

DOCUMENTO PROGETTUALE DI MASSIMA PER LA CO-PROGETTAZIONE DEL SISTEMA TERRITORIALE INTEGRATO DOMICILIARE A SOSTEGNO DELLA FRAGILITA' E PER LA PROGETTAZIONE DEL CENTRO DELLA LONGEVITA' DEL COMUNE DI GORGONZOLA
ottobre 2024/settembre 2026

LA SCELTA DELLA SUSSIDIARIETA' ORIZZONTALE

Negli anni il Comune di Gorgonzola ha realizzato diversi servizi e interventi mediante lo strumento della **co-progettazione** nel settore Politiche sociali con esiti positivi. Grazie alle precedenti esperienze, all'approccio proattivo e alla messa a disposizione di capacità progettuali e reti di relazione, si sono potute dare risposte più puntuali ai bisogni della comunità, realizzando attività diversificate con buoni indicatori di risultato.

Nell'autunno 2022 l'amministrazione comunale ha promosso inoltre un percorso di **Co-programmazione territoriale**, da cui sono scaturiti Tavoli di comunitari di lavoro, favorendo l'avvio di reti e collaborazioni con tutti i soggetti della Comunità, perseguendo strategie e obiettivi comuni, promuovendo occasioni di prossimità per sviluppare un contesto comunitario locale coeso e competente che favorisca la partecipazione attiva.

Dal percorso di Co-programmazione deriva la scelta di avviare una co-progettazione per rinnovare anche lo scenario delle politiche e degli interventi a sostegno della fragilità, attraverso una proficua collaborazione tra l'Ente del terzo settore che sarà selezionato e l'Amministrazione Comunale.

Questa scelta è finalizzata a garantire un alto livello qualitativo delle attività, alla costruzione di processi collaborativi tenendo sempre conto dei bisogni e delle necessità della Città di Gorgonzola. La costruzione di una piattaforma di coprogettazione e partnership con il terzo settore, costituisce infatti lo strumento essenziale per la realizzazione degli obiettivi dell'amministrazione comunale. Tutti i soggetti, oltre all'ente locale, portatori di esperienze specifiche e sensibilità proprie, potranno essere chiamati a operare in una logica di rete e a contribuire, anche con investimenti propri e ricerca di finanziamenti da terzi, ad uno sviluppo progettuale integrato più ampio e solido nel tempo.

L'Amministrazione intende quindi confermare e potenziare la propria strategia fondata sulla **gestione partecipata** di interventi e servizi tra Ente pubblico e Terzo settore nel quadro della Amministrazione condivisa, scegliendo di estendere tale orientamento anche al **SISTEMA TERRITORIALE INTEGRATO PER LA DOMICILIARITA'**.

Con deliberazione di Giunta Comunale n. 134 del 22.10.2023, sono state approvate le linee di indirizzo per la revisione delle politiche per la domiciliarità con l'obiettivo di coordinare e mettere a **SISTEMA** tutti gli interventi, indipendentemente dalla titolarità degli stessi, sia al fine di completare la gamma delle risposte possibili in favore delle situazioni in carico, sia al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni degli interventi.

Con il medesimo atto si sono poste le basi per la progettazione del Centro per la longevità ri-orientando l'intervento pubblico sul PARADIGMA dell'invecchiamento attivo, più consoni ai cambiamenti demografici e sociali in atto e, soprattutto, strategicamente più lungimirante che possa prevedere il supporto all'anziano e dei cittadini in condizione di fragilità a partire da una presa in carico leggera in un'ottica di maggiore flessibilità.

Il presente documento progettuale di massima ha l'obiettivo di definire gli obiettivi generali e specifici della coprogettazione nonché le linee di intervento, in modo da orientare i partecipanti alla predisposizione di proposte progettuali e di attività che saranno valutate ai fini della scelta del partner con cui co-gestire i servizi.

