Bando InTreCCCi 2018

Documento di progetto

*Compilare il documento prestando attenzione al numero di righe massimo, da intendersi in font Calibri 11: le righe in eccesso rispetto al limite indicato non saranno prese in considerazione.*

**Titolo del progetto**

COMUNITÀ SI-CURA. Un intervento di attivazione della comunità per la prevenzione e la presa in carico della fragilità degli anziani.

**1. La proposta in breve**

*Descrivere il progetto in max 100 parole*

Scopo del progetto è la creazione di una rete locale, coordinata dal CISSACA, per l’intercettazione, il sostegno ed il monitoraggio di anziani “fragili” nel quartiere Cristo - Alessandria, costituita da due articolazioni integrate: un’equipe itinerante composta da OSS, Infermiere, Educatore ed un tavolo delle Associazioni che individuerà sia interventi volti a migliorare la qualità della vita degli anziani, sia un programma di promozione stili di vita salutari. La comunità è intesa come oggetto dell’azione progettuale e come soggetto attivatore di risorse a sostegno della domiciliarità. La finalità della “rete”: favorire l’invecchiamento sano ed attivo della popolazione “anziana” residente nel territorio di riferimento.

**2. Il partenariato**

**2.1 Gli enti** *- Fornire una breve descrizione degli enti coinvolti nel progetto e del loro ruolo all’interno dell’iniziativa, dettagliando poi queste informazioni nell’Allegato 1 “Partenariato”. Si raccomanda di specificare il ruolo previsto per l’Ente Gestore delle funzioni socio assistenziali (per il Piemonte) o dell’Ambito Territoriale Sociale (per la Liguria). (max 10 righe)*

Il partenariato è costituito da tre soggetti: il **CISSACA (Consorzio Intercomunale dei servizi socio assistenziali dei Comuni dell’alessandrino)**, Ente Gestore le funzioni socio assistenziali, soggetto capofila, impegnato nel coordinamento del progetto, nella supervisione dell’equipe itinerante, nella messa a disposizione della sede, nella intercettazione dei beneficiari, nella realizzazione della campagna di comunicazione, nel coordinamento del tavolo delle associazioni del quartiere, nella predisposizione degli strumenti di valutazione e di estensione del progetto; **l’ASL AL** attraverso la collaborazione per l’attivazione dell’equipe itinerante, l’intercettazione di anziani fragili beneficiari del progetto, il cofinanziamento in risorse umane, la programmazione di interventi di promozione degli stili di vita salutari, la costruzione degli strumenti valutazione circa gli esiti delle attività svolte in vista di una (eventuale) riprogettazione (altro quartiere specifico di Alessandria); la **Cooperativa sociale il Gabbiano**, con l’inserimento nell’equipe itinerante della figura dell’OSS e dell’Educatore ai quali sarà affidato il compito di sviluppare l’azione di conoscenza e sostegno del gruppo di anziani fragili intercettati, costruire un apposito registro, effettuare il monitoraggio, coinvolgere altri servizi, partecipare alle azioni del tavolo delle associazioni e del programma di prevenzione. La partnership della Cooperativa sarà anche valorizzata nel programma di coinvolgimento di volontari, la loro formazione e supervisione.

**2.2 Genesi del partenariato e percorso di coprogettazione** - *Indicare se e in che occasioni gli enti coinvolti nel partenariato hanno già realizzato collaborazioni, specificando la* ***genesi del partenariato*** *stesso. Fornire una breve descrizione delle modalità di coprogettazione tra i partner, indicando* ***metodo, tempistica, soggetti*** *coinvolti e coordinamento della stessa ai fini della presentazione della proposta. Evidenza del percorso di coprogettazione finalizzato alla presentazione della proposta di dettaglio dovrà essere fornita completando la specifica sezione dell’Allegato 1 “Partenariato”. (max 10 righe)*

Il partenariato con ASL AL affonda le sue radici nel progetto ‘La Traccia’, iniziativa finanziata dalla Compagnia di San Paolo nel 2016, i cui risultati hanno orientato l’attenzione all’area della fragilità in ottica preventiva e in coerenza con i compiti previsti nel Piano Locale Cronicità. Con la pubblicazione del bando IntreCCCi, è stato individuato un tavolo di lavoro con la Direzione Generale dell’ASL e Distretto Sanitario per condividere l’iniziativa: si sono definiti il target di utenza, la modalità pro-attiva, l’equipe itinerante, il programma di promozione della salute ed il gruppo di progettazione. La partnership con la Cooperativa Il Gabbiano si è consolidata attraverso la gestione in coprogettazione di uno spazio aggregativo all’interno di un Condominio anziani di proprietà ATC (Agenzia Territoriale Casa) afferente il quartiere Cristo. In fase di coprogettazione un’Assistente sociale (Cissaca) ed un’Educatrice (coop. Il Gabbiano) hanno condotto riunioni settimanali, a partire dal mese di novembre 2018, con un gruppo di anziani ed in tale contesto sono emersi bisogni ed aspirazioni nell’area della sicurezza, socialità, mobilità e trasporto sociale e gettato le basi al fine di immaginare nuove forme di sostegno domiciliare. Parallelamente, dal mese di gennaio 2019, l’Ufficio di Presidenza del Cissaca ha incontrato le Associazioni più attive nel quartiere Cristo, ottenendo disponibilità a costruire un programma di iniziative volto a migliorare la qualità della vita a domicilio degli anziani. Nel mese di maggio, un secondo incontro con il tavolo di lavoro ASL AL ha consentito di definire: la collaborazione dei MMG per l’individuazione dei beneficiari e la consistenza del cofinