), gioco di conoscenza (stimolo alla coesione e al riconoscimento reciproco), attività laboratoriale (svolgimento del compito creativo,

espressivo o riflessivo), confronto (condivisione e rielaborazione collettiva), cerchio di chiusura (saluto e riflessione sull'esperienza vissuta).

La disposizione circolare, adottata all'inizio e alla fine di ciascun incontro, ha avuto un forte valore simbolico e funzionale, ovvero ha contribuito alla costruzione di uno spazio paritario, nel quale ogni partecipante potesse *vedere ed incontrare l'altro*, spesso percepito come diverso, e confrontarsi con le proprie emozioni, paure e pensieri. I laboratori espressivo-relazionali, inoltre, si sono avvalsi di tecniche attive e strumenti artistici volti a stimolare l'espressione personale e l'interazione di gruppo, integrando l'approccio espressivo-creativo mediante l'utilizzo di arti visive e performative con un supporto psicologico mirato al riconoscimento e all'elaborazione dei vissuti emotivi emergenti.

3.5 I dispositivi di intervento: il colloquio clinico e i laboratori espressivo relazionali

All'interno del Servizio di Etnopsichiatria, dunque, gli impianti di intervento sono stati articolati principalmente attorno a due dispositivi clinico-terapeutici: il colloquio clinico e i laboratori, strumenti fondamentali per la presa in carico di persone con background migratorio e vulnerabilità psichiche complesse.

Il *colloquio clinico* ha assunto una funzione centrale non solo come spazio diagnostico e terapeutico, ma anche come luogo di decodifica culturale e di mediazione tra codici simbolici differenti. Tale dispositivo, svolto con il supporto di un mediatore culturale, infatti, ha consentito di esplorare il vissuto del paziente, tenendo conto della dimensione transculturale del disagio psichico, delle traiettorie migratorie e dei significati attribuiti alla sofferenza.

Parallelamente, i *laboratori espressivo relazionali*, condotti in un setting gruppale e secondo un approccio creativo ed espressivo, hanno offerto uno spazio protetto e non giudicante dove il soggetto ha potuto: esprimere se stesso, attivare risorse personali, sviluppare nuove modalità relazionali e comunicative, nonché rielaborare esperienze traumatiche. Questi setting hanno agito come strumenti di “cura indiretta”, facilitando l'emersione di contenuti pre-verbali o non immediatamente accessibili nel colloquio individuale.

L'integrazione tra il dispositivo del colloquio e quello laboratoriale rappresenta infatti un elemento distintivo della metodologia del modello etnopsichiatrico, orientato a coniugare dimensione terapeutica, culturale e sociale all'interno di un percorso di cura condiviso e interculturale.

3.6 Il monitoraggio e la documentazione

Al fine di perseguire la *mission* del servizio, infine, il Servizio di Etnopsichiatria, nella consapevolezza che i processi di monitoraggio siano essenziali per valutare l'andamento complessivo delle variabili fondamentali del servizio, al fine di verificare che tutti gli obiettivi prefissati siano stati progressivamente raggiunti, si è premurato di strutturare con attenzione la Fase di Monitoraggio dell'andamento progettuale.

Nella fattispecie, la fase di monitoraggio ha previsto l'implementazione periodica di precisi momenti di verifica:

- Registrazione delle presenze degli operatori dell'équipe multidisciplinare,
- Registrazione delle presenze degli utenti,
- Incontri periodici di coordinamento per la programmazione e verifica delle attività progettuali interne ed esterne.

Gli strumenti utilizzati sono stati:

- Registro unico delle presenze degli operatori,
- Registro unico delle presenze degli utenti,
- Verbali degli incontri di coordinamento,
- Documenti di programmazione delle attività progettuali,
- Redazione ed aggiornamento delle cartelle sanitarie,
- Redazione schede dei progetti delle attività laboratoriali.

Capitolo quarto: Risultati Raggiunti

4.1.Risultati a confronto: Anno 2023, Anno 2024, Anno 2025

Premessa e finalità del monitoraggio

Il monitoraggio delle attività del Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica ha l’obiettivo di valutare l’andamento dell’intervento sul territorio, la presa in carico degli utenti e la quantità di interventi psicologici effettuati. I dati analizzati coprono il periodo da *luglio 2023 a dicembre 2025* e includono gli indicatori chiave relativi ai beneficiari del servizio, alle prese in carico e agli interventi psicologici erogati.

Andamento quantitativo delle attività

Periodo Beneficiari Prese in Carico Interventi Psicologici

Periodo	Beneficiari	Prese in Carico	Interventi Psicologici
Lug-23	0	0	0
Dic-23	30	0	0
Mar-24	103	14	42
Lug-24	275	44	141
Dic-24	329	64	210
Lug-25	591	110	352
Set-25	598	121	411
Dic -25	611	135	486

L’analisi dei dati evidenzia un progressivo e costante aumento dei beneficiari del servizio, che raggiungono oltre 600 persone nel dicembre 2025. Parallelamente, si registra una crescita delle prese in carico, passate da zero a 135, e degli interventi psicologici, che superano quota 400.

Analisi qualitativa e impatto territoriale

Il Servizio di Etnopsichiatria ha svolto un ruolo cruciale nel rispondere ai bisogni di salute mentale della popolazione, con particolare attenzione alle diverse culture e alle esigenze specifiche degli utenti.

L'aumento significativo delle prese in carico e degli interventi psicologici testimonia la capacità del servizio di raggiungere e supportare un numero crescente di persone, promuovendo il benessere psicologico e l'inclusione sociale. La metodologia adottata, basata su un modello etnopsichiatrico integrato con laboratori espressivi e strategie relazionali, ha contribuito a creare un ambiente di cura efficace e rispettoso delle diversità culturali.

Criticità e azioni di miglioramento

Durante il periodo di monitoraggio sono emerse alcune criticità, tra cui:

- iniziale bassa presa in carico rispetto al numero di beneficiari;
- necessità di rafforzare la capacità di risposta ai bisogni complessi;
- sfide legate alla continuità degli interventi e all'adesione degli utenti.

Per affrontare queste criticità sono state messe in atto azioni quali:

- ampliamento dei laboratori espressivi e delle attività di promozione della salute mentale;
- rafforzamento della collaborazione con la rete dei servizi territoriali.

Sintesi conclusiva

Il Servizio di Etnopsichiatrica ha mostrato una crescita significativa in termini di utenti raggiunti, prese in carico e interventi psicologici erogati, consolidandosi come punto di riferimento per la salute mentale nel territorio. L'attenzione alle diversità culturali e l'approccio integrato hanno favorito l'efficacia degli interventi, contribuendo a migliorare la qualità della vita degli utenti e la coesione sociale.

Le azioni di miglioramento intraprese hanno permesso di superare le prime difficoltà, garantendo una progressiva ottimizzazione del servizio in linea con gli obiettivi del PNRR.

Capitolo quinto: Volti, gesti e luoghi: documentazione fotografica del Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica

5.1 Il Servizio in immagini: l'équipe multidisciplinare, le strategie promozionali e la collaborazione con la rete dei servizi del territorio

Le immagini che seguono documentano i momenti salienti della vita del Servizio: l'équipe multidisciplinare, le attività promozionali e le collaborazioni territoriali.



L'ambulatorio di etnopsichiatria: un'équipe multidisciplinare



Le strategie promozionali



La collaborazione con la rete dei servizi del territorio

5.2 I laboratori espressivo relazionali

Le immagini che seguono documentano le attività dei laboratori espressivo- relazionali, incentrate sull'esplorazione dei vissuti emotivi.



Laboratorio “Vivere le emozioni”- Comunità per MSNA di Palazzo Adriano



Laboratorio “Il sé attraverso i colori”- Progetto SAI di Palazzo Adriano



Laboratorio "Raccontiamoci..." - Comunità per MSNA di Cammarata

5.3 Storie di Resilienza: la realizzazione di un cortometraggio per Lo Spiraglio Filmfest 2025

Le immagini che seguono documentano i momenti salienti della realizzazione del cortometraggio prodotto nell'ambito del concorso Lo Spiraglio Filmfest 2025, esito di un percorso partecipato che ha valorizzato le storie di resilienza e le risorse personali degli utenti coinvolti.







Il cortometraggio “AL-GABR - ALGEBRA, UNIONE, RINASCITA”

5.4 Voci dal Servizio: testimonianze degli utenti

La testimonianza riportata offre uno sguardo diretto sul vissuto degli utenti all'interno del Servizio, restituendo in modo autentico il senso di accoglienza, ascolto e trasformazione che caratterizza i percorsi di cura, valorizzando la dimensione umana e relazionale del lavoro svolto.

Testimonianza

Mi chiamo Mohammed.

Quando sono arrivato in Italia per la prima volta, ero triste per mia madre che era malata e mi sentivo molto solo.

Il mio desiderio era venire qui per iniziare una nuova vita, trovare lavoro e aiutarla.

Non conoscevo le leggi italiane e avevo molta paura.

Per un anno intero ho vissuto con l'ansia di dover tornare nel mio paese d'origine.

Non riuscivo a mangiare bene e dormivo a tratti.

Finalmente, mi hanno portato qui.

La prima seduta non ha avuto un effetto immediato, ma facendo più incontri ho iniziato a notare miglioramenti, lentamente, giorno dopo giorno, finché non mi sono sentito meglio, nonostante i problemi familiari ed economici.

Ho continuato a seguire le visite finché non mi sono sentito davvero bene.

Le persone che lavorano qui sono gente perbene e non mi hanno mai trattato male.

Ora sono più tranquillo e sto bene.

انا اسمي محمد عندما اتيت لي
ايطاليا لي اول مرة كنت اشعر
بحزن على امي لي انه كانت مريض
وكانت وحيد ارد ان اتي الى ايطاليا
لي ابدء صفحة جديدة واحاول ان
اعمل واساعد امي لم اكن اعرف
القوانين في ايطاليا و ان هناك
ترحيل كنت خائف من حكم الذي
سوف يأتي كنت عام كامل اشعر
بقلق لم اكل بشكل جيد وكان نومي
متقطع الى تم احضر الى هنا كانت
الجالسة الاولى لم تعطني نتيجة
ولكن مع مرور الجالسة أصبحت
اتحسن تدريجي الى ان أصبحت
افضل رغم الصعوبة الي واجهته
ومشاكل العائلة و المادية الى ان
بقيت اتبع الموعاد الى ان أصبحت
بحال افضل العاملين هنا اناس
طيبون لم ارى منهم معامل سيء
انا حاليا اشهر بارتياح واحس اني
بخير

Conclusione

La documentazione visiva e narrativa presentata restituisce la complessità e la ricchezza delle esperienze, delle relazioni e dei processi trasformativi che hanno attraversato il Servizio, mettendo in luce il potenziale umano e creativo emerso nei contesti di vulnerabilità e fragilità. Le immagini e le parole raccolte confermano il valore del lavoro svolto e la sua capacità di generare benessere, integrazione e cambiamento.

Nota tecnica

Le immagini raccolte sono state acquisite nel pieno rispetto del consenso informato dei soggetti coinvolti e in conformità con la normativa vigente sulla tutela della privacy (Regolamento UE 2016/679 - GDPR).

Sezione 2

AZIONE 5

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria in Telemedicina

Capitolo primo: Inquadramento generale dell’Azione 5

1.1 Identità e finalità del servizio

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria in Telemedicina costituisce il secondo dei cinque interventi previsti dal Progetto “Istituzione di un Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica destinato ai profughi in fuga dalle guerre (nuclei familiari, donne e bambini), Centro Disabili Diurno, Infermiere di Comunità e Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Sanitaria”, finanziato nell’ambito della Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 3 “Interventi speciali per la coesione territoriale”, Investimento 1 “Strategia nazionale per le aree interne”, Linea di intervento 1.1.1 “Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità” del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)”, con soggetto beneficiario il Distretto Socio Sanitario D38, con capofila il Comune di Lercara Friddi.

Avviato a partire dal 1° luglio 2023, in collaborazione con il Consorzio Umana Solidarietà e la Cooperativa “il Melograno”, come soggetti attuatori, il Servizio, secondo quanto previsto dalle Linee guida della telemedicina - AGENAS, che hanno stabilito le basi per l’attivazione di un’assistenza domiciliare sempre più mirata, in grado di garantire la continuità assistenziale nel rispetto della normativa nazionale vigente, prevedendo sia una pianificazione degli accessi domiciliari che tenga conto della complessità clinico- assistenziale dei pazienti, che l’utilizzo di sistemi sempre tecnologicamente più avanzati di telemedicina, si è configurato come un servizio di assistenza volto ad assicurare al cittadino la possibilità di accedere a tutta una serie di prestazioni socio sanitarie direttamente dalla propria abitazione, con lo stesso livello di sicurezza e controllo di una visita in presenza.