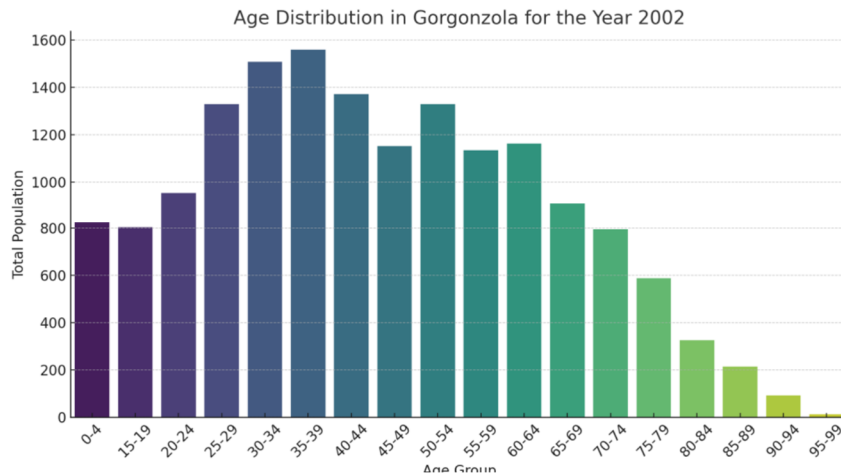
L'ANALISI DEL CONTESTO

1. Dati demografici di Gorgonzola: 2002 vs 2022

La composizione demografica di una città è un elemento fondamentale per comprendere le dinamiche sociali, economiche e culturali che la caratterizzano. In questo contesto, la città di Gorgonzola offre un caso di studio interessante, grazie ai dati disponibili per gli anni 2002 e 2022.

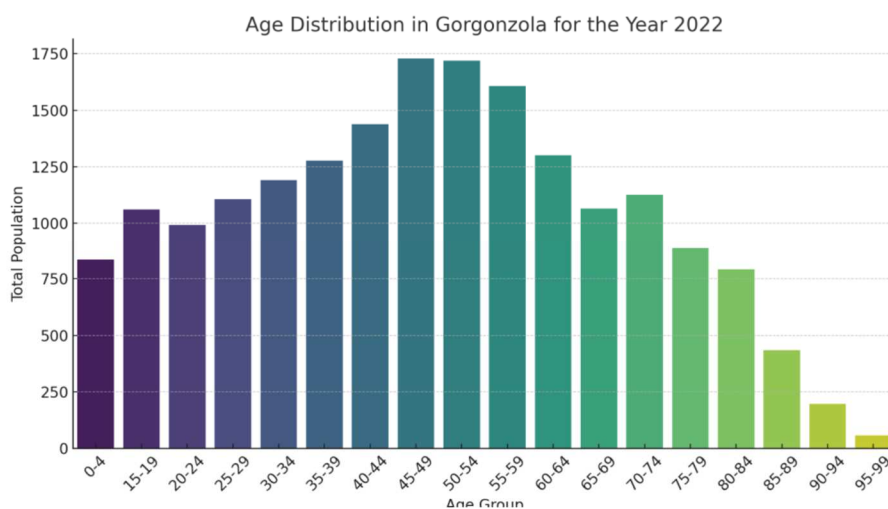
L'analisi di questi dati può fornire preziose indicazioni non solo sulla struttura demografica attuale della città, ma anche su possibili tendenze future.

Distribuzione per età nel 2002:



Nel 2002, la popolazione di Gorgonzola era concentrata principalmente nelle fasce d'età tra i 30 e i 39 anni. Questo suggerisce una popolazione relativamente giovane, probabilmente con un alto numero di famiglie in fase di crescita. In un contesto di politiche pubbliche, questa struttura demografica avrebbe potuto richiedere un focus su servizi educativi e assistenziali per giovani famiglie.

Distribuzione per età nel 2022:



Vent'anni dopo, nel 2022, la situazione appare diversa. La popolazione più numerosa è ora concentrata nelle fasce d'età tra i 45 e i 59 anni, indicando un invecchiamento generale della popolazione. Questo spostamento potrebbe riflettere vari fattori, come una maggiore longevità e cambiamenti nelle dinamiche di migrazione e natalità.

Il confronto tra i dati del 2002 e del 2022 evidenzia dunque un trend di invecchiamento della popolazione. Questo lento e continuo cambiamento demografico ha fatto emergere nuovi bisogni, nuove esigenze, ma anche nuove ricchezze e risorse, operando da stimolo per l'aggiornamento e la ridefinizione dei servizi.

Se la tendenza all'invecchiamento dovesse persistere, come è presumibile, ci si potrebbe aspettare un ulteriore aumento della popolazione nelle fasce d'età più elevate già nei prossimi 5 anni con implicazioni nell'immediato futuro, dalla necessità di più servizi sociali e sanitari all'adeguamento delle infrastrutture urbane per essere più accessibili agli anziani.

