

## **CARITAS DIOCESANA DI TRANI BARLETTA BISCEGLIE**

**TITOLO PROGETTO:** "... E SI PRESE CURA DI LUI" - BUON SAMARITANO 2.0

**AMBITO:** Salute

**SEDE DEL PROGETTO:** Piazza Carlo Alberto dalla Chiesa, 12 – BISCEGLIE

**DESTINATARI DIRETTI:** Anziani

**N° destinatari raggiunti:** 120

**ALTRI DESTINATARI DIRETTI:** Minori, Immigrati, Donne

### **DESCRIZIONE DEL PROGETTO**

Il progetto "...E SI PRESE CURA DI LUI" BUON SAMARITANO 2.0 amplia e arricchisce i servizi offerti, fin dal 2019, dal Poliambulatorio medico solidale "Il buon samaritano" che ha sede a Bisceglie nei locali sottostanti alla Parrocchia Santa Maria Madre di Misericordia in piazza Generale Dalla Chiesa, 12.

### **ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE**

L'arcidiocesi di Trani-Barletta-Bisceglie è situata a nord della provincia di Bari, ha sede a Trani (BT).

Le parrocchie sono dislocate sul territorio delle sette città appartenenti alla Diocesi: Trani, Barletta, Bisceglie, Corato, Margherita di Savoia, Trinitapoli e San Ferdinando di Puglia.

Negli orientamenti pastorali 2020-2023 del Vescovo "UNA CHIESA CHE HA IL SAPORE DELLA CASA, UNA CASA CHE HA IL PROFUMO DELLA CHIESA" si individuano tre priorità:

- 1) Chiesa povera per i poveri: comunione con il fratello /sorella;
- 2) famiglia e giovani protagonisti: comunione con la Parola;
- 3) Sentirsi e vivere come popolo di Dio: sacramento di comunione.

La caritas diocesana è presente in tutte le sette città della diocesi.

Le richieste di aiuto che arrivano ai CdA provengono sempre più spesso da contesti familiari relativamente giovani con figli piccoli e da famiglie di anziani. I servizi della caritas diocesana sono dislocati nelle città della diocesi: tre mense cittadine, tre dormitori e centri di accoglienza, due empori, attività di ascolto, e di distribuzione di alimenti e beni materiali in quasi tutte le parrocchie e due ambulatori medici con servizi socio-sanitari di cui uno dell'EPASS OdV che cooperano con la Caritas.

In particolare, Bisceglie (BT), sede del Poliambulatorio medico solidale "Il buon samaritano", attivo dal 2 febbraio 2019, presenta la seguente situazione socio-demografica, sufficientemente rappresentativa del territorio diocesano:

- il 52% dei nuclei familiari è composto da 1 o 2 persone ( 25% = 5.343 nuclei di 1 persona e 27,2% = 5.725 2 persone), con cospicua concentrazione di persone anziane (target prevalente del progetto), sole o con coniuge anziano.

- gli ultra 75enni crescono del 123,7% (2.257 al 95 – 5.049 al 20); dai 68 anni in su la crescita è del 144,%. Solo 28 anziani fruiscono del servizio di assistenza domiciliare e solo 24 di quella integrata. È cessata l'attività del centro aggregativo pubblico per anziani.

- i 4.402 nuclei di 4 persone rappresentano il 20,9% dei complessivi 21.206 e quelli di 5 persone sommano 902, 200 nuclei familiari sono composti anche da 6 o più persone; il 4,3%, oltre 1/4 delle famiglie, sopporta un pesante carico economico e sociale.

### **IL BISOGNO**

I dati socio-demografici esposti fanno emergere il bisogno di una implementazione mirata di prestazioni socio-sanitarie dedicate a tali segmenti di popolazione.

Altri numeri confermano la necessità di dedicare le risorse a combattere la povertà sanitaria di tali cittadini, dato che la spesa sanitaria nazionale cresce tra il 2006 ed il 2018 di oltre il 24% a fronte di incremento di

popolazione del 2%. Inoltre si registra un'enorme incidenza delle spese sanitarie per anziani nel loro ultimo anno di vita: si spende cioè meno e si spende di più molto tardi nel ciclo vitale delle persone.

L'integrazione socio sanitaria territoriale, di prossimità, risponde perfettamente ai bisogni ed ai metodi di intervento, spostando sia la traiettoria da un luogo fisso ai luoghi altri ove matura il disagio e la povertà sanitaria, sia la tempistica dalla cura intensa ed altamente specialistica.

La sinergia tra pubblico e privato e privato-sociale tende sia alla riduzione delle liste d'attesa sia alla finalizzazione personalizzata dell'intervento.

Il progetto integra pertanto l'intervento istituzionale con sussidiarietà verticale (valori numerici e liste d'attesa) e quello dei soggetti partner del terzo settore ,in sussidiarietà orizzontale (mobilità ed accessibilità).

**OBIETTIVO GENERALE:** promuovere il benessere della persona nel suo insieme, senza alcun tipo di discriminazione, per una società più sana e solidale.