In particolare, è stato strutturato un *programma di prevenzione rivolto a patologie cardiache e diabetiche, grazie all’utilizzo di tecnologie digitali avanzate, nell’ottica che tali strumenti possono fare la differenza in tutte le fasi di prevenzione, accesso, cura e assistenza dei pazienti, permettendo un supporto efficace al personale socio sanitario nelle decisioni cliniche e alle strutture socio assistenziali nella continuità di cura e nell’operatività.*

Più specificatamente, in un’ottica di sperimentazione di nuovi modelli di cura, più connessi, sostenibili e resilienti, in seno al Servizio sono stati strutturati interventi di *assistenza primaria* mediante la rilevazione dei parametri vitali (peso corporeo, altezza, temperatura corporea, frequenza cardiaca e battito cardiaco, frequenza respiratoria e assistenza alla misurazione della glicemia) ed *interventi di valutazione diagnostica* attraverso prestazioni di *spirometria* (funzionalità respiratoria), di *esame cardiologico di tipo strumentale ECG - elettrocardiogramma* (funzionalità cardiaca) e *Test dell’emoglobina glicata* (monitoraggio del diabete).

Altresì, il Servizio di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria in Telemedicina, finalizzato a tutelare il benessere e la salute del cittadino, ha instaurato una collaborazione strutturata con il Distretto Socio Sanitario n.38, al fine di creare un sistema integrato e multidisciplinare di presa in carico dei cittadini in condizione di vulnerabilità, nonché di favorire il coordinamento tra i diversi attori e competenze presenti nel territorio di riferimento.

1.2 I destinatari del servizio

I destinatari del servizio sono state persone di età anagrafica superiore ai 65 anni di età, residenti in uno dei Comuni del Distretto Socio Sanitario D38 che hanno aderito all’iniziativa (Lercara Friddi - paese capofila, Alia, Castronovo, Palazzo Adriano, Prizzi, Vicari e Roccapalumba).

I beneficiari sono stati individuati tra *coloro che presentano patologie croniche*, in particolare cardiache e diabetiche, per cui è necessario un programma continuo di monitoraggio domiciliare. Tra i destinatari sono stati inclusi *anche persone recentemente dimesse dalle strutture ospedaliere*, le quali necessitano di proseguire il monitoraggio dei parametri vitali in un ambiente extra-ospedaliero.

La selezione degli assistiti è stata effettuata dai Referenti del Distretto Socio Sanitario D38, in quanto responsabili della mappatura dei bisogni sanitari e sociosanitari del territorio e, quindi, dell’individuazione delle tipologie di interventi più appropriati.

In ciascun Comune appartenente al Distretto è stato predisposto, all’interno del sito istituzionale, un modulo online dedicato per la presentazione delle domande di partecipazione. Gli utenti hanno compilato e trasmesso la propria richiesta attraverso il portale del Comune di residenza.

Successivamente, le istanze pervenute sono state raccolte dai singoli Enti comunali e inoltrate all’Ufficio del Comune capofila, Lercara Friddi, per le successive fasi di istruttoria, verifica e selezione dei beneficiari.

1.3 Le linee guida della telemedicina - AGENAS

Le Linee Guida della Telemedicina - AGENAS si propongono di contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi strategici: (da doc ricevuti)

- Garantire a tutta la popolazione lo stesso livello assistenziale e qualità delle cure erogate migliorando l’efficienza organizzativa anche in contesti geograficamente svantaggiati;
- Fornire al paziente un’assistenza che comprenda risposte a bisogni clinico-assistenziali, e psicologici anche per ridurre l’impatto negativo del vissuto di malattia del paziente;
- Ridurre gli accessi al pronto soccorso, l’ospedalizzazione e l’esposizione ai rischi legati ad essa, nonché il ricorso all’istituzionalizzazione;
- Permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero potendo assicurare a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia;
- Ridurre gli accessi in day hospital sviluppando risposte alternative a domicilio;
- Ridurre gli accessi, da parte degli assistiti, in luoghi di cura non appropriati per la patologia;
- Prendere in carico il paziente a domicilio, coordinandone la gestione e assicurando il costante monitoraggio di parametri clinici, al fine di ridurre il rischio d’insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche;
- Fornire alla famiglia educazione terapeutica nel proprio contesto di vita, migliorando l’uso di
- Risorse e di servizi, favorendo le attività di sorveglianza in ambito sanitario;
- Accrescere l’utilizzo appropriato dei servizi a distanza finalizzato

- ad una più efficace risposta ai bisogni assistenziali;
- Migliorare la qualità di vita percepita del paziente, delle famiglie e dei Caregiver.

Capitolo secondo: Struttura del servizio

2.1 Organizzazione del servizio

Il servizio ha avuto sede operativa presso i locali concessi in comodato dal Comune di Lercara Friddi, in Piazza Abate Romano, 19.

Le attività si sono svolte dal lunedì al sabato, in orario antimeridiano e meridiano, dalle 9:00 alle 20:00, in costante sinergia con una centrale di telemedicina che ha garantito il collegamento diretto tra le richieste di intervento dei cittadini e lo staff sanitario dedicato, in collaborazione con gli stakeholder del territorio.

La centrale ha garantito all’assistito la sicurezza di un unico punto di accesso per le proprie attività, in quanto contattabile attraverso il numero telefonico e ha fornito anche assistenza tecnica grazie a un centro servizi organizzato sul territorio.

Le prestazioni sono state pianificate dalla centrale operativa e sono state sia a domicilio che tramite teleconsulto, a seconda della tipologia di intervento, da parte di:

- infermieri per le prestazioni diagnostiche
- operatori socio sanitari (OSS) per la rilevazione dei parametri vitali.

2.2 La centrale di telemedicina

La centrale di telemedicina ha gestito tutte le richieste e i servizi tramite una *piattaforma digitale* progettata per facilitare e gestire il dialogo continuo tra operatori sanitari e utenti.

Il sistema, integrato con *dispositivi medicali digitali di ultima generazione (devices medicali)*, ha permesso ai sanitari di mantenere sotto controllo in tempo reale la situazione clinica di ciascun paziente.

In questo modo, le diagnosi e i servizi medico infermieristici effettuabili da remoto sono stati qualitativamente sempre più conformi alle linee guida che prevedono l’appropriatezza dei percorsi diagnostici e terapeutici e la certificazione delle

informazioni.

I referti digitali emessi erano firmati elettronicamente dal medico responsabile. Inoltre, anche i medici di medicina generale sono stati dotati di *un'APP da installare su dispositivo mobile* che consentiva loro di visualizzare in tempo reale i parametri rilevati dei propri assistiti, rafforzando così il legame tra assistenza domiciliare e medicina di base.

2.3 La piattaforma informatica

La centrale operativa ha gestito le richieste ed i servizi avvalendosi di una *piattaforma informatica*, che ha incluso le seguenti funzionalità:

- Funzioni di gestione delle informazioni anagrafiche del paziente e di tutti i dati che di volta in volta sono rilevati dal personale tecnico a domicilio;
- Funzioni di teleconsulto video con i medici della centrale di telemedicina;
- Funzioni per i report statistici sulla evoluzione dello stato di salute (variazione dei parametri nel corso del tempo);
- Funzionalità di integrazione tra i devices per la misurazione dei parametri previsti dal piano di assistenza;
- Funzioni per le attività di refertazione delle attività effettuate e quindi di gestione del trattamento a seguire;
- APP su dispositivo mobile specifica che può essere utilizzata dal paziente che consente la visualizzazione, da parte:
 - dell'assistito stesso, di tutte le attività svolte dal medico, referti compresi,
 - o dei medici che fanno parte della rete sanitaria dell'assistito.

2.4 Organigramma del personale

La struttura organizzativa del Servizio ha previsto l'impiego di un professionista con mansioni di coordinatore, a cui è stata affidata la direzione di servizio, e di figure professionali specializzate quali l'assistente sociale, responsabile della presa in carico

dei bisogni psico-sociali degli utenti e del raccordo con la rete territoriale dei servizi; gli infermieri, incaricati di effettuare le prestazioni diagnostiche e di monitorare l'andamento clinico dei pazienti; e gli operatori socio - sanitari che invece si sono occupati delle prestazioni di rilevazione dei parametri vitali e hanno fornito supporto nelle attività quotidiane di assistenza domiciliare.

Altresì, il servizio ha disposto di una figura con mansioni di addetto al Servizio di Pulizia Impresa ed Integrazione.

Si rende noto che, nel corso dell'attività progettuale, il numero e la composizione delle figure professionali specializzate hanno subito variazioni. Di seguito si riportano nel dettaglio le diverse configurazioni dell'organigramma che si susseguite, fino a quella definitiva implementata al termine del progetto.

Organigramma iniziale (fino a novembre 2023):

- n. 1 coordinatore: Tripi Antonella
- n.1 assistente sociale: Mannino Rita
- n. 5 OSS: Scimeca Antonina, Agosta Francesca, Fiorito Di Pasquale Maria Carmelina, Garofalo Simona, Rizzato Valeria
- n.2 infermieri: Castiglione Fabrizio, Giordano Fabrizio

Alla fine di novembre 2023, la Dott.ssa Rosalia Gattuso, assistente sociale, ha assunto il ruolo precedentemente ricoperto dalla Dott.ssa Rita Mannino, mantenendo l'incarico fino a giugno 2025.

A febbraio 2024, l'infermiere Francesco Grisafi è stato integrato nell'organico del servizio.

A partire dal mese di luglio 2024 sono stati inseriti in organico tre operatori socio sanitari (OSS) con incarico volto all'erogazione di prestazioni aggiuntive, secondo l'ordine cronologico di attivazione delle rispettive collaborazioni: Maita Alessandra (luglio 2024), Tirrito Rita Maria (agosto 2024), Randazzo Miriana (ottobre 2024).

Nel mese di ottobre 2024, l'operatore socio sanitario Fiorito Di Pasquale Maria Carmelina ha rassegnato le proprie dimissioni.

A partire dal mese di dicembre 2024 invece è stato inserito in organico un ottavo operatore socio sanitario, pertanto, al 31 dicembre 2024, l'organigramma si definiva come di seguito:

Organigramma al 31 dicembre 2024:

- n. 1 coordinatore: Tripi Antonella
- n.1 assistente sociale: Gattuso Rosalia
- n. 8 OSS: Scimeca Antonina, Agosta Francesca, Garofalo Simona, Rizzato Valeria, Maita Alessandra, Tirrito Rita Maria, Randazzo Miriana, Siragusa Ivana
- n.3 infermieri: Castiglione Fabrizio, Giordano Fabrizio Grisafi Francesco
- Ad aprile 2025, il contratto dell'operatore socio-sanitario Maita Alessandra giunge a naturale scadenza e non viene rinnovato.

A maggio 2025, l'infermiere Castiglione Fabrizio ha rassegnato le proprie dimissioni.

A partire dal mese di luglio 2025 sono stati inseriti in organico gli infermieri Cuccia Serena Francesca e Santoro Noemi.

A partire dal mese di agosto 2025, sono entrate a far parte dell'organico l'assistente sociale Lo Faso Chiara e l'OSS Costanza Giovanna, definendo così l'organico definitivo.

Organigramma finale:

- n. 1 coordinatore: Tripi Antonella
- n.1 assistente sociale: Lo Faso Chiara
- n. 8 OSS: Scimeca Antonina, Agosta Francesca, Garofalo Simona, Rizzato Valeria, Tirrito Rita Maria, Randazzo Miriana, Siragusa Ivana, Costanza Giovanna
- n.4 infermieri: Giordano Fabrizio, Grisafi Francesco, Cuccia Serena Francesca e Santoro Noemi

2.5 Servizi offerti

Il servizio di assistenza domiciliare socio sanitaria in telemedicina ha garantito le seguenti prestazioni:

- Rilevazione dei parametri vitali: peso corporeo, altezza, temperatura corporea, frequenza cardiaca e battito cardiaco, frequenza respiratoria e glicemia semplice;

- Prestazioni diagnostiche:
 - Spirometria (funzionalità respiratoria)
 - ECG - Elettrocardiogramma (funzionalità cardiaca)
 - Test dell'emoglobina glicata (monitoraggio del diabete).

2.6 Il Protocollo d’Intesa con il Distretto Sanitario n.38

In data 05 marzo 2024, è stato sottoscritto un protocollo di intesa tra:

- il Comune di Lercara Friddi, nella qualità di Comune capofila del Distretto Socio Sanitario D38, beneficiario della misura M5C3 Investimento 1.1.1 del PNRR,
- il Consorzio “Umana Solidarietà s.c.s”, nella qualità di soggetto attuatore esterno del Progetto “Istituzione di un Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica destinato ai profughi in fuga dalle guerre (nuclei familiari, donne e bambini), Centro Disabili Diurno, Infermiere di Comunità e Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Sanitaria”,
- il Distretto Socio Sanitario n.38.

L’accordo ha avuto come obiettivo la *promozione e strutturazione di una rete locale* funzionale alla realizzazione e all’efficace espletamento delle attività previste dal Progetto sul territorio del Distretto.