L'invecchiamento della popolazione richiede una riflessione profonda sul tipo di servizi e supporti necessari. Oltre ai servizi sanitari, anche le politiche di welfare devono essere ripensate per fornire un sostegno adeguato, ad esempio attraverso programmi di assistenza domiciliare a sostegno delle fragilità e interventi a supporto della socialità e per l'invecchiamento attivo.

2. Servizi sociali e sociosanitari e di ambito in Gorgonzola

A partire dal 2021 misure, azioni e interventi del Settore servizi alla persona, sono stati pensati e riorganizzati per "SISTEMI TERRITORIALI INTEGRATI" superando così la logica del lavoro per aree.

Non si parla più dunque di area anziani o area disabili ma di Sistema territoriale integrato per le autonomie. È stato assunto il lavoro di COMUNITÀ e il modello di Sistema a RETE integrata di persone, competenze, strutture e processi, finalizzato al soddisfacimento di tutte le parti interessate (stakeholder e organizzazione), compatibilmente con la complessità e la sostenibilità di ciascun Sistema Territoriale e di quanto offerto dalla comunità locale.

In questo contesto e specificatamente in tema di domiciliarità, il servizio sociale comunale interviene a sostegno delle situazioni di fragilità mediante:

- - SAD Servizio Assistenza Domiciliare: nell'anno 2023 mediante voucher sono stati garantite n. 1.286 ore/interventi di supporto al domicilio per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana, finalizzati a mantenere il maggior livello di autonomia possibile in supporto a n. 13 utenti;
- Pasto a Domicilio: nell'anno 2023 sono stati consegnati complessivamente n. 5.389 pasti prevalentemente a utenti che necessitavano anche di supporto domiciliare (preparazione e consegna dal lunedì al venerdì in contenitori termici a cura della società di ristorazione scolastica Dussmann service).
- - Trasporto Assistito e Accompagnamento: nell'anno 203 il servizio è stato rivolto solo alle persone che si sono trovate in condizioni di fragilità e che non hanno una rete familiare e amicale in grado di supportarla e sostenerla rispetto a questo tipo di bisogno.

Parallelamente ai servizi sociali comunali, ASST e ATS garantiscono altri interventi di carattere socio- sanitario

- PUA Punto Unico Di Accesso: accoglienza, orientamento e valutazione del bisogno di salute e esigenze sociosanitarie,

- IFEC Infermieri Di Famiglia e Comunità: lavorano in stretta collaborazione con il Medico Curante e altri professionisti della salute, costituendo un riferimento per i cittadini, orientandoli ai servizi. Svolgono interventi sia prestazionali che educativi dell'anziano/utente fragile e del proprio caregiver,
- Ambulatorio Infermieristico: eroga prestazioni che rispondono ai bisogni sanitari e sociosanitari, con accesso su prescrizione del Medico Curante, prestazioni erogate secondo il Servizio Sanitario Nazionale
- ADI: Cure Domiciliari erogate da diversi professionisti a persone in condizione di fragilità presso il loro domicilio attraverso "Voucher Socio Sanitario".

Infine, a livello di ambito, da più di un anno e mezzo ha sede a Gorgonzola lo Sportello Assistenti Familiari, attivo per i comuni del Distretto 4 (Bellinzago Lombardo, Bussero, Cambiago, Carugate, Cassina de' Pecchi, Cernusco sul Naviglio, Gessate, Gorgonzola, Pessano con Bornago) luogo di incontro tra chi è in cerca di aiuto per un proprio familiare e le badanti/colf in cerca di lavoro.

Oltre alla Iscrizione al registro assistenti familiari di Ambito, viene garantito un supporto nella richiesta del BONUS assistenti familiari di cui alla L.R. 15/2015 e un orientamento sui servizi che si occupano delle pratiche di regolarizzazione contrattuale dell'assistente familiare.

3. Le realtà associative di Gorgonzola

Gorgonzola è una comunità ricca dal punto di vista associativo, anche in riferimento alle associazioni che operano sul target anziani. L'amministrazione comunale in questi anni, proprio attraverso il coinvolgimento della **comunità locale**, ha cercato di investire in un'ottica di promozione e prevenzione, oltre che di co-programmazione e co-gestione, per ritardare il più possibile la perdita dell'autonomia e la conseguente necessità della presa in carico individuale spesso extrafamiliare.