**OBIETTIVI SPECIFICI:**

1. consentire l'esercizio del diritto alla salute e l'accesso alle cure a chi per ragioni economiche, sociali e culturali, è costretto a rinunciarvi (contrasto al fenomeno della sanità negata)
2. permettere alle persone anziane del territorio di incontrarsi e coltivare il proprio benessere psicofisico
3. promuovere attività di medicina preventiva
4. favorire l'inclusione dei soggetti più fragili ed emarginati

**MODALITÀ DI COLLABORAZIONE CON GLI ALTRI SOGGETTI**

La Caritas tramite l'Epas ha coinvolto tutti gli attori rappresentativi della comunità e del territorio di riferimento attraverso una serie di incontri di confronto sulla situazione socio-sanitaria del territorio che hanno permesso di individuare i bisogni della comunità di riferimento e di confezionare le risposte contenute nel progetto.

Il Comune di Bisceglie ha sottoscritto un patto di sostegno al Poliambulatorio Il buon Samaritano per l'accoglienza delle persone sostenute dai Servizi Sociali comunali. Anche la ASL BT sostiene il progetto, considerato complementare al servizio pubblico. Le caritas parrocchiali sono i primi partner del progetto con l'invio diretto dei propri assistiti. Si sta lavorando, inoltre, all'allargamento del network di enti non profit, associazioni ed enti territoriali che assistono le fasce "svantaggiate" della popolazione, al fine di allargare il più possibile il bacino dei beneficiari dei servizi. Il progetto prevede anche l'aumento del numero di volontari che dopo adeguata formazione andranno ad assistere gli utenti.

La cittadinanza, l'assessorato comunale ai servizi sociali e le comunità parrocchiali saranno non soltanto l'indispensabile organo di divulgazione dei nuovi servizi e di orientamento dell'utenza ma rappresenteranno la preziosa fonte alla quale attingere nuovo personale volontario nello spirito e nella prassi della solidarietà evangelica.

**AZIONI PREVISTE**

Il progetto si compone di due assi d'intervento:

**ASSE SANITARIO:** implementazione del servizio in atto consistente nell'erogazione di visite mediche specialistiche.

**ATTIVITÀ:**

- Potenziare le visite mediche specialistiche
- Realizzare il 2° studio odontoiatrico, destinato prevalentemente agli interventi di ortodonzia per minori in povertà economica e marginalità sociale;
- Realizzare e allestire la palestra per fisioterapia riabilitativa;
- Istituire corsi di mobilità e ginnastica dolce per gli anziani;
- Attivare l'Assistenza Sanitaria Domiciliare;
- Attivare lo sportello di orientamento per facilitare il contatto con il SSN

**ASSE SOCIALE:** si mira a migliorare la qualità della vita dei destinatari del progetto, anziani e immigrati su tutti.

#### **ATTIVITÀ:**

- Potenziare le fasi di ascolto, accompagnamento, individuazione e presa in carico dell'utente
- Realizzare spazi e occasioni per aggregazione e integrazione secondo le linee suggerite dalla teoria e prassi dell'empowerment, insieme strumento e fine della promozione della salute.
- Attuare il Pronto Soccorso Sociale per incrocio bisogno/servizio
- Realizzare attività ludiche e ricreative di socializzazione
- Istituire corsi di ginnastica mentale e stimolazione cognitiva di gruppo
- Formare gruppi di supporto psicologico
- Organizzare percorsi di arte terapia
- Realizzare il programma "Do ut des": esperienze di scambio intergenerazionale
- Promuovere percorsi di integrazione e inclusione sociale per i disabili

#### **SOGGETTI COINVOLTI**

1) **UTENTI:** Persone in condizione di marginalità sociale (segnalati dai servizi sociali comunali, dalla caritas cittadina, dalle comunità parrocchiali, dai centri di accoglienza); Indigenti al di sotto della soglia di povertà; Immigrati senza permesso di soggiorno; Anziani; Percettori di reddito il cui ISEE è pari o inferiore a € 10.000,00; "Nuovi poveri", ossia persone che pur in possesso di un ISEE superiore a € 10.000,00, versano in condizioni socioeconomiche precarie (separati di fatto anche se non "de iure", cassaintegrati, licenziati, sfrattati...).

2) **OPERATORI:** n° 20 addetti alla prima accoglienza + n° 8 Amministrativi + n° 2 Assistenti sociali + n° 34 Medici + n° 5 Infermieri + n° 3 OSS + n° 8 Psicologi + n° 2 esperti in scienze motorie + n° 2 Fisioterapisti + n° 2 Mediatori culturali

3) **PERSONALE DI SUPPORTO** (n° 2 addetti alla valutazione e al monitoraggio e n° 2 esperti di comunicazione e formati al recall).

4) **STAKEHOLDERS:** Operatori della caritas diocesana, responsabili parrocchiali, membri delle associazioni del terzo settore, in particolare quelli che operano con gli anziani, centri sociali.