In particolare, il protocollo ha inteso consolidare e rafforzare il rapporto di collaborazione già avviato, affinchè si potesse ulteriormente ottimizzare l’erogazione dei servizi relativi a due delle azioni del Progetto presentato dal Distretto Socio-Sanitario di Lercara Friddi, ovvero:

- l’Azione 5 – Servizio di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria in Telemedicina
- l’Azione 6 – Servizio Infermiere di Comunità.

Attraverso il rafforzamento della rete territoriale, le parti hanno voluto promuovere un'offerta più integrata ed efficace dei servizi socio sanitari rivolti alla popolazione del Distretto.

Le parti si sono impegnate, ciascuna nell'ambito delle proprie competenze, a:

- adottare tutte le misure necessarie per garantire la piena attuazione delle azioni progettuali;
- operare secondo criteri di professionalità, appropriatezza, trasparenza e riservatezza, nel rispetto delle normative vigenti;
- favorire lo scambio di esperienze, conoscenze e prestazioni tra gli operatori referenti dei diversi enti, promuovendo un approccio integrato e di rete;
- definire, attraverso intese operative specifiche, modalità attuative del protocollo con riferimento ai servizi inclusi nelle azioni progettuali.

Il protocollo è entrato in vigore alla data di sottoscrizione ed è rimasto valido, con riferimento all'Azione 5 del Progetto, fino al completamento delle attività, ovvero il 30 settembre 2025.

Capitolo terzo: Linee metodologiche di intervento

3.1 Il Modello teorico di riferimento

Il servizio di assistenza domiciliare socio sanitaria in telemedicina, inteso come servizio di prevenzione, diagnosi e cura, è stato strutturato secondo il *modello organizzativo della centrale di medicina digitale*, che essendo basato su un sistema centralizzato e tecnologicamente integrato, consente l'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a distanza, ovvero nel luogo, nel tempo e nel momento in cui il paziente ne ha necessità, secondo un approccio che rientra nella *logica dello Smart Hospital*.

In questa prospettiva, il servizio si è configurato come il *primo passo verso la realizzazione di un modello globale di Virtual Hospital nel territorio del Distretto Socio Sanitario D38*: un modello in cui ogni paziente può ricevere assistenza specialistica direttamente nella propria abitazione, da parte di figure professionali

specializzate, come se si trovasse all'interno di un reparto di una struttura sanitaria.

Nel dettaglio, in questo modello organizzativo:

- Sono richieste prestazioni e visite specialistiche per ogni assistito facente parte del campione specifico scelto dal distretto oppure il medico di base effettua una richiesta sulla base di valutazioni proprie;
- La centrale registra l'esigenza e ne pianifica l'attività coinvolgendo il personale socio-sanitario;
- L'operatore esegue le attività di visita, registrando dati e segnali, guidato da un software di Clinical Decision Support System (CDSS) inserito nella piattaforma informatica;
- Lo specialista valuta e referta i dati e i segnali registrati durante la visita dall'operatore;
- Diagnosi e referto sono direttamente disponibili in formato digitale nell'applicazione utilizzata dalla centrale, senza necessità di consegnare il cartaceo dei risultati, con riduzione netta dei tempi per le attività diagnostiche e sui dispositivi ad uso dell'assistito (smartphone/tablet);
- Sistemi di Realtà Aumentata possono facilitare l'interazione tra specialista e operatore;
- Sono già stati interfacciati, per la diagnosi e refertazione remota, dispositivi quali fonendoscopio digitale, elettrocardiografo, ecografo e spirometro.

3.2 Elementi costituti del servizio

In coerenza con il modello teorico sopra descritto, gli elementi distintivi del servizio di assistenza domiciliare socio sanitaria in telemedicina *come servizio di prevenzione, analisi e cura*, sono stati:

❖ Assistito

su di esso ruotano le attività e ad esso sono dedicate tutte le attività; effettua la rilevazione dei parametri previsti dal piano, da solo o attraverso intervento del personale tecnico con dispositivi wireless; condivide la documentazione clinica; richiede assistenza per tele visita alla centrale; riceve il referto firmato digitalmente ed ha validità medico legale direttamente nella sua APP e, qualora necessario, viene contattato per approfondimenti ed ulteriori

- esami;
- ❖ Centrale operativa
organizza tutte le attività richieste e pianifica quelle programmatiche; organizza le attività del personale tecnico amministrativo e sanitario interno; riceve i dati dalla *piattaforma informatica*; filtra e gestisce le richieste dell'assistito; rileva e gestisce situazioni anomale seguendo determinati protocolli; coinvolge la struttura medica; fornisce report completi sullo stato e andamento del paziente e report statistici circa l'evoluzione della propria attività;
 - ❖ Centrale medica
effettua le attività di refertazione; riceve le richieste di tele visita da parte della centrale operativa;
 - ❖ Personale tecnico sanitario (assistente sociale - infermiere – OSS)
effettua le attività socio-sanitarie a domicilio.

Capitolo quarto: Il Programma di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria in Telemedicina

4.1 DETTAGLIO DEI SERVIZI OFFERTI AD UN CAMPIONE DI 400 PAZIENTI PER IL BIENNIO

La centrale operativa, sulla base dei nominativi segnalati da Distretto Socio-Sanitario n.38, dai Servizi di competenza comunale, e dai Medici di medicina generale e quindi inseriti nel programma per le attività di Telemedicina, ha pianificato anticipatamente, per ciascun utente i seguenti interventi:

- 3 televisite annue alla presenza di un caregiver familiare;
- 2 ECG (comprensivi di refertazione) annui con l'assistenza infermieristica;
- 1 Spirometria annua con l'assistenza infermieristica;
- 2 Rilevazioni di Emoglobina Glicata con l'assistenza infermieristica;
- 1 rilevazione dei parametri vitali mensile con l'assistenza di un OSS.

Ogni intervento di ADI è stato quantificato in 1 ora.

Solo per la presa in carico dell’utente, nonché primo intervento, sono stati fatti contemporaneamente la Televisita, l’ECG, la Spirometria nonché la rilevazione dei parametri vitali. Quanto sopra si traduce con i seguenti riepiloghi

4.2 DETTAGLIO DEI SERVIZI ULTERIORI DEFINITI “PACCHETTO AGGIUNTIVO”

Riepiloghi Esami	Televisita	ECG	Spirometria	Emoglobina Glicata
Annuale	1.235	900	400	800
24 Mesi	2.470	1.800	800	1600

Riepiloghi Interventi	Infermieri	Oss
Annuale	1.600	4.800
24 Mesi	3.200	9.600

In aggiunta ai servizi sopra indicati il Servizio ha ritenuto di poter offrire un pacchetto extra di esami da poter ridistribuiti all’occorrenza, su diretta indicazione degli assistiti presi in carico, inoltrando anticipatamente la richiesta alla centrale operativa che si è occupata di pianificare l’intervento.

- 35 Televisite annuali, con l’assistenza di un caregiver familiare;
- 100 ECG annuali, con l’assistenza infermieristica;
- 100 Rilevazione di Emoglobina Glicata annuali, con l’assistenza infermieristica;
- 25 Interventi OSS per la rilevazione dei Parametri Vitali.

Ogni intervento ADI è stato quantificato in 1 ora.

Capitolo quinto: Risultati raggiunti

5.1 Risultati a confronto: Anno 2023, Anno 2024, Anno 2025

Premessa e finalità del monitoraggio

Il monitoraggio delle attività del Servizio di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria in Telemedicina è finalizzato a valutare la crescita del servizio, la gestione degli utenti e la qualità dell’assistenza erogata mediante modalità innovative e a distanza.

I dati analizzati riguardano il periodo *luglio 2023 – settembre 2025* e comprendono indicatori chiave quali:

- numero totale e attivo di utenti presi in carico;
- mortalità e ritiro dal servizio;
- volume di prestazioni erogate da OSS e personale infermieristico.

Andamento quantitativo delle attività

Periodo	Totale	Utenti	Utenti	Utenti	Prestazioni	Prestazioni
	Utenti	Attivi	Deceduti	Ritirati	OSS	Infermieristiche
Lug-23	0	0	0	0	0	0
Dic-23	217	217	0	0	283	80
Mar-24	334	323	9	2	998	232
Lug-24	477	457	18	2	2647	587
Dic-24	564	519	39	6	6393	1062
Lug-25	603	496	77	30	12418	1680
Set-25	603	490	83	30	14154	1983

Dall'avvio del servizio nel *secondo semestre 2023*, si osserva una crescita regolare degli utenti presi in carico, con una quota elevata di utenti attivi (circa l'81% nel settembre 2025).

Parallelamente, il numero di prestazioni sia da parte degli operatori socio-sanitari (OSS) che degli infermieri è aumentato significativamente, con un picco di oltre 14.000 prestazioni OSS e quasi 2.000 prestazioni infermieristiche nel settembre 2025.

Analisi qualitativa e impatto territoriale

Il Servizio di Telemedicina ha permesso di estendere l'assistenza domiciliare a una platea ampia e diversificata di utenti, inclusi pazienti con fragilità croniche e condizioni complesse.

L'integrazione tra assistenza infermieristica e OSS, supportata dalla piattaforma tecnologica, ha garantito continuità assistenziale e monitoraggio costante, riducendo la

necessità di accessi ospedalieri. La gestione tempestiva degli utenti, inclusa la capacità di monitorare decessi e ritiri, ha permesso di ottimizzare le risorse e di personalizzare i percorsi di cura.

Criticità e azioni di miglioramento

Nel corso del progetto sono emerse alcune criticità, tra cui:

- difficoltà iniziali nell'adattamento tecnologico da parte di alcuni utenti;
- necessità di formazione continua agli operatori per garantire standard elevati di assistenza.

Per risolvere tali criticità sono state adottate misure quali:

- supporto tecnico dedicato agli utenti;
- corsi di formazione dedicati agli operatori;
- miglioramento della piattaforma informatica per un più efficace monitoraggio e reporting;
- rafforzamento della comunicazione con i caregiver e la rete familiare.

Sintesi conclusiva

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria in Telemedicina ha raggiunto risultati significativi in termini di estensione dell'utenza e volume di prestazioni erogate, confermandosi un modello efficace di assistenza territoriale digitale. L'elevato numero di utenti attivi e l'incremento costante delle prestazioni testimoniano la validità del progetto nel promuovere la continuità assistenziale e la qualità della vita dei pazienti.

Nonostante alcune criticità iniziali, il processo di miglioramento continuo ha consentito di ottimizzare le risorse e di integrare il servizio all'interno della rete socio-sanitaria territoriale, in linea con le finalità del PNRR.

Capitolo sesto: Volti, gesti e luoghi: documentazione fotografica del Servizio di Assistenza Domiciliare in Telemedicina

6.1 Il servizio in immagini: il gruppo di lavoro e gli utenti, insieme per prendersi cura

Le immagini che seguono documentano l'identità collettiva del gruppo di lavoro e il vissuto delle persone assistite, mettendo in luce prossimità, ascolto e cura.



Il gruppo di lavoro



Gli utenti

6.2 Il servizio in azione: immagini e momenti dell'assistenza domiciliare

Le immagini che seguono documentano l'operatività quotidiana del Servizio, mettendo in luce la prossimità degli interventi, la qualità della relazione d'aiuto e la presenza attenta degli operatori nei contesti domiciliari.



*Relazione d'aiuto e prossimità:
il lavoro degli operatori sul
territorio*

6.3 Storie di prevenzione: le vite salvate di A. e C.

Le storie che seguono raccontano l'efficacia del Servizio di Assistenza Domiciliare in Telemedicina nella prevenzione. Grazie alla presenza attenta degli operatori e all'uso mirato della tecnologia è stato possibile intercettare segnali critici e intervenire tempestivamente, trasformando ascolto e prossimità in gesti concreti capaci di salvare vite.

A.: Una crisi diabetica gestita con prontezza

A., 77 anni, parte del programma di telemedicina da circa un anno, ha vissuto una crisi diabetica intercettata dall'infermiere durante una visita domiciliare tramite ECG. L'attivazione tempestiva della procedura d'emergenza con il 118 e il trasferimento presso *una struttura ospedaliera* hanno evitato complicazioni gravi, garantendo una presa in carico adeguata.

A. ha voluto esprimere la sua gratitudine:

«Senza quell'allarme sarei rimasta lì. Non me lo scorderò mai. Grazie di cuore al personale del servizio.»

C.: Un intervento tempestivo che ha evitato una grave complicazione

C., 91 anni, con diverse condizioni croniche, ha ricevuto assistenza durante una prestazione domiciliare in cui l'infermiere ha rilevato una situazione a rischio. Grazie alla telemedicina e al confronto immediato con il medico della Centrale Operativa, è stata attivata la procedura d'emergenza e il 118. L'intervento rapido ha evitato un possibile evento cardiaco acuto.