Vi sono infatti un insieme di realtà già presenti nel territorio che creano sinergie, per attivare sempre più risorse e opportunità per il benessere degli utenti target e nelle quali ogni cittadino può diventare parte attiva:

- Università Tempo Libero: associata alla Federazione Italiana Università della Terza Età, promuove iniziative attraverso lezioni, seminari, laboratori e attività culturali integrative;
- Centro Ricreativo Anziani: Promuove l'integrazione sociale degli anziani attraverso iniziative ludiche/culturali per i soci e sostenendo l'invecchiamento attivo;
- Gruppo di Cammino: attività motoria spontanea svolta in modo collettivo all'interno del contesto locale di appartenenza finalizzato al contrasto delle malattie comunemente associate alla sedentarietà, che permette di mantenere una buona qualità della vita;

Nell'ambito della domiciliarità, anche la risposta ai bisogni di socialità costituisce uno dei primari obiettivi. L'emergenza Covid ha contribuito a far emergere nuovi e diversi bisogni, che fino a quel momento, pur presenti, erano stati silenti e meno evidenti, come l'isolamento e la solitudine delle persone anziane, che spesso rappresenta un carattere distintivo anche per gli anziani non afflitti da bisogni assistenziali più gravosi.

Purtroppo, molte delle realtà associative territoriali, da questo punto di vista hanno faticato a riprendere dopo mesi di chiusura dovuta al Covid, e hanno bisogno ora di essere accompagnate verso una nuova "vitalità".

4. Le prospettive di lavoro

Attualmente gli anziani sono persone con condizioni di vita, istruzione ed esperienza estremamente eterogenee, anche a Gorgonzola gran parte della popolazione anziana gode di un buon livello di benessere ed è, quindi, in grado di svolgere un ruolo sociale attivo.

Nonostante ciò, vi è nell'opinione comune la tendenza ad assimilare l'anzianità ad una condizione di dipendenza, di improduttività, di malattia e decadimento fisico faticando a riconoscere l'anzianità in termini di risorsa per la collettività.

Appare evidente all'amministrazione la necessità di ri-orientare l'intervento pubblico verso un nuovo paradigma, più consono ai cambiamenti demografici e sociali in atto e, strategicamente più lungimirante.

Tale paradigma, identificato con l'espressione **"invecchiamento attivo"**, si concretizza attraverso "il processo in cui le opportunità di salute e partecipazione sociale sono ottimizzate per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano. L'invecchiamento attivo consente alle persone di realizzare le loro potenzialità di benessere fisico, sociale e psichico durante l'intero arco della vita e di partecipare alla vita sociale, dando loro nel contempo una protezione, una sicurezza e cure adeguate nel momento in cui ne hanno bisogno" (Active ageing. A policy framework, World Health Organisation 2002).

L'invecchiamento attivo non riguarda unicamente lo stato di salute, ma si riferisce al processo attraverso cui la persona, anche con l'avanzare dell'età, continua a partecipare e a mantenere un impegno e ruolo attivo nell'ambito delle diverse dimensioni della vita e della società. Questo nuovo approccio invita a guardare l'anziano come risorsa per la comunità e l'anzianità in termini di capitale sociale.

A tal fine oggetto della coprogettazione riguarderà anche la realizzazione di azioni e interventi mirati presso l'attuale Centro intergenerazionale di via Oberdan, già sede associativa per diverse attività, che sarà destinato ad ospitare il costituendo **Centro per la longevità** comunale.

Strumenti già disponibili e utili per lavorare in questa direzione, nell'ottica della sussidiarietà orizzontale e dell'amministrazione condivisa, sono l'Albo dei volontari civici e i Patti di collaborazione di cui al Regolamento dei Beni comuni.

Purtroppo, la crescita del numero assoluto di anziani è fisiologicamente destinata a portare con sé oltre all'aumento delle persone con un buon livello di benessere e, quindi, potenzialmente in grado di svolgere un ruolo sociale attivo, anche un contestuale e consistente aumento della prevalenza della condizione di non autosufficienza, da qui la necessità di continuare ad offrire cura e assistenza a domicilio come esigenze dell'anziano sempre più legate alla condizione di non autosufficienza.

Per le famiglie questo momento segna l'istante in cui richiedere un **sistema di supporti domiciliari**, cercando servizi capaci di soddisfare i bisogni del proprio familiare che si trova in una situazione di temporanea, parziale o totale non autosufficienza.

La maggior parte degli anziani desidera invecchiare nel proprio ambiente familiare, conservando le proprie abitudini. Per questo, sono sempre di più le famiglie che cercano soluzioni in grado di garantire un'assistenza adeguata al domicilio, al fine di evitare il disorientamento che spesso il ricovero in RSA comporta.