#### **RISULTATI ATTESI**

L'impatto del progetto ha triplice valenza:

##### **1. più salute con:**

- maggiore offerta di servizi a garanzia di monitoraggio più costante e poliorientato, rispetto alla sola medicina di base;
- offerta di domiciliarità a garanzia di più libertà e tutela della riservatezza su patologie e status e minor stress da visita/indagine;
- percezione di tutela della salute tramite un rapporto amichevole piuttosto che di soggezione ad un apparato;
- monitoraggio come obbligo progettuale che diviene opportunità di servizio, parametro e paradigma di maggior partecipazione al processo di guarigione/mantenimento/"arricchimento" sanitario.

##### **2. meno stress istituzionale alleggerendo le liste d'attesa, con possibilità di:**

- recepire da sensori qualificati casi o casistiche ingravescenti;
- riservare più risorse ai più gravi/urgenti;
- condividere una banca-dati ed una banca-prassi (noi agenzia pubblica interveniamo così/noi progetto interveniamo così), fattore di integrazione e sussidiarietà fattuale;
- allargare la base d'offerta per una maggior o ritrovata fiducia dei portatori di bisogni nella risposta il più possibile articolata e diffusa (=più accessibile), cioè veicolazione di informazioni e

“buoni consigli” (anche in forma di passaparola), a contrasto del clima di sfiducia e delegittimazione in atto.

### **3. accrescimento di consapevolezza e skills degli operatori, avvalorando:**

- competenze socio-sanitarie interpolate con le agenzie pubbliche, una “formazione sul campo” rispetto alle politiche e strategie in essere nei servizi pubblici, nell’ottica di un accompagnamento più qualificato e costante;
- canali e flussi informativi costanti e reciproci con titolari di pubbliche funzioni (enti, patronati, ass. di utenti o familiari, ecc);
- interazione progettuale che determina o facilita un circolo virtuoso di reciproco accrescimento di efficienza ed efficacia in ogni “fase di impatto”, a tutto beneficio della ricaduta territoriale “finale e globale”.
- Abbassamento della percentuale di coloro che non accedono ai servizi sanitari di base (misura: analisi dei dati ASL e ISTAT);
- Aumento del benessere psicologico e socio-sanitario da parte dei fruitori del servizio (misura: analisi questionario di gradimento, valutazione presso i centri residenziali: caritas, sprar, comunità parrocchiali, consultorio);
- Diminuzione dei tempi di attesa per le visite specialistiche erogate dalla ASL (misura: analisi dei dati ASL);
- Incremento dell’inclusione sociale (misura: partecipazione ad iniziative di promozione culturale e di socializzazione);
- Crescita del benessere e dell’impegno di lavoro volontario da parte degli operatori (misura: questionario di verifica della fedeltà all’impegno).

## **COINVOLGIMENTO DEI POVERI E DELLA COMUNITA' ECCLESIALE**

L'idea progettuale nasce dal diretto contatto con i destinatari dell'azioni di cui si sostanzia il presente progetto. I colloqui nei centri di ascolto, i contatti i servizi sociali comunali, le sollecitazioni ricevute dalle parrocchie e in ultimo le richieste ricevute direttamente dai fruitori dei servizi gestiti dall'E.P.A.S.S. OdV (Consultorio Familiare e Poliambulatorio di prossimità) hanno orientato la scelta privilegiata dei destinatari e la definizione delle attività da realizzare.

Il progetto prevede che nel gruppo di valutazione e di verifica in itinere dell'attività in corso siano inseriti rappresentanti democraticamente scelti tra gli utenti per eventuali correttivi e ridefinizione del percorso in atto. Si solleciterà la partecipazione attiva all'intero progetto delle comunità parrocchiali, già in rete con la Caritas e con l'E.P.A.S.S. mediante incontri di informazione, formazione e sensibilizzazione, peraltro già programmati, con l'intento di offrire a tutti la possibilità di vivere concretamente l'esperienza di volontariato.

Scopo principale del coinvolgimento è non solo alimentare il protagonismo attivo dei fruitori del servizio ma creare le condizioni perché le attività proposte possano protarsi nel tempo grazie al carico dell'intera comunità ecclesiale diocesana, come peraltro dimostrato dalla sostenibilità e continuità del servizio offerto dal poliambulatorio "Il buon samaritano" attivo da oltre 3 anni.

## **SOSTENIBILITA'**

L'Ente gestore assicura che vi sono tutte le condizioni perché il progetto sia sostenibile e possa assicurare la continuità.

Una volta acquisite le risorse necessarie all'adeguamento della struttura, all'acquisto delle attrezzature e dei beni strumentali, spese una tantum, gli unici costi di gestione da sostenere (elementi di criticità) riguarderanno spese ordinarie che l'ente sarà in grado di sostenere con fondi propri.

A garanzia di quanto affermato vi sono gli oltre 50 anni di vita dell'Ente, gli oltre 3 anni di attività del poliambulatorio di prossimità, il gran numero di volontari quali risorse umane di ingente valore e il sostegno anche economico del Comune di Bisceglie.