

Nome servizio	Assistenza domiciliare integrata
----------------------	---

	Domande	Punti	Spiegazione del punteggio assegnato
FINALITÀ (G)	L'intervento è orientato ad avere una ricaduta positiva sulle relazioni familiari dei destinatari <i>Se chi agisce è interessato unicamente ad ottenere risultati positivi solo sull'individuo e sul suo benessere, ciò potrebbe avere l'effetto indiretto di indebolire le relazioni familiari e compromettere il loro benessere; la massima familiness rispetto alla dimensione G si raggiunge quando l'intervento è orientato a produrre un effetto benefico per le intere relazioni familiari.</i>	2	L'assistenza domiciliare integrata è principalmente focalizzata sul soggetto fragile, di cui si dà per scontata l'esistenza di uno o più caregiver in grado di fare da interlocutori per i diversi operatori e professionisti che intervengono al domicilio. Spesso ciò determina pesanti ricadute sulle famiglie delle persone fragili, che devono farsi carico di "far funzionare" la domiciliarizzazione. L'eterogeneità del servizio sul territorio nazionale fa sì che, tuttavia, ci siano alcune esperienze più positive dove l'attenzione per la famiglia è maggiore, ad esempio se si tratta di assistenza domiciliare-cure palliative.
MODALITÀ DI PRESA DELLE DECISIONI (I)	Nel servizio/intervento le decisioni sono prese sulla base di co-progettazione e le attività sono co-prodotte <i>I portatori del problema in senso stretto potrebbero essere relegati in un ruolo passivo di meri utenti/pazienti, mentre il solo professionista prende le decisioni, oppure inclusi nel processo decisionale, attraverso uno scambio paritario tra sapere professionale e sapere esperienziale, attraverso forme di co-progettazione e co-produzione.</i>	2	In moltissimi casi, il servizio di assistenza domiciliare è totalmente privo di una programmazione integrata. Non solo non c'è co-programmazione, ma spesso non c'è programmazione capita che operatori di diverse specializzazioni si trovino contemporaneamente allo stesso domicilio, con una notevole perdita di tempo e di efficienza. Anche in questo caso, le cure palliative fanno a sé, perché invece c'è co-progettazione e le famiglie vengono coinvolte attivamente nella produzione del servizio.
MODELLO CULTURALE DI WELFARE (L)	Il modello di welfare in cui l'intervento è improntato alla personalizzazione, capacitazione, empowerment del destinatario e rifugge da un approccio assistenzialistico e disabilitante <i>L'intervento potrebbe rafforzare e valorizzare le capabilities degli utenti, o al contrario, essere sostitutivo e assistenzialistico, condotto secondo modelli standardizzati e non personalizzati. Il vero empowerment si attua però solo se la strategia capacitante prende in considerazione le ricadute sull'intero nucleo familiare e persegue un benessere relazionale e non individuale.</i>	3	La domiciliarizzazione delle cure socio-sanitarie ha proprio la finalità di ridurre l'istituzionalizzazione della persona fragile, favorendo la permanenza in un contesto familiare e maggiormente abilitante. Tuttavia, il modello organizzativo non consente di superare totalmente un approccio assistenzialistico.
SOGGETTI IMPLICATI (A)	Nel servizio/intervento sono implicati una pluralità di soggetti (reti territoriali, partnership, équipe multidisciplinari, ecc.)? <i>Ci potrebbero essere interventi ideati da un singolo operatore o da un'équipe di operatori, oppure da un singolo ente, o da una rete di soggetti pubblici e di terzo settore.</i>	5	Il servizio ha lo scopo di offrire cure integrate e di evitare che la persona fragile debba accedere a strutture diverse oppure essere istituzionalizzata. Quindi, è garantita la pluralità di operatori, che però agiscono in una logica settoriale