Pertanto, risulta rilevante offrire assistenza a domicilio personalizzata, sulla base dei bisogni delle persone non autosufficienti, superando l'attuale modalità "prestazionale" di erogazione del servizio mediante voucher, così come sono attualmente garantiti dal sistema di Accreditamento distrettuale dell'ambito di Cernusco s/n, dal quale l'amministrazione di gorgonzola si è discostata.

Accanto alle richieste degli anziani, sarà necessario considerare e cercare di dare risposte concrete anche a quelle delle loro famiglie (Caregiver), che quotidianamente si trovano alle prese non solo della cura del proprio caro, ma anche della ricerca di informazione e di supporto per accedere ai servizi di assistenza a domicilio in tempi brevi.

I PRINCIPI GENERALI

Emerge dunque la necessità di coordinare e **METTERE a SISTEMA** tutti gli interventi in favore della popolazione target, indipendentemente dalla titolarità degli stessi, sia al fine di completare la gamma delle risposte possibili in favore delle situazioni in carico, sia al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni degli interventi.

Il Sistema territoriale integrato domiciliare a sostegno della fragilità che si intende co-progettare dovrà tener conto dei seguenti **principi**:

- la necessità di un **approccio** orientato all'organizzazione e sviluppo di comunità, quale contesto operativo in cui si realizza il progetto assistenziale, in cui i partner pubblici, privati, sociali, sanitari e socio sanitari partecipano e collaborano, in una progettualità "a più mani", anche al fine di garantire la continuità assistenziale ed un'appropriata mobilità delle persone all'interno delle differenti filiere di offerta;
- la necessità di integrare e coordinare interventi a **differenti livelli di professionalizzazione**, al fine di rispondere in modo precoce, flessibile, efficiente ed efficace alla maggior gamma di esigenze della popolazione target. Si prevedono, pertanto, interventi sia da parte di personale qualificato (di seguito, anche ASA, educatori, ecc.), sia da parte di personale non qualificato;
- l'attenzione ad una **prospettiva di prossimità**, intesa come azioni mirate ad incrementare il potenziale sociale sia dei progetti individuali che nelle "micro" e "macro" reti territoriali tese alla corresponsabilità sociale di bisogni e soluzioni, nell'ottica di integrare le autonomie personali e gli interventi anche in favore di persone che esprimono bisogni complessi con azioni di sviluppo di comunità in grado di coinvolgere il tessuto sociale;

L'amministrazione in una prima fase non intende avviare nuovi servizi, ma ridefinire in una connessione organica quelli esistenti, in un progetto unitario a favore della persona, attraverso un ripensamento partecipato (co-progettazione) del sistema territoriale comunale.

L'OBIETTIVO GENERALE

Come già specificato nell'analisi di contesto, esiste a Gorgonzola la disponibilità potenziale di molte tipologie di servizi e prestazioni orientati al mantenimento al domicilio degli anziani fragili, che tuttavia rispondono ai bisogni in modo frammentato e poco connesso, senza un "filo rosso" che tenga insieme gli interventi in relazione ai bisogni della persona.

Il panorama degli interventi domiciliari offerti dai servizi sociali comunali e di quanto già presente nella città, risulta composito e diversificato ma necessita di una revisione organica, che lo riconduca ad un disegno unitario di SISTEMA, senza al tempo stesso eliminare le differenze che risultano necessarie per rispondere a bisogni differenti.

La ricomposizione degli interventi per la domiciliarità passa anche attraverso un'identificazione più precisa dei ruoli da attribuire/riconoscere ai vari ATTORI interagenti nel sistema attraverso:

- la promozione, il sostegno ed il riconoscimento del ruolo esercitato dalla famiglia, e in particolare del **Care Giver** distinguendo le attività prestate in base ai fondamentali doveri di solidarietà familiare, per le quali è necessario sviluppare attività di sostegno e sollievo, dallo svolgimento di prestazioni riconducibili al lavoro di cura; appare fondamentale a tal fine valorizzare il sapere esperienziale.
- la promozione, il sostegno e il riconoscimento dell'assunzione di un ruolo di supporto anche da parte eventualmente di volontari singoli o associati, per attività di accompagnamento, commissioni, compagnia e socializzazione, e il conseguente riconoscimento di funzioni tipiche della **solidarietà di vicinato** diverso da attività riconducibili al lavoro di cura;
- la definizione del ruolo esercitato dagli **operatori professionali** di diversa qualifica nel sistema della cura, in particolare ASA, OSS, Badanti in relazione allo specifico professionale e alla necessità di ottimizzare/promuovere lo sviluppo delle risorse umane;
- la specificità del ruolo esercitato dal sistema dal **servizio pubblico**, titolare della presa in carico, (che deve garantire prioritariamente la valutazione del bisogno e il monitoraggio sugli interventi in atto) e dalle **imprese sociali**, cui va riconosciuta autonomia nella progettazione operativa e nella gestione degli interventi, nonché la responsabilità dell'esecuzione del PAI progetto assistenziale individualizzato.