C. racconta:

«Non pensavo fosse niente, invece l'infermiere mi ha salvato la vita, senza farmi uscire da casa.»

Il valore della prevenzione attraverso la telemedicina

Le storie di A. e C. dimostrano come il servizio combinando tecnologia e relazione, permetta interventi precoci, renda visibile la fragilità nel domicilio e contribuisca a prevenire complicanze e ospedalizzazioni.

Conclusione

La documentazione visiva e narrativa restituisce la concretezza e l'efficacia del Servizio di Assistenza Domiciliare in Telemedicina, evidenziando il valore della prossimità, dell'ascolto e dell'intervento tempestivo. Le immagini confermano l'impatto positivo degli operatori e della telemedicina nel promuovere salute, prevenzione e benessere nel domicilio.

Nota **tecnica**

Le immagini raccolte sono state acquisite nel pieno rispetto del consenso informato dei soggetti coinvolti e in conformità con la normativa vigente sulla tutela della privacy (Regolamento UE 2016/679 - GDPR) .

Sezione 3

AZIONE 7

Il Centro Diurno per Disabili

Capitolo primo: Inquadramento generale dell’Azione 7

1.1 Identità e finalità del servizio

Il Progetto “Istituzione di un Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica destinato ai profughi in fuga dalle guerre (nuclei familiari, donne e bambini), Centro Disabili Diurno, Infermiere di Comunità e Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Sanitaria”, finanziato nell’ambito della Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 3 “Interventi speciali per la coesione territoriale”, Investimento 1 “Strategia nazionale per le aree interne”, Linea di intervento 1.1.1 “Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità” del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)”, con soggetto beneficiario il Distretto Socio Sanitario D38, con capofila il Comune di Lercara Friddi, ha previsto all’AZIONE 7 l’istituzione di un Centro Diurno per Disabili.

Il servizio è stato il terzo dei cinque interventi previsti dal Progetto del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza.

Avviato il 10 ottobre 2023, in collaborazione con il Consorzio Umana Solidarietà e la Cooperativa Il Melograno, quali soggetti attuatori del progetto, in conformità ai principi della Legge 104/92, il Centro si è configurato come uno spazio appositamente strutturato per rispondere ai *bisogni di assistenza, socializzazione e integrazione delle persone con disabilità, con l’obiettivo di promuoverne la crescita personale, l’inclusione sociale e il miglioramento della qualità della vita*. Il servizio ha offerto opportunità mirate allo *sviluppo e al potenziamento delle capacità residue, sia fisiche che cognitive, favorendo al contempo l’interazione con il contesto esterno*. A tal fine, sono stati previsti:

- *interventi assistenziali integrati educativi, rieducativi e abilitativi finalizzati allo sviluppo delle abilità residue della persona con disabilità, in particolare nelle aree: autonomia personale e sociale, cognitiva, sensoriale, comunicativa e linguistica, motorio-prassica, affettivo-relazionale;*

- *interventi di integrazione sociale*, mirati a favorire la partecipazione attiva e l'inclusione nella comunità;
- *interventi di supporto al nucleo familiare*, finalizzati al coinvolgimento attivo delle famiglie nei percorsi socio-educativi e all'erogazione di un servizio di sollievo.

Il Centro Diurno ha quindi adottato un *approccio dinamico e personalizzato*, costantemente calibrato sui *bisogni individuali delle persone prese in carico*, svolgendo una *funzione non solo assistenziale ma anche socio-educativa*, finalizzata alla promozione di una *cultura inclusiva della disabilità* nel contesto territoriale. In quest'ottica, ha avviato un *dialogo stabile e strutturato* con rappresentanti del *volontariato e del terzo settore* operanti nel territorio, con l'obiettivo di strutturare, ampliare e consolidare la rete locale di supporto, nella consapevolezza del suo ruolo strategico nei processi di inclusione, partecipazione e protagonismo sociale delle persone con disabilità.

1.2 I destinatari del servizio

I destinatari del servizio sono stati soggetti in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3 della Legge 104/92, con età compresa tra i 18 e i 65 anni di età, residenti in uno dei comuni del Distretto Socio Sanitario D38 che hanno aderito all'iniziativa: Lercara Friddi (paese capofila), Alia, Castronovo, Palazzo Adriano, Prizzi, Vicari e Roccapalumba.

Nel dettaglio sono stati ammessi al Centro Diurno:

- Giovani adulti (18-26 anni): soggetti con disabilità di rilevante entità, di tipo psico-fisico, fisico o sensoriale, accertata (o in corso di accertamento) ai sensi della Legge 104/1992, che abbiano assolto l'obbligo scolastico o frequentino corsi scolastici superiori, e che necessitano di un ambiente strutturato per un periodo limitato di osservazione e orientamento, finalizzato a successivi eventuali inserimenti in percorsi professionali, lavorativi o socio-terapeutici.
- Adulti (27-65 anni): soggetti con disabilità di tipo psico-fisico, fisico o sensoriale accertata ai sensi della Legge 104/1992, che manifestavano la necessità di mantenere e/o potenziare le proprie capacità residue e di incrementare l'autonomia personale attraverso la costruzione di relazioni sociali in contesti strutturati. In particolare, tale tipologia di utenti risultava priva di

alternative di inserimento sociale a causa della gravità della condizione o dell'assenza di servizi adeguati sul territorio.

In merito all'ammissione al Centro Diurno, pur rimanendo valido il requisito dell'accertamento ai sensi dell'art. 3 della Legge 104/1992 quale criterio ordinario per l'accesso, è stata prevista, in via eccezionale e motivata, la possibilità di deroga temporanea all'obbligatorietà dell'accertamento per quei casi in cui i Servizi Sociali competenti hanno ritenuto opportuno attivare un periodo preliminare di osservazione.

Capitolo secondo: Il Centro Diurno

2.1 Organizzazione della struttura

Il Centro Diurno ha avuto sede presso i locali concessi in locazione dalla Parrocchia di Lercara Friddi, Villa della Trasfigurazione, sita in Contrada Canalotto- Lercara Friddi (PA), essendo la struttura risultata conforme agli standard regionali previsti dal D. Pres. Reg. Sicilia del 29 giugno 1988 “Standards strutturali ed organizzativi dei servizi e degli interventi socio assistenziali previsti dalla legge regionale 9 Maggio 1986 n. 22”.

La struttura è stata aperta in orario mattutino nei giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle 13:00, nonché in orario pomeridiano il lunedì, il mercoledì ed il venerdì dalle ore 15:00 alle 18:00, salvo variazioni orarie dovute alla programmazione di particolari attività.

Nel dettaglio, il centro si sviluppa su una superficie utile complessiva di circa 400 mq, comprendente due saloni pluriuso ad uso collettivo, locali ufficio e spazi per i servizi generali.

La sede del Centro Diurno è risultata conforme alla normativa vigente in materia di sicurezza e ha garantito l'accessibilità totale mediante l'assenza di barriere architettoniche, nel rispetto dei principi di fruibilità e inclusione.

La struttura organizzativa del servizio è stata definita in conformità alla normativa della Regione Siciliana in materia di servizi socio-assistenziali, con riferimento alla dotazione minima di personale per servizi diurni destinati a persone con disabilità.

Nello specifico la direzione del Centro è stata affidata a un'assistente sociale, con funzioni di coordinamento generale e gestione dell'équipe multidisciplinare. In équipe

con la direzione, hanno operato figure professionali specialistiche quali assistente sociale, animatore socio- culturale, operatore socio assistenziale (OSA) ed operatore socio sanitario (OSS).

Inoltre, il servizio si è avvalso della presenza di un'infermiere, con funzioni di supporto sanitario e monitoraggio degli utenti; della collaborazione di un autista, addetto al Servizio di Trasporto Assistito, al fine di garantire l'accessibilità al Centro da parte degli utenti con limitazioni nella mobilità; nonché della presenza di un operatore addetto ai servizi di pulizia, con funzioni anche di supporto ai servizi generali e alle attività di integrazione ambientale, affidato ad impresa specializzata.

2.2 Organigramma del personale

Nel corso dell'attività progettuale, l'organigramma del personale ha subito variazioni.

Di seguito vengono riportate nel dettaglio le diverse configurazioni dell'organigramma, dalla versione iniziale a quella definitiva rilevata al termine del progetto.

Organigramma iniziale (fino a dicembre 2023):

- n. 1 coordinatrice: Agnello Giuliana
- n.1 assistente sociale: Gattuso Rosalia
- n. 2 animatore socio-culturale: Gallina Rosalia, Tuzzolino Annamaria
- n.1 OSS: Sferlazza Silvia
- n. 1 OSA: Oliveri Rosalia
- n.1 infermiere: Marino Giovanna
- n. 1 addetto al Servizio di Trasporto : Oliveri Alessandro

A partire da gennaio 2024, l'infermiera Marino Giovanna è stata sostituita dall'infermiera Alongi Giada, che ha operato fino ad agosto 2024. Di conseguenza, l'organigramma del personale si è così configurato:

Organigramma fino ad agosto 2024:

- n. 1 coordinatrice: Agnello Giuliana
- n.1 assistente sociale: Gattuso Rosalia
- n. 2 animatore socio-culturale: Gallina Rosalia, Tuzzolino Annamaria
- n.1 OSS: Sferlazza Silvia

- n. 1 OSA: Oliveri Rosalia
- n.1 infermiere: Alongi Giada
- n. 1 addetto al Servizio di Trasporto : Oliveri Alessandro

A partire da settembre 2024, l'organico del Servizio non comprende più la presenza stabile dell'infermiere; bensì tale figura è prevista esclusivamente tramite convenzione, comportando una ridefinizione della composizione del personale operativo come riportato di seguito.

Organigramma da settembre 2024:

- n. 1 coordinatrice: Dott.ssa Agnello Giuliana
 n.2 animatori socio-culturali: Gallina Rosalia, Tuzzolino Annamaria
 n.1 OSS: Sferlazza Silvia
 n. 1 OSA: Oliveri Rosalia
 n.1 addetto al Servizio di Trasporto: Oliveri Alessandro

Infine, a partire da novembre 2024, è stata introdotta la figura di un terzo animatore socio-culturale, modificando così l'organico del Servizio, che da quel momento ha assunto la sua configurazione definitiva.

Organigramma finale:

- n. 1 coordinatrice: Dott.ssa Agnello Giuliana
 n.3 animatore socio-culturale: Gallina Rosalia, Lo Buglio Romina Maria Concetta, Tuzzolino Annamaria
 n.1 OSS: Sferlazza Silvia
 n. 1 OSA: Oliveri Rosalia
 n.1 addetto al Servizio di Trasporto: Oliveri Alessandro

2.3 Servizi offerti

Il Centro diurno per disabili, configurandosi come un servizio a valenza assistenziale e socio-educativa, ha previsto un'articolazione strutturata dei servizi erogati come di seguito indicato:

-Servizi primari

I servizi primari hanno costituito *l'insieme delle prestazioni educative e relazionali volte al sostegno e allo sviluppo delle autonomie individuali e delle competenze relazionali, della persona con disabilità, mediante l'adozione di metodologie*

personalizzate, coerenti con gli obiettivi definiti nei rispettivi Progetti Educativi Individualizzati (PEI) e il rafforzamento del patto di collaborazione tra Centro, utenti e nuclei familiari.

Nel dettaglio, sono state attivate le seguenti tipologie di intervento:

- *attività educative*
- *Laboratorio di cura ed igiene personale:* finalizzato al potenziamento delle autonomie di base;
- *Laboratorio di comunicazione:* orientato allo sviluppo dell'autonomia sociale e delle abilità comunicative verbali e non verbali;
- *Laboratorio di educazione emotivo-affettiva:* rivolto alla promozione delle competenze relazionali, affettive ed emotive attraverso percorsi guidati;
- *Laboratori esperienziali:* orientati allo sviluppo di abilità manuali, espressive e relazionali, tra questi si segnalano:
 - *Laboratorio di cucina*
 - *Laboratorio di espressione artistica;*

-attività di animazione e a carattere ludico – motorio

- *Laboratorio di integrazione psico-coroprea attraverso il movimento:* finalizzato alla stimolazione delle abilità psicomotorie e alla promozione del benessere fisico;
- *Laboratori espressivi di teatro e attività ludico-ricreative:* finalizzati allo sviluppo delle capacità creative, comunicative e relazionali;
- *Laboratorio di artigianato creativo:* finalizzato al potenziamento della manualità, della concentrazione e dell'espressione individuale.

Attività socio-ricreative:

Sono state organizzate uscite sul territorio, tra cui escursioni, visite guidate e partecipazione ad eventi e manifestazioni di carattere socio-culturale, ricreativo e sportivo, con l'obiettivo di favorire l'inclusione sociale, la partecipazione attiva e il benessere psico-fisico delle persone coinvolte.