La presente coprogettazione, insieme ad altre azioni dovrà andare a costituire un tassello essenziale degli obiettivi individuati nella fase di programmazione territoriale svolta nell'autunno 2022.

Si propone di **far evolvere e ricomporre l'offerta territoriale verso un sistema di supporto alla fragilità e di promozione della salute bio-psico-sociali dei cittadini.**

Attraverso il SISTEMA TERRITORIALE INTEGRATO DOMICILIARE A SOSTEGNO DELLA FRAGILITA' sarà possibile:

1. integrare e connettere i diversi bisogni della persona, pur facenti riferimento a servizi differenti della rete socioassistenziale.
2. realizzare una progressiva riorganizzazione dei servizi domiciliari attraverso la costruzione di un sistema di aiuto intorno agli anziani non autosufficienti al domicilio, integrato e connesso a tutta la rete socioassistenziale e funzionale ai diversi bisogni della persona.
3. attuare una ricomposizione di tutti gli interventi funzionali al benessere della persona all'interno di un progetto individualizzato ed unitario.
4. rafforzare una rete territoriale integrata degli interventi socioassistenziali e sociosanitari al domicilio.

In questa direzione gli obiettivi che saranno definiti sono i seguenti:

- a. **Promuovere strategie di cura delle persone con fragilità**
- b. **Ricomporre il sistema degli interventi**
- c. **Attivare processi di comunità attorno agli anziani e alle persone che si avviano all'invecchiamento.**

LE LINEE DI INTERVENTO

In relazione alla complessità del sistema che si intende promuovere, si individuano 2 distinte linee progettuali di intervento con obiettivi specifici distinti, precisando che sulla seconda non vi sono esperienze territoriali e si richiede quindi una progettualità sperimentale e innovativa da avviare con la presente coprogettazione.

A. Linea di intervento: DOMICILIARITA'

Obiettivi generale:

- a. Promuovere strategie di cura delle persone con fragilità
- b. Ricomporre il sistema degli interventi e i ruoli in essi coinvolti.

Con riguardo alla domiciliarità dovranno essere raggiunti i seguenti obiettivi specifici:

- incrementare il target di utenza del servizio domiciliare garantendo oltre agli interventi professionali di ASA, anche qualora necessario e in casi complessi interventi di tipo educativo, offrendo un valore aggiunto ai cittadini fragili;
- prevenire il ricovero in strutture residenziali mantenendo il più possibile al domicilio la persona non autosufficiente;
- creare risposte unitarie per superare l'attuale "separatezza" tra gli strumenti e le risposte disponibili;
- offrire una presa in carico fondata sull'approccio di comunità anche in termini di creazione di "reti di fronteggiamento sul caso", attraverso la costruzione di un sistema integrato di servizi intorno ai bisogni dell'anziano e/o della persona fragile;
- coordinare interventi promuovendo la definizione di "progetti assistenziali individualizzati" (PAI) con servizi appropriati in ragione dei bisogni di ciascuno, attraverso la valutazione e progettazione in collaborazione qualora possibile i servizi socio-sanitari;

La domiciliarità rappresenta la linea di intervento sulla quale devono essere garantiti interventi in continuità, se ne definiscono pertanto i caratteri di massima come finora realizzati:

- 1) coordinamento professionale delle attività in costante collegamento con l'assistente sociale comunale;
- 2) tipologia di interventi diversificati (cura e igiene della persona, cura e igiene dell'ambiente domestico, sostegno, accompagnamento, disbrigo di pratiche burocratiche, monitoraggio e socializzazione)
- 3) interventi garantiti dal lunedì al sabato dalle ore 7.00 alle ore 19.00 ed eventualmente anche nei giorni festivi,
- 4) tempestiva sostituzione degli operatori assenti,
- 5) rapporto il più possibile personalizzato con gli utenti in carico attraverso la riduzione della rotazione,
- 6) rilevazione dei bisogni e dei dati degli utenti in carico, mediante visite domiciliari congiunte e utilizzo di adeguati strumenti informativi.

L'articolazione attuale dei progetti assistenziali individualizzati, stimata sulla base della casistica in carico nei mesi di aprile e maggio 2024 (n. 14 utenti) comporta un monte ore presunto settimanale pari a 36 ore, a cui si devono sommare 4 ore settimanali di coordinamento. La realizzazione, il monitoraggio, le eventuali modifiche progettuali, ecc sono responsabilità del soggetto co-progettante, nel rispetto degli obiettivi individuati dal servizio sociale professionale.

Sulla base dell'attuale scostamento tra le prestazioni programmate e quelle realizzate sarà possibile concordare un meccanismo di compensazione tra mensilità; il co-progettante è invitato a proporre un meccanismo di compensazione tra mensilità diverse che sarà oggetto di approfondimento di dettaglio in sede di elaborazione del progetto definitivo da parte del tavolo di co-progettazione (fase B)

Sarà possibile, inoltre, stante la variabilità estrema nel numero di utenti in carico e conseguentemente de numero di interventi a domicilio, determinare nel biennio un incremento di budget nella misura massima del 20% del valore complessivo della co-progettazione, al fine di poter garantire una presa in carico di tutti gli utenti richiedenti evitando liste di attesa.

L'ente attuatore partner, nella realizzazione dei servizi domiciliari, dovrà tenere conto della necessità di revisione dell'attuale modello di servizio, in specifico gli INTERVENTI dovranno essere:

- diffusi in modo più capillare sul territorio e co-costruiti in una cornice di prossimità e vicinanza ai cittadini;
- articolati sulla base di progetti individualizzati e di gruppo, nella prospettiva della costruzione di comunità più inclusive, sostenibili e coese;
- capaci di fornire risposte tempestive e di dare continuità agli interventi e garantirne la replicabilità e scalabilità;
- flessibili nell'organizzazione e nella realizzazione degli interventi;
- fruibili secondo modalità/orari individuati sulla base di esigenze/bisogni dei destinatari;
- in rete con gli altri servizi e soggetti del territorio;
- integrati con i servizi sanitari territoriali, del Distretto ed i Medici di Medicina Generale.

La garanzia di continuativa è necessaria al fine di:

- promuovere la qualità di vita delle persone in condizioni di autosufficienza parziale o non autosufficienza;
- monitorare lo stato personale presso il domicilio delle persone per promuovere interventi rispondenti al mutare delle condizioni di vita;
- evitare istituzionalizzazioni e ricoveri ospedalieri non giustificati consentendo alla persona di rimanere nel proprio ambiente di vita;
- coinvolgere attivamente e sostenere le famiglie impegnate nei compiti di cura;
- favorire l'integrazione e il collegamento fra i servizi socio-sanitari e del privato sociale.

Personale

La gestione del personale è di esclusiva competenza del soggetto co-progettante per tutti gli aspetti inerenti la definizione degli orari di lavoro, l'assegnazione dei casi, le sostituzioni, gli aspetti amministrativi quali la rilevazione delle presenze, gli aspetti retributivi, la sicurezza sul posto di lavoro, ecc..

Il soggetto co-progettante dovrà disporre di un assetto organizzativo adeguato alla gestione del servizio così come sopra descritto e dovrà garantire la sostituzione del personale che, per motivi diversi, si assenterà dal servizio temporaneamente o definitivamente.

L'assetto organizzativo sarà composto da un ruolo di coordinamento, funzione fondamentale del servizio che dovrà pertanto essere assicurato in modo continuativo a presidio della regolare programmazione, gestione e rendicontazione delle attività e da ruoli ASA/OSS formati per la realizzazione degli interventi.

È a carico del soggetto co-progettante la definizione di un sistema di rendicontazione delle attività erogate che sarà messo a disposizione dell'amministrazione comunale, sia per il conteggio di quanto dovuto dall'utente sia per le diverse rendicontazioni.

È richiesto al co-progettante di definire una progettazione del servizio proponendo ogni altra attività possa contribuire alla gestione delle situazioni di criticità. Si evidenzia inoltre la necessità di sviluppare dei dispositivi di intervento in grado di stimolare la presa in carico dei diversi attori sociali vicini alla situazione di fragilità, la necessità/opportunità di attivare reti di fronteggiamento e la necessità di ipotizzare anche eventualmente interventi di carattere educativo (soprattutto nel caso di adulti in difficoltà).