Le attività educative sono state *programmate a cadenza settimanale* e sono state sempre *progettate, organizzate e realizzate dall'équipe in modo da rinforzare il senso di appartenenza ad una comunità e nel contempo favorire la crescita individuale*, attraverso il sostegno all'autonomia e la promozione di nuove competenze, personali e sociali con una metodologia che premia e sostiene i risultati raggiunti.

A motivo della specialità della tipologia di utenti del Servizio, la metodologia di lavoro scelta dal gruppo operativo per l'implementazione di tutte le attività è stata *una metodologia di tipo esperienziale* nella consapevolezza che tale metodo possa configurare il setting di lavoro più adeguato al fine di promuovere un processo di apprendimento attivo nella serenità di un ambiente non giudicante in cui è possibile sbagliare.

-Servizi complementari

I servizi complementari costituiscono *l'insieme delle prestazioni che contribuiscono a sviluppare, integrare e migliorare la funzionalità e l'erogazione dei servizi primari*.

Nella fattispecie tali prestazioni hanno incluso:

- *Servizi amministrativi*
- *Servizio di trasporto assistito*
- *Servizio di manutenzione e pulizia.*

In riferimento al Servizio di Trasporto, si rende noto che il servizio di trasporto assistito è stato attivato per gli utenti le cui famiglie hanno fatto segnalazione di difficoltà logistiche per il raggiungimento del Centro Diurno con i propri mezzi, a cura del Consorzio Humana Solidarietà, con automezzi opportunamente attrezzati ed adeguati.

-Servizi supplementari

I servizi supplementari costituiscono *l'insieme delle prestazioni finalizzate ad ampliare le iniziative di sostegno e di inclusione sociale delle persone con disabilità*, in modo particolare di coloro i quali non usufruiscono dei servizi territoriali, che il Centro diurno si è proposto di promuovere e attivare fatta salva la relativa copertura finanziaria.

Nella fattispecie, i servizi supplementari hanno compreso:

- *iniziativa e laboratori decentrati*
- *spazi di socializzazione e di apprendimento aperti alla partecipazione di chi non frequenta abitualmente il Centro diurno.*

In collaborazione con i Servizi Sociali e Sanitari Territoriali sono stati individuati i potenziali beneficiari di tali interventi, nonché la natura e la tipologia degli stessi, in considerazione delle preferenze e delle esigenze dei possibili partecipanti.

I servizi supplementari sono stati implementati in luoghi e/o orari non coincidenti con l'ordinaria attività del Centro diurno e solitamente sono stati svolti nei locali messi a disposizione dalle Amministrazioni Comunali del Distretto Socio Sanitario D38 quali centri sociali, biblioteche e/o aule scolastiche.

Altresì, l'attivazione dei servizi supplementari è stata subordinata all'approvazione di specifici progetti presentati dal responsabile del Centro diurno e dettaglianti obiettivi, target, partner di progetto, sede, durata e costi di spesa previsti.

2.4 Modalità di accesso

La procedura della presa in carico degli utenti presso il Centro diurno è stata articolata in *diversi momenti*:

-Selezione e invio: Valutazione delle Domande di Iscrizione pervenute in seguito all'apertura del Bando di riferimento presso l'Ufficio Protocollo del proprio Comune di residenza, al fine di valutare l'esistenza dei requisiti di ammissione del richiedente, quindi invio al Servizio, con allegata Scheda di Valutazione e Relazione Sociale, a cura dell'Ufficio del Servizio Sociale del Comune Capofila del Distretto Socio Sanitario D38, ossia Lercara Friddi;

-Pre – inserimento e periodo di osservazione:

- Incontro di coordinamento tra il Coordinatore del Centro Diurno e l’Assistente Sociale Comunale referente del caso, al fine di discutere il caso, concordare le modalità di pre-inserimento (orari, giornate di frequenza, ...) e definire il periodo di osservazione (può variare da 3 a 5 settimane, in relazione delle caratteristiche del soggetto)
- Incontro conoscitivo tra la famiglia, l’assistente sociale del comune di residenza competente e il coordinatore del Centro Diurno e condivisione della relazione sul periodo osservativo, a cura dell’assistente sociale del Centro Diurno
- Periodo di osservazione, propedeutico all’inserimento effettivo (è effettuato solo dopo l’accertamento dell’adeguatezza dell’inserimento, a cura degli operatori del Centro Diurno che seguono il caso; in caso contrario, gli operatori hanno il compito di redigere una relazione che documenta le problematicità osservate, i cui contenuti vengono discussi con la famiglia);

-Inserimento effettivo: Elaborazione di un Progetto Educativo Individualizzato (PEI) in cui, in considerazione della diagnosi di base, si dettagliano punti di forza/punti di debolezza, barriere/facilitatori, quindi si individuano le necessità di intervento primario (area dell’autonomia, area affettivo-relazionale, area cognitiva, area motorio-prassica) e si definiscono obiettivi, strumenti, metodologie, tempi e luoghi di attuazione, modalità di verifiche degli risultati raggiunti, nonché tipo di frequenza al Centro Diurno (a tempo pieno, part-time o solo per specifiche attività ritenute utili alla persona), a cura dell’équipe del Centro diurno e condiviso e sottoscritto dal Coordinatore del Centro Diurno, dalla famiglia e dall’assistente sociale comunale di riferimento.

2.5 Dimissioni

Il Servizio ha previsto l’attivazione della procedura di dimissione dell’utente preso in carico nei seguenti *casi specifici*:

- *rinuncia volontaria dell’utente,*
- *trasferimento di residenza dell’utente,*
- *superamento del limite di 65 anni,*

- *insorgenza nell’utente di condizioni psico-fisiche gravemente pericolose per sè e per gli altri ospiti,*
- *insorgenza nell’utente di condizioni di salute particolarmente e stabilmente compromesse, tali da necessitare di cure e interventi a prevalenza sanitaria permanente*
- *reiterata assenza superiore a 20 giorni, nell’arco di tre mesi.*

2.6 Tutela dei diritti delle persone assistite

Tutti coloro che hanno operato all’interno del Centro Diurno sono stati tenuti a rispettare e a tutelare i *diritti delle persone assistite* secondo i principi della *deontologia professionale* e quanto previsto dalla *Carta dei Servizi del Centro Diurno*.

Capitolo terzo: Linee metodologiche di intervento

3.1 Il modello teorico di riferimento

Il modello teorico di intervento adottato dal Centro Diurno per Disabili si basa su un *approccio integrato e multidisciplinare, incentrato sulla centralità della persona*, con particolare attenzione alla valorizzazione delle risorse individuali, al rispetto dei bisogni espressi e al potenziamento delle capacità residue.

Tale modello *integra elementi della pedagogia speciale, della riabilitazione psicosociale e dell’inclusione attiva.*

L’obiettivo principale è stato quello di *promuovere lo sviluppo delle autonomie personali, relazionali e sociali* degli utenti, attraverso la progettazione di percorsi educativi personalizzati, elaborati a partire da una *valutazione funzionale multidimensionale*, che considera non solo le condizioni clinico-funzionali, ma anche le capacità residue, i desideri e le aspettative della persona.

L’*approccio* è stato *interdisciplinare*, ovvero l’équipe del Centro ha operato in sinergia e in costante collaborazione con le famiglie e con i servizi del territorio (servizi sociali, sanitari, del terzo settore), al fine di garantire una *presa in carico globale e continuativa*.

Le attività proposte, sia individuali che di gruppo, sono state progettate per stimolare competenze cognitive, comunicative, affettive e motorie, promuovendo il benessere globale della persona, l'autodeterminazione, il senso di appartenenza alla comunità e l'inclusione nella vita comunitaria.

3.2 La metodologia di intervento

La metodologia di intervento adottata all'interno del Centro Diurno si è configurata come un *processo strutturato, intenzionale e flessibile, basato su un approccio biopsicosociale e orientato alla promozione dell'autonomia, dell'inclusione e del benessere globale della persona.*

Alla base del processo metodologico è stata posta una *valutazione multidimensionale*, delle condizioni dell'utente, comprendente: competenze funzionali, bisogni specifici, risorse ambientali e contesto relazionale e familiare.

A partire da questa analisi, l'équipe multidisciplinare, ha elaborato, in un lavoro sinergico e di co-progettazione con le famiglie, un *Progetto Educativo Individualizzato (PEI)*, redatto secondo *criteri di personalizzazione, partecipazione e coerenza metodologica*.

Successivamente, sono stati implementati *interventi educativi e riabilitativi*, mediante *attività strutturate individuali e di gruppo, laboratori esperienziali, momenti di vita quotidiana e iniziative di socializzazione*, che hanno integrato le *dimensioni cognitive, affettive, relazionali e motorie*, con l'obiettivo di favorire *l'acquisizione di competenze adattive e la partecipazione attiva alla vita sociale*.

L'intero processo metodologico è stato accompagnato da una *osservazione sistematica e continua*, da un *monitoraggio qualitativo e quantitativo e dalla valutazione degli esiti*, tramite strumenti di osservazione sistematica e valutazione individualizzata, al fine di garantire coerenza tra obiettivi, strumenti e risultati dell'intervento, in una prospettiva di *miglioramento continuo*.

3.3 Le strategie di intervento: l'intesa con la famiglia e la collaborazione con la rete dei servizi

Il Centro Diurno, intendendo configurarsi non solo come *spazio appositamente strutturato volto a soddisfare i bisogni di assistenza, di socializzazione e di integrazione delle persone in condizione di disabilità, bensì anche come risorsa di sostegno per le famiglie* che si occupano quotidianamente della gestione di un familiare disabile, ha promosso il *coinvolgimento attivo dei nuclei familiari* degli utenti presi in carico nella definizione e attuazione dei rispettivi Piani Educativi Individualizzati (PEI), prevedendo *incontri periodici trimestrali* con ciascun nucleo familiare. Tali incontri hanno avuto l'obiettivo non solo di informare sul percorso di crescita e di sviluppo del proprio familiare, ma anche di raccogliere feedback e osservazioni e pianificare eventuali interventi integrati e sinergici.

Parallelamente, il Centro Diurno, volto a promuovere una *cultura inclusiva della disabilità* nel contesto territoriale d'azione, ha attivato un *dialogo costante con il mondo del volontariato e del terzo settore del territorio di riferimento*, al fine di strutturare una rete sociale solida nella consapevolezza che tale rete abbia un ruolo determinante nei processi di inclusione ed integrazione sociale degli utenti presi in carico, di promuovere l'inclusione attiva degli utenti nella vita comunitaria e il protagonismo delle persone in condizione di disabilità nei contesti pubblici, culturali e sociali.

3.4 Il monitoraggio e la documentazione

In coerenza con la *mission del servizio*, il Centro Diurno ha strutturato in modo attento e sistematico la *fase di monitoraggio e verifica dell'intervento*, ritenendo tale attività fondamentale per valutare l'efficacia degli interventi attuati, l'adeguatezza organizzativa del servizio e il raggiungimento progressivo degli obiettivi progettuali.

A tal fine, sono stati programmati *tre momenti principali di verifica*, condotti con regolarità:

- *Riunioni settimanali di coordinamento dell'équipe*, finalizzate alla verifica dell'andamento dei Progetti Educativi Individualizzati (PEI) e alla pianificazione delle attività settimanali;
- *Riunioni trimestrali con i familiari degli utenti*, finalizzate alla condivisione degli sviluppi del PEI e alla co-progettazione di eventuali adeguamenti;
- *Riunioni mensili con l'assistente sociale comunale referente del caso*, per un aggiornamento congiunto sul percorso individuale e sul coordinamento istituzionale.

Tali momenti sono stati finalizzati a monitorare lo stato di avanzamento delle attività educative e socio-assistenziali, valutare l'efficacia delle azioni intraprese rispetto agli obiettivi dei PEI e rilevare il grado di soddisfazione degli utenti e delle famiglie, nonché la qualità percepita del servizio.

Tutti gli incontri e le valutazioni sono stati formalmente documentati a cura del Coordinatore del Centro Diurno, garantendo tracciabilità, trasparenza e coerenza nell'attuazione del percorso educativo-assistenziale.

Capitolo quarto: Risultati Raggiunti

1.Risultati a confronto: Anno 2023, Anno 2024, Anno 2025

Premessa e finalità del monitoraggio

Il monitoraggio delle attività del Centro Diurno per Disabili ha l'obiettivo di valutare la crescita del servizio, la qualità dell'assistenza e l'efficacia delle attività proposte agli utenti. In particolare, si intende analizzare l'andamento del numero degli utenti, la loro partecipazione alle attività organizzate e il grado di soddisfazione sia degli utenti che delle loro famiglie.

I dati riportati si riferiscono al periodo *gennaio 2024 – dicembre 2024* e comprendono indicatori chiave come:

- numero totale e attivo degli utenti assistiti;
- tassi di partecipazione alle attività educative e ricreative;
- coinvolgimento delle famiglie e del territorio;
- feedback e osservazioni sulla qualità delle attività.