Appare centrale la funzione di coordinamento nel garantire una costruzione dei Progetti Personalizzati che possano attivare diverse dimensioni della vita della persona e mantenere una regia degli interventi e delle persone e professionisti coinvolti.

Rispetto a quest'ultimo ruolo sarà necessario, come riportato anche nelle premesse, lavorare in un'ottica di ricomposizione delle risorse tenendo conto delle figure professionali coinvolte nel progetto, gli operatori afferenti ad altri servizi (in primis la Casa della Comunità) e le risorse presenti nella comunità.

Linea di intervento 2.

AZIONI FINALIZZATE AL MANTENIMENTO DELLA SOCIALITÀ E AL LAVORO DI COMUNITÀ

Obiettivo generale:

- c. Attivare processi di comunità attorno agli anziani e alle persone che si avviano all'invecchiamento.

Creazione di connessioni con le associazioni territoriali operanti con la popolazione anziana attraverso l'intervento di un operatore di comunità/di rete, che in costante sinergia con l'A.S. di riferimento dell'area anziani e il tavolo comunitario di lavoro anziani stimoli le organizzazioni che già promuovono iniziative e servizi in favore delle persone over 60 con l'attenzione al consolidamento delle attività già in essere e di sviluppo di percorsi innovativi e sperimentali.

In particolare, si dovranno strutturare iniziative in collaborazione con l'Associazione ex OVA ora Centro ricreativo anziani, l'Università del Tempo Libero, le Acli, i patronati, il tavolo comunitario di lavoro anziani e altre organizzazioni orientate al target anziani.

Creazione di forme di collaborazione stabili tra Pubblica Amministrazione (Servizio Sociale comunale e Servizi Socio Sanitari afferenti ad ASST) ed enti del Terzo Settore, per il sostegno delle forme di cittadinanza attiva e della capacità di autoorganizzazione della comunità, al fine di sviluppare forme di vicinanza solidale (valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse di prossimità per interventi come accompagnamento per commissioni e visite mediche, disbrigo pratiche, acquisto generi prima necessità e farmaci, prenotazione di visite specialistiche, ecc)

In questa direzione lo scopo sarà quello di facilitare l'integrazione delle risposte professionali, maggiormente orientate alla fragilità, con le attività promosse dalla comunità favorendo proposte innovative che permettano di reinterpretare le risposte tradizionali alla presa in carico dell'anziano fragile in un'ottica di maggiore flessibilità.

I processi che saranno attivati avranno il fine di:

- integrare tutti gli stakeholder (servizio sociale, Associazionismo, Terzo settore, volontariato non organizzato) nel sistema di cura di prossimità in una logica di sviluppo di comunità ed empowerment.
- promuovere iniziative orientate all'*invecchiamento attivo*, alla longevità e alla prevenzione delle malattie negli spazi appositamente dedicati dall'amministrazione comunale e destinati a "centro per la longevità".

Il ruolo dell'operatore di comunità/rete sarà fondamentale per la costruzione di legami, sinergie e connessioni tra varie risorse, siano esse formali o informali, primarie o secondarie. Questo al fine di promuovere il benessere individuale e collettivo.

Da un lato, l'obiettivo è di rafforzare le reti esistenti e, ove necessario, generare nuove connessioni per rispondere in modo efficace alle sfide e ai bisogni emergenti. Dall'altro, è imperativo garantire un'efficace interprofessionalità attraverso un coordinamento mirato che eviti sovrapposizioni e dispersione di risorse.

In questo contesto l'operatore di comunità/rete agirà come un facilitatore, un mediatore tra diversi stakeholder, e come un regista che coordinerà le varie parti per evitare la duplicazione degli sforzi e ottimizzando l'utilizzo delle risorse.

Questa funzione richiede una profonda comprensione delle problematiche della comunità e dell'allargamento delle proposte. Tale ruolo sarà fondamentale, infatti, anche nella definizione e realizzazione concreta del Centro per la Longevità della Città di Gorgonzola.

Anche all'operatore di comunità/rete sarà chiesta una rendicontazione e registrazione degli interventi e delle attività. Il soggetto co-progettante è tenuto a creare un sistema di registrazione degli interventi effettuati, sotto il profilo qualitativo relativi al lavoro di mappatura e aggiornamento delle reti formali e informali presenti sul territorio in condivisione con il servizio sociale professionale e all'insieme delle attività effettuate direttamente a favore dei cittadini presso il centro per la longevità.