Andamento quantitativo delle attività

Nel corso dell'anno 2024, il Centro Diurno ha registrato un progressivo aumento del numero di utenti partecipanti alle attività, passando da 14 utenti a gennaio a 34 a settembre.

Tutti gli utenti hanno partecipato attivamente alle diverse attività organizzate all'interno del Centro, che sono state progettate per stimolare le capacità cognitive, relazionali e motorie degli utenti, nonché per favorire il loro benessere psico-sociale.

Periodo	Numero Utenti
----------------	----------------------

Periodo	Numero Utenti
Gennaio 2024	14
Febbraio 2024	18
Marzo 2024	27
Aprile 2024	29
Maggio 2024	30
Giugno 2024	31
Dicembre 2024	34

Partecipazione alle attività

Nel corso dell'anno, ogni mese, le attività si sono articolate su diverse tipologie, inclusi laboratori espressivo- relazionali, attività motorie e sociali, percorsi educativi personalizzati e momenti di svago.

Tutti gli utenti, indipendentemente dal loro livello di disabilità, hanno preso parte a queste attività, ciascuna progettata per rispondere a esigenze specifiche e favorire la socializzazione e l'autonomia. Le attività sono state strutturate per garantire un alto livello di coinvolgimento, con particolare attenzione alla creazione di un ambiente inclusivo e stimolante.

Analisi qualitativa e impatto territoriale

Il Centro Diurno per Disabili ha avuto un impatto positivo non solo sugli utenti, ma anche sulle loro famiglie e sulla comunità locale. Le attività proposte hanno contribuito a migliorare le capacità cognitive, motorie e sociali degli utenti, favorendo il loro sviluppo e la loro autonomia.

Inoltre, il servizio ha promosso un'integrazione attiva con il territorio, coinvolgendo diverse risorse locali e creando una rete di supporto che ha arricchito l'offerta del centro. Il monitoraggio continuo delle attività ha permesso di personalizzare gli interventi e ottimizzare il tempo dedicato a ciascun utente.

Criticità e azioni di miglioramento

Nonostante i risultati positivi, sono emerse alcune criticità, tra cui:

- necessità di adattare alcune attività a utenti con disabilità gravi o multiple;
- richiesta di maggiore formazione per il personale riguardo alle tecniche di gestione di gruppi eterogenei.

Per affrontare queste criticità, sono state messe in atto le seguenti misure di miglioramento:

- personalizzazione delle attività in base alle capacità individuali degli utenti, per garantire che tutti potessero partecipare attivamente;
- incontri di supervisione con lo psicologo del lavoro del progetto, volti a monitorare la qualità del servizio, riflettere sui processi educativi e indicare eventuali interventi di miglioramento;
- ampliamento delle risorse destinate all'attività educativa, con il supporto di esperti esterni.

Sintesi conclusiva

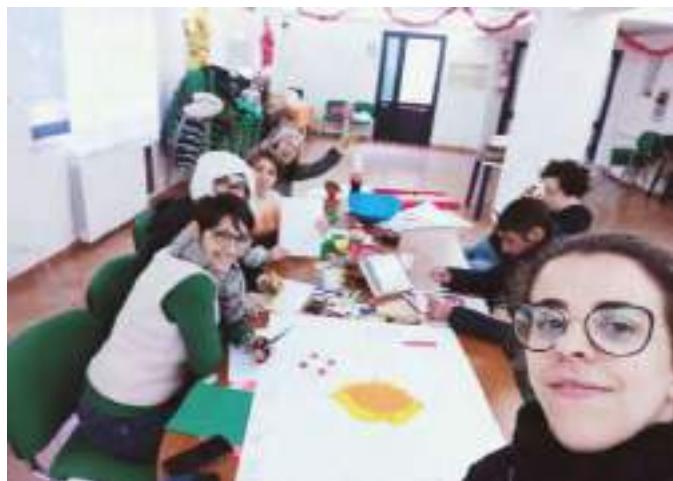
Il Centro Diurno per Disabili ha raggiunto importanti risultati nel 2024, con un notevole incremento del numero di utenti e una partecipazione costante e attiva a tutte le attività proposte. Il successo di queste attività è stato testimoniato dalla soddisfazione degli utenti e delle loro famiglie, nonché dall'impatto positivo che il centro ha avuto nella comunità locale.

Nonostante alcune difficoltà iniziali, le azioni correttive intraprese hanno migliorato ulteriormente la qualità del servizio, garantendo un'assistenza sempre più personalizzata e mirata alle esigenze degli utenti. Il Centro Diurno ha rappresentato un punto di riferimento fondamentale per il supporto e l'integrazione delle persone con disabilità del territorio del Distretto Socio Sanitario n.38.

Capitolo quinto: Volti, gesti e luoghi: documentazione fotografica del Servizio Centro Diurno per Disabili

5.1 Il servizio in immagini: operatori e utenti, protagonisti di un percorso condiviso

Le immagini che seguono documentano la quotidianità del Centro Diurno, mettendo in luce il dialogo, l’interazione e la partecipazione tra operatori e utenti. Attraverso volti, gesti e attività laboratoriali emerge una rete di relazioni fondata sull’ascolto, la cura e la crescita condivisa. Le attività educative, tra creatività, gioco, espressione corporea, manualità e condivisione emotiva, diventano così strumenti per il “fare insieme”, valorizzando il percorso personale e collettivo di ogni utente.



Laboratorio di espressione artistica



Laboratorio di cucina



Laboratorio di integrazione psico-corporea attraverso il movimento



Laboratorio ludico ricreativo



Laboratorio manipolativo espressivo



Laboratorio di educazione socio emotiva

5.3 Storie di resilienza: la rappresentazione teatrale presso il Cinema Ideal di Lercara Friddi

Le immagini che seguono documentano un percorso di espressione, condivisione e resilienza, in cui il teatro diventa spazio di crescita e trasformazione personale.



La rappresentazione teatrale: una testimonianza di resilienza e crescita personale attraverso l'arte

Conclusione

Il percorso visivo presentato restituisce la vitalità quotidiana del Centro Diurno, mettendo in luce relazioni, attività e momenti significativi che raccontano un’esperienza condivisa di crescita, partecipazione e inclusione, in cui la dimensione educativa e quella relazionale si intrecciano per sostenere il benessere e la valorizzazione della persona. Volti, gesti e luoghi esprimono il senso profondo del prendersi cura.

Nota tecnica

Le immagini raccolte sono state acquisite nel pieno rispetto del consenso informato dei soggetti coinvolti e in conformità con la normativa vigente sulla tutela della privacy (Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

Sezione 4

AZIONE 6

Il Servizio di Infermiere di Comunità

Capitolo primo: Inquadramento generale dell’Azione 6

1.1 Identità e finalità del servizio

Il Servizio di Infermiere di Comunità costituisce il quarto dei cinque interventi previsti dal Progetto “Istituzione di un Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica destinato ai profughi in fuga dalle guerre (nuclei familiari, donne e bambini), Centro Disabili Diurno, Infermiere di Comunità e Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Sanitaria”, finanziato nell’ambito della Missione 5 “Inclusione e coesione”, Componente 3 “Interventi speciali per la coesione territoriale”, Investimento 1 “Strategia nazionale per le aree interne”, Linea di intervento 1.1.1 “Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità” del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)”, con soggetto beneficiario il Distretto Socio Sanitario D38, con capofila il Comune di Lercara Friddi.

Il Servizio, avviato a partire dal mese di febbraio 2024, in collaborazione con il Consorzio Umana Solidarietà e la Cooperativa “il Melograno” come soggetti attuatori, si è configurato come un servizio di assistenza fondamentale nell’ambito dell’assistenza territoriale, nella misura in cui orientato alla promozione e alla tutela della salute, alla prevenzione delle malattie e alla presa in carico globale della persona nel proprio contesto di vita, operando in stretta sinergia con altre figure del sistema socio sanitario quali il medico di medicina generale, l’assistente sociale, gli infermieri domiciliari, altri specialisti e con tutte le risorse formali e informali (Comune, associazioni, volontariato, parrocchia...) presenti sul territorio interessato, al fine di “progettare insieme” percorsi di miglioramento degli stili di vita.

In quest’ottica l’identità del servizio si sostanzia in una visione olistica dell’assistenza, fondata su competenze cliniche, relazionali ed educative, finalizzate a rispondere in maniera appropriata, proattiva e continuativa ai bisogni sanitari e sociali della popolazione.

Nella fattispecie, in linea con il quadro normativo di riferimento che definisce ruolo, funzioni e collocazione del servizio dell’infermiere di comunità all’interno del sistema

sanitario nazionale (A livello nazionale: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute, il DM 77/2022, la Legge 3/2018 - Legge Lorenzin. In ambito regionale invece le linee guida e le deliberazioni specifiche regionali per declinare operativamente il ruolo dell'infermiere di comunità, in coerenza con le esigenze demografiche e socio-sanitarie del territorio), l'azione del Servizio si è articolata su più livelli: individuale, familiare e comunitario.

Ambiti assistenziali di intervento del servizio Infermiere di Comunità sono stati la sfera dell'assistenza domiciliare primaria diretta al paziente, con necessità pratiche, e indiretta a pazienti sani, con il sostegno nella gestione delle patologie croniche, interventi di educazione alla salute e l'attivazione di reti di supporto comunitario.

Di seguito si dettagliano alcune finalità del Servizio Infermiere di comunità:

- assistenza infermieristica a domicilio di pazienti fragili e con cronicità:
 - erogazione di specifica prestazione infermieristica;
- garantire equità nell'accesso ai servizi:
 - informazione sui servizi presenti sul territorio
 - orientamento al corretto utilizzo dei servizi socio-sanitari;
- educazione alla salute per un invecchiamento sano e attivo
 - interventi informativi/formativi finalizzati alla diffusione di stili di vita salutari (corretta alimentazione, attività fisica e prevenzione...) all'interno dell'ambiente scolastico
 - attività di informazione/formazione sulle cause degli incidenti domestici e i principali rischi;
- attivazione di reti di supporto comunitario.

1.2 I Destinatari del servizio

I destinatari del servizio sono stati *persone in condizione di vulnerabilità cronica, malattia o disabilità*, non solo anziani, ma anche adulti e minori, che necessitavano di un supporto concreto nella vita quotidiana, ovvero di una specifica assistenza infermieristica, *incluse persone dimesse dalle strutture sanitarie bisognose* di proseguire la presa in carico da un contesto avulso da quello ospedaliero.

Tra questi pazienti nessuno è stato escluso, neppure i minori di 14 anni e i pazienti oncologici già presi in carico dall'équipe di cure palliative domiciliari.

L'intervento è stato erogato sia in ambito domiciliare sia presso strutture territoriali ubicate in uno dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario D38 che hanno aderito all'iniziativa (Lercara Friddi - paese capofila, Alia, Castronovo, Palazzo Adriano, Prizzi, Vicari e Roccapalumba).

Questa presa in carico globale ha permesso di rispondere in modo efficace e integrato ai bisogni di salute della popolazione, contribuendo a migliorare la qualità della vita degli assistiti e a rafforzare la rete dei servizi territoriali.

Capitolo secondo: Struttura del servizio

2.1 Organizzazione del servizio

La sede operativa del Servizio è stata sita nei locali concessi in comodato dal Comune di Lercara Friddi in Piazza Abate Romano, 19.

La sede operativa è stata aperta al pubblico dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 14:00.

Le prestazioni infermieristiche invece sono state garantite con continuità dal lunedì alla domenica, articolate su fasce orarie sia mattutine sia pomeridiane, in considerazione delle esigenze specifiche degli utenti.

Il Servizio si è articolato secondo un modello organizzativo territoriale integrato, finalizzato a garantire una risposta efficace, personalizzata e tempestiva ai bisogni assistenziali della popolazione, ovvero il Servizio ha operato nell'ambito del Distretto Socio- Sanitario D 38, collaborando con i medici di medicina generale, i servizi sociali, le unità di continuità assistenziale e le équipe multidisciplinari.

L'organizzazione del servizio ha previsto una pianificazione degli interventi basata sulla *mappatura dei bisogni del territorio*, con *l'individuazione di priorità assistenziali* e la *definizione di percorsi personalizzati di cura e supporto*.

Le attività si sono svolte sia in ambito domiciliare che presso strutture territoriali (es. Case di riposo dei Comuni facenti parte del Distretto Socio- Sanitario D-38), con un'attenzione particolare alla prossimità, alla continuità assistenziale e alla presa in carico proattiva delle persone fragili e vulnerabili.

La documentazione, il monitoraggio degli esiti e la valutazione dei bisogni emergenti

hanno costituito elementi centrali nella governance del servizio, contribuendo al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.

Le risorse umane hanno rappresentato un elemento strategico e imprescindibile per il funzionamento efficace del servizio di infermiere di comunità.

La struttura organizzativa del Servizio ha previsto l'impiego di un'équipe multidisciplinare. Nel dettaglio, l'organico ha compreso: un infermiere con formazione avanzata in ambito comunitario a cui è stato affidato il coordinamento del Servizio; tre infermieri professionali con competenze specifiche in assistenza territoriale, educazione sanitaria e gestione delle cronicità che si è occupato di effettuare le prestazioni diagnostiche; un'assistente sociale che ha avuto un ruolo strategico nella valutazione dei bisogni sociali, nella costruzione dei percorsi personalizzati di presa in carico e nell'attivazione della rete territoriale, con l'obiettivo di garantire l'integrazione tra interventi sanitari e sociali ed infine un operatore di supporto, ovvero un operatore sociale che, operando in sinergia con gli altri professionisti dell'équipe, ha assicurato oltre alle attività di segreteria e supporto organizzativo, anche un contributo attivo alle attività di assistenza sociale, favorendo la continuità dell'assistenza nel contesto domiciliare e comunitario.

L'efficacia del setting di lavoro è stata legata alla presenza stabile e costante di tutti gli operatori coinvolti.

Altresì, *l'integrazione operativa* con l'ASP del Distretto Socio- Sanitario D-38, i medici di medicina generale ed altri professionisti sociosanitari è stata fondamentale per garantire un *approccio collaborativo e centrato sulla persona*.

La pianificazione delle risorse umane è avvenuta sulla base della densità della popolazione, della prevalenza di condizioni croniche e della complessità assistenziale del territorio di riferimento, al fine di assicurare un'adeguata copertura e qualità del servizio. La formazione continua, l'aggiornamento professionale e il supporto organizzativo sono stati aspetti chiave per il mantenimento di standard elevati nella pratica assistenziale.

2.2 Organigramma del personale

Nel corso dell'attività progettuale, l'organigramma del personale ha subito una variazione. Di seguito si riportano nel dettaglio sia la configurazione iniziale, sia la versione definitiva dell'organigramma alla conclusione delle attività progettuali.

Organigramma iniziale (fino a marzo 2025):

- n. 1 coordinatore: Grisafi Francesco
- n.1 infermiere Alongi Giada
- n.1 assistente sociale: Sciacchitano Cristiana
- n.1 operatore socio-sanitario: Sferlazza Marianna

Organigramma attuale:

- n. 1 coordinatore: Grisafi Francesco
- n.3 infermieri: Alongi Giada, Costa Eugenia, Cannata Gaetano
- n.1 assistente sociale: Lo Faso Chiara Roberta
- n.1 operatore socio-sanitario: Sferlazza Marianna
- .

2.3 Servizi offerti

Il servizio Infermiere di Comunità ha offerto un ampio ventaglio di prestazioni finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e alla gestione integrata dei bisogni assistenziali della popolazione.

Tra i principali servizi erogati vi sono stati *l'assistenza domiciliare integrata*, che comprende la cura di pazienti con patologie croniche, disabilità o in fase di post-ospedalizzazione, garantendo continuità e personalizzazione degli interventi. L'infermiere di comunità ha svolto inoltre *attività di educazione alla salute*, orientando gli assistiti verso stili di vita sani e favorendo l'empowerment personale e familiare. Particolare attenzione è stata rivolta alla *gestione delle emergenze sanitarie a livello territoriale e al supporto sociale nelle situazioni di fragilità*.

Inoltre, il servizio si è occupato della *pianificazione e del monitoraggio dei percorsi assistenziali*, in collaborazione con i medici di medicina generale e altre figure professionali, al fine di ottimizzare le risorse e migliorare gli esiti di salute.

L'infermiere di comunità ha facilitato anche *l'accesso ai servizi sanitari e sociali*, svolgendo una funzione di coordinamento e mediazione all'interno della rete territoriale.

2.4 Collaborazioni attive

Il Servizio Infermiere di Comunità, finalizzato a garantire risposte di qualità a tutti i cittadini in condizione di vulnerabilità, ha attivato due significative collaborazioni, rispettivamente con il Distretto Socio Sanitario n.38, per creare un sistema integrato di presa in carico dei soggetti vulnerabili, e con l’Istituzione Scolastica del territorio di riferimento, con l’obiettivo di promuovere la salute e il benessere psico-fisico dei più giovani, contribuendo alla diffusione di uno stile di vita sano e sostenibile.

In riferimento alla collaborazione con il Distretto Sanitario n.38, in data 05 marzo 2024, è stato sottoscritto un *protocollo di intesa* tra il Comune di Lercara Friddi, in qualità di Comune capofila del Distretto Socio Sanitario D38 e beneficiario della misura M5C3 Investimento 1.1.1 del PNRR, il Consorzio “Umana Solidarietà s.c.s”, in qualità di soggetto attuatore esterno del Progetto “Istituzione di un Servizio di Etnopsichiatria e di Assistenza Psicologica destinato ai profughi in fuga dalle guerre (nuclei familiari, donne e bambini), Centro Disabili Diurno, Infermiere di Comunità e Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Sanitaria”, e il Distretto Sanitario n.38 dell’ASP competente, finalizzato a promuovere la costituzione e il consolidamento di una rete locale di collaborazione, funzionale all’efficace attuazione dell’Azione 6 prevista dal Progetto sul territorio distrettuale.

Nella fattispecie, relativamente all’Azione 6, in linea con il Decreto del Ministero della Salute n.77/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” che definisce la figura dell’infermiere di comunità quale figura professionale di riferimento che assicura l’assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera ponendo al centro la persona, l’accordo prevedeva che, a decorrere dal 07 aprile 2025, gli operatori del servizio Infermiere di Comunità avrebbero gestito il servizio di prelievo a domicilio per i soggetti non deambulanti e non trasportabili con mezzi comuni segnalati dai Medici di Medicina Generale nei Comuni di Lercara Friddi, Alia, Castrone di Sicilia, Palazzo Adriano, Prizzi, Roccapalumba e Vicari.

Il protocollo di riferimento, entrato in vigore a partire dalla data di sottoscrizione, con riferimento all’Azione 6 del Progetto, è rimasto valido fino alla conclusione delle attività previsto per il 31 dicembre 2025.

In riferimento alla collaborazione con l’Istituzione Scolastica del territorio, invece, a motivo di una delle principali finalità del Servizio di implementare interventi informativi/formativi finalizzati alla diffusione di stili di vita salutari (corretta alimentazione, attività fisica e prevenzione...) all’interno dell’ambiente scolastico, in data 19 marzo 2025, è stato stipulata una *convenzione* tra il Consorzio “Umana Solidarietà s.c.s” e l’Istituto Comprensivo “Alfonso Giordano” di Lercara Friddi-Castrono di Sicilia e Vicari, finalizzata alla realizzazione del Progetto “Educazione Alimentare”, ritenendo che l’implementazione di tale attività sociale in ambito scolastico, con eventuali opportunità a carattere interdisciplinare, potesse favorire processi di crescita utili alla prevenzione e, più in generale, alla prevenzione del disagio giovanile.

2.5 Il Progetto di Educazione Alimentare presso l’Istituto Comprensivo ‘Alfonso Giordano’

Il progetto “Educazione Alimentare” nasce con l’obiettivo di promuovere la salute e il benessere psico-fisico degli alunni della scuola dell’Infanzia, della scuola Primaria e della scuola Secondaria di I grado dell’Istituto Comprensivo “A. Giordano” di Lercara Friddi- Castrono di Sicilia e Vicari, attraverso l’acquisizione di corrette abitudini alimentari, contribuendo alla prevenzione di patologie legate a disordini nutrizionali (obesità, anoressia, bulimia) e alla diffusione di uno stile di vita sano e sostenibile.

Partendo dalla consapevolezza che, oggi più di ieri, la scuola riveste un ruolo centrale nell’educazione alla salute, il progetto si è proposto di integrare l’educazione alimentare nei percorsi didattici in modo trasversale, sviluppando un approccio interdisciplinare al tema del cibo, attraverso il collegamento con dimensioni storiche, scientifiche, geografiche, culturali e antropologiche, coinvolgendo attivamente non solo gli alunni e i loro insegnanti, ma anche le famiglie, in un processo formativo condiviso.

Le finalità principali del progetto pertanto hanno riguardato:

- la promozione della consapevolezza dell'importanza di una corretta alimentazione, con particolare riferimento alla prevenzione delle principali patologie connesse a disordini alimentari quali obesità, anoressia e bulimia
- la promozione di comportamenti preventivi sin dalla giovane età
- l'integrazione dell'educazione alimentare nei diversi ambiti disciplinari, mettendo in rilievo le connessioni tra cibo e aspetti storici, scientifici, geografici, culturali e antropologici, in un'ottica di apprendimento trasversale e interdisciplinare
- la promozione di comportamenti alimentari e stili di vita sostenibili, orientati alla tutela dell'ambiente e alla riduzione dell'impatto ecologico, sensibilizzando gli alunni al rispetto delle risorse naturali e alla stagionalità degli alimenti
- l'educazione a un consumo consapevole e responsabile, sviluppando la capacità critica nell'interpretazione di etichette alimentari, tabelle nutrizionali e messaggi pubblicitari, per favorire scelte autonome e informate.

Il progetto è stato rivolto a tutte le classi della scuola dell'infanzia, della scuola primaria e della scuola secondaria di primo grado dell'Istituto Comprensivo “A. Giordano” di Lercara Friddi- Castrono di Sicilia e Vicari.

Le attività progettuali, adeguatamente diversificate in considerazione delle diverse fasce di età e in ottemperanza delle rispettive esigenze educative, sono state implementate in orario scolastico, nei locali dell'Istituto adeguatamente predisposti, a partire dal 20 febbraio 2025 fino al 23 dicembre 2025, con periodizzazione degli interventi.

Il calendario degli interventi ha previsto n.1 intervento per ogni classe, ciascuno della durata di 1 ora, ed è stato predisposto dall'èquipe del Servizio in accordo con gli insegnanti delle classi interessate.

Gli insegnanti coinvolti hanno svolto un ruolo attivo nella realizzazione delle attività e nella verifica delle finalità previste nel Progetto. Altresì, per il monitoraggio e la documentazione delle attività svolte, è stato previsto l'utilizzo di risorse multimediali e strumenti informatici scelti ad hoc.

Il Progetto ha rappresentato un'iniziativa strategica finalizzata alla diffusione della cultura alimentare con l'obiettivo di:

- tutelare il benessere e la salute dei cittadini;
- valorizzare i prodotti agroalimentari locali, nel rispetto della stagionalità;
- riscoprire le tradizioni gastronomiche siciliane;
- promuovere un equilibrio sostenibile tra uomo e natura.

2.6 Modalità di accesso

Relativamente alla procedura della presa in carico delle persone fragili e/o con cronicità, la procedura di accesso al servizio ha previsto *due modalità di accesso*:

-*attivazione diretta*, tramite richiesta diretta dell'utente o dei suoi familiari, in presenza di bisogni assistenziali specifici;

-*attivazione indiretta*, su segnalazione dei medici di medicina generale, dei servizi sanitari territoriali e degli ambulatori specialistici o, in casi particolari, anche da parte dei Servizi Sociali.

È prevista una *fase di valutazione iniziale multidimensionale*, durante la quale vengono analizzati i bisogni clinici, sociali e ambientali dell'assistito, al fine di definire un piano di intervento personalizzato.

Le procedure di accesso sono state regolate dalle *normative regionali* e dagli *standard organizzativi del Distretti Socio- Sanitario D-38*, che garantiscono equità e tempestività nell'attivazione del servizio.

Inoltre, nella realtà territoriale del Comune capofila, Lercara Friddi, è stato attivato uno *sportello informativo e un numero dedicato* per facilitare la richiesta di assistenza e fornire orientamento agli utenti.

La tempestività e la facilità di accesso hanno rappresentato elementi chiave per garantire una presa in carico efficace e continuativa, in linea con i principi di prossimità e centralità della persona.

2.7 Dimissioni dalla presa in carico

Le dimissioni dalla presa in carico nel servizio dell'infermiere di comunità avvengono a seguito del raggiungimento degli obiettivi assistenziali stabiliti nel piano di cura personalizzato o in caso di modifica delle condizioni cliniche e sociali dell'assistito che rendano necessaria una diversa modalità di intervento.

Il *processo di dimissione* è stato *condotto in modo condiviso* con l'utente, la famiglia e gli altri operatori coinvolti, garantendo una comunicazione chiara e una corretta documentazione dell'uscita dal servizio.

In caso di necessità di ulteriori interventi, si da indicazione del *trasferimento ad altri servizi sanitari o sociali*, assicurando la continuità assistenziale.

La dimissione dalla presa in carico rappresenta quindi un momento organizzativo e clinico essenziale per ottimizzare le risorse e favorire la sostenibilità del sistema territoriale.

Capitolo terzo: Linee metodologiche di intervento

3.1 Il modello teorico di riferimento

Il servizio dell'infermiere di comunità si è fondato su modelli teorici che enfatizzano un approccio olistico, centrato sulla persona e orientato alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie.

Tra i principali modelli di riferimento vi è stato il *modello di assistenza primaria integrata*, che mira a garantire continuità, coordinamento e integrazione delle cure tra ospedale, territorio e servizi sociali.

Inoltre, il *modello bio-psico-sociale* ha costituito una base fondamentale, poiché considera la persona nella sua globalità, tenendo conto degli aspetti biologici, psicologici e sociali che influenzano la salute.

Il servizio Infermiere di Comunità ha applicato anche *principi di empowerment e partecipazione attiva dell’utente e della famiglia*, promuovendo l’autonomia e la responsabilizzazione nella gestione della propria salute.

Questo quadro teorico ha orientato le pratiche assistenziali verso un intervento proattivo, preventivo e personalizzato, in grado di rispondere efficacemente ai bisogni complessi e multidimensionali della popolazione.

3.2 La metodologia di intervento

Il Servizio di Infermiere di Comunità, al fine di promuovere una modalità articolata nella presa in carico delle persone portatrici di forme di vulnerabilità cronica, ha adottato una metodologia di intervento basata su un *approccio sistematico, strutturato e centrato sulla persona*, che prevede diverse fasi integrate per garantire una presa in carico efficace e continuativa.

Il processo inizia con una *valutazione multidimensionale dei bisogni clinici, psicologici e sociali dell’assistito*, che consente di definire un *piano di cura personalizzato e condiviso con l’utente e con le altre figure professionali coinvolte*.

Successivamente, l’intervento si è articolato in *azioni di assistenza diretta, educazione sanitaria, supporto alla gestione delle cronicità e monitoraggio costante dello stato di salute*.

La metodologia ha previsto inoltre la *revisione periodica del piano assistenziale*, attraverso un continuo processo di valutazione e adattamento, al fine di rispondere tempestivamente a eventuali cambiamenti nelle condizioni dell’assistito.

La *collaborazione multidisciplinare* e la *comunicazione efficace tra i diversi operatori* sono stati elementi imprescindibili per il successo dell’intervento, così come *l’adozione di strumenti tecnologici* che hanno facilitato la raccolta dati, la documentazione e il coordinamento delle attività.

Questo approccio metodologico ha garantito un’assistenza personalizzata, integrata e orientata alla promozione del benessere complessivo della persona.

3.3 Le strategie di intervento: la mappatura territoriale, le strategie promozionali e la collaborazione con la rete dei servizi

Nell'ottica di una progettualità dinamica, l'équipe multidisciplinare del Servizio ha posto in essere diverse strategie di intervento che si sono fondate su un'attenta analisi e valorizzazione delle risorse e dei bisogni presenti nel territorio di riferimento.

La *mappatura territoriale* ha costituito il primo passo fondamentale, permettendo di identificare le caratteristiche demografiche, epidemiologiche e socio-economiche della popolazione, nonché le risorse sanitarie e sociali disponibili. Tale analisi ha consentito di pianificare interventi mirati e personalizzati, in linea con le esigenze emergenti.

Le *strategie promozionali*, invece, sono state orientate alla diffusione di informazioni e buone pratiche relative alla prevenzione e alla salute, attraverso attività di educazione sanitaria, campagne di sensibilizzazione e iniziative di coinvolgimento comunitario.

La *collaborazione con la rete dei servizi* infine ha rappresentato un elemento imprescindibile per garantire continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi. L'infermiere di comunità ha operato in sinergia con l'ASP del Distretto Socio-Sanitario D38, i medici di medicina generale, gli specialisti e i servizi sociali, facilitando l'accesso alle risorse e promuovendo un sistema di supporto coordinato e centrato sulla persona.

Queste strategie congiunte hanno consentito di ottimizzare le risorse, ridurre le disuguaglianze e migliorare la qualità della vita della popolazione assistita.

3.4 Gli impianti di intervento

Gli impianti di intervento rappresentano le strutture organizzative, metodologiche e operative su cui si è fondata l'attività del servizio Infermiere di Comunità, garantendo la coerenza e l'efficacia degli interventi sul territorio.

Questi impianti hanno incluso la definizione di *protocolli assistenziali standardizzati*, l'utilizzo di *modelli di valutazione multidimensionali* e la predisposizione di *percorsi assistenziali personalizzati*, orientati alla continuità e all'integrazione delle cure.

Fondamentale è stata anche la costruzione di una *rete territoriale di servizi sociosanitari*, in cui l'infermiere di comunità ha operato come figura di raccordo e

coordinamento tra i diversi attori coinvolti, al fine di assicurare un’assistenza fluida e centrata sulla persona.

Gli impianti di intervento hanno compreso inoltre l’impiego di *strumenti tecnologici e sistemi informativi integrati* che supportano la raccolta dati, la comunicazione e la gestione delle informazioni cliniche, favorendo un monitoraggio costante e l’adattamento tempestivo degli interventi. Questi elementi strutturali e funzionali hanno costituito la base per una risposta assistenziale efficace, sostenibile e orientata alla valorizzazione delle risorse locali e alla promozione della salute nella comunità.

3.5 Il monitoraggio e la documentazione

Al fine di perseguire la *mission* del servizio, ovvero garantire la qualità, la continuità e la sicurezza delle cure erogate, infine, il monitoraggio e la documentazione hanno rappresentato componenti essenziali nel processo assistenziale del servizio Infermiere di Comunità.

Il *monitoraggio* è consistito nella raccolta sistematica di dati clinici, funzionali e relazionali relativi all’assistito, al fine di valutare l’efficacia degli interventi, individuare tempestivamente eventuali criticità e adeguare il piano di cura in modo dinamico.

La *documentazione*, invece, redatta in forma chiara, completa e conforme agli standard normativi, ha avuto una duplice funzione: da un lato ha costituito uno strumento di comunicazione tra i diversi professionisti dell’èquipe multidisciplinare; dall’altro ha rappresentato una fonte indispensabile per la valutazione degli esiti, la rendicontazione e la pianificazione delle attività future.

L’adozione di sistemi informatizzati integrati infine ha facilitato la gestione e la condivisione delle informazioni, migliorando l’efficienza e riducendo il rischio di errori.

In conclusione, un monitoraggio rigoroso e una documentazione accurata sono stati elementi imprescindibili per assicurare una presa in carico efficace, centrata sulla persona e in linea con i principi di trasparenza e responsabilità professionale.

Capitolo quarto: Risultati Raggiunti

4.1.Risultati a confronto: Anno 2024, Anno 2025

Premessa e finalità del monitoraggio

Il monitoraggio delle attività del Servizio di Infermiere di Comunità è stato condotto con l’obiettivo di valutare l’andamento del servizio, la progressiva presa in carico degli utenti e l’efficacia degli interventi di assistenza infermieristica territoriale. L’analisi si riferisce al periodo *marzo 2024 – dicembre 2025*, e si basa sui principali indicatori quantitativi:

- numero complessivo di utenti presi in carico;
- numero di prestazioni infermieristiche erogate;
- numero di accessi attivati presso i *Punti Unici di Accesso (PUA)*, indicatori della capacità del servizio di integrarsi con la rete socio-sanitaria territoriale.

Andamento quantitativo delle attività

Dai dati rilevati emerge una crescita progressiva e costante delle attività nel corso dei due anni di riferimento.

Periodo	Totale Utenti	Prestazioni Infermieristiche	PUA Attivati
Mar-24	0	0	0
Lug-24	38	453	0
Dic-24	84	1068	0
Lug-25	209	2001	73
Set-25	246	2581	88
Dic-25	282	708	129

L’avvio operativo del servizio nel secondo trimestre del 2024 ha visto una fase iniziale di definizione delle procedure, dell’organizzazione territoriale e della presa in carico degli utenti.

Nel corso del 2025, il Servizio ha raggiunto una piena operatività, con un incremento

lineare sia nel numero di utenti assistiti sia nel volume di prestazioni infermieristiche erogate.

In particolare:

. Gli *utenti presi in carico* sono passati da *38 nel luglio 2024 a 282 nel dicembre 2025*, con un incremento del + 642.%

- Le *prestazioni infermieristiche* sono a cresciute da *2.581 a 2.708*, con un aumento del +498%, segno di un progressivo consolidamento della fiducia da parte della popolazione e dell'efficacia della rete territoriale.
- L'attivazione dei *PUA* è avvenuta nel corso del 2025, raggiungendo *129 accessi* a dicembre, indice dell'integrazione crescente tra assistenza infermieristica, medici di medicina generale e servizi sociali comunali.

Analisi qualitativa e impatto territoriale

Il Servizio di Infermiere di Comunità ha rappresentato un punto di riferimento fondamentale per la popolazione, garantendo *prossimità, continuità assistenziale e presa in carico personalizzata*.

L'incremento delle attività riflette:

- una maggiore *visibilità del servizio* grazie alle campagne informative territoriali e alla collaborazione con il Distretto Socio Sanitario;
- l'aumento della *domanda di assistenza domiciliare* da parte di cittadini anziani e persone con bisogni complessi, spesso non completamente intercettate dai canali tradizionali.

A livello territoriale, il servizio ha favorito l'intervento tempestivo sui bisogni sanitari e contribuito a prevenire ricoveri impropri.

Criticità e azioni di miglioramento

Durante la fase iniziale (marzo-luglio 2024), sono state riscontrate alcune criticità legate a:

- difficoltà di integrazione dei flussi informativi tra i diversi attori del sistema territoriale;
- necessità di consolidare il coordinamento operativo con i medici di medicina generale.

Nel corso del 2025, tali criticità sono state affrontate attraverso:

- l'attivazione dei *Punti Unici di Accesso (PUA)*, che hanno migliorato la gestione dei percorsi di presa in carico;
- l'implementazione di un sistema digitale di registrazione delle prestazioni;
- la definizione di *protocolli condivisi* per l'intervento integrato con i servizi sociali e socio-sanitari.

Sintesi conclusiva

Il biennio 2024–2025 evidenzia il consolidamento del *Servizio di Infermiere di Comunità* come strumento strategico per la sanità di prossimità, in linea con gli obiettivi del PNRR-*Missione 6, Componente 1.*

L'incremento costante degli utenti e delle prestazioni, insieme all'attivazione dei PUA, dimostra la capacità del servizio di rispondere in modo efficace ai bisogni di salute della popolazione e di *rafforzare l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale sul territorio*.

Oggi il servizio rappresenta un modello di prossimità consolidato, che potrebbe essere inserito come parte integrante della rete territoriale di assistenza continuativa e multidisciplinare.

Capitolo quinto: Volti, gesti e luoghi: documentazione fotografica del Servizio Infermiere di Comunità

5.1 Il servizio in azione. Dal territorio alla prevenzione: prossimità e salute

Il Servizio di Infermiere di Comunità opera quotidianamente sul territorio attraverso interventi di prossimità, competenza clinica e relazione d'aiuto, garantendo una presa in carico efficace e centrata sulla persona.

Per ragioni legate alla delicatezza delle prestazioni infermieristiche effettuate, *non è possibile documentare fotograficamente le attività quotidiane* svolte sul territorio.

Per rendere comunque visibile l'impegno del Servizio, il presente report propone una documentazione fotografica del *Progetto di Educazione Alimentare presso l'Istituto Comprensivo ‘Alfonso Giordano’*, in cui momenti di gioco, apprendimento e sperimentazione dimostrano come la prevenzione possa essere integrata in esperienze formative e coinvolgenti.

Le immagini restituiscono il valore della partecipazione attiva, della promozione di stili di vita sani e dell'educazione come strumento di benessere, evidenziando l'impegno del Servizio nel sostegno alla comunità fin dalla giovane età.

5.2 Storie di prevenzione: il Progetto di Educazione Alimentare presso l'Istituto Comprensivo ‘Alfonso Giordano’

Le immagini che seguono documentano il Progetto di Educazione Alimentare realizzato presso l'Istituto Comprensivo ‘Alfonso Giordano’, con i bambini della Scuola dell’Infanzia e della Scuola Primaria, restituendo l’importanza di promuovere, attraverso momenti di gioco e apprendimento, stili di vita sani fin dalla giovane età. Il progetto valorizza il ruolo dell’educazione come strumento di prevenzione e benessere.



Progetto di Educazione Alimentare a Scuola dell'Infanzia



Progetto di Educazione Alimentare a Scuola Primaria

Conclusione

La documentazione visiva raccolta restituisce il valore del Servizio Infermiere di Comunità nella promozione di salute, cura e benessere attraverso la relazione di prossimità e l'educazione. Volti, gesti e momenti catturati raccontano un impegno condiviso sul territorio, in cui professionalità, attenzione e partecipazione sostengono processi di empowerment individuale e collettivo.

Nota tecnica

Le immagini raccolte sono state acquisite nel pieno rispetto del consenso informato dei soggetti coinvolti e in conformità con la normativa vigente sulla tutela della privacy (Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

Questo prodotto è stato realizzato dal gruppo PNRR di Lercara Friddi coordinato dalla Dott.ssa Vania Marchionna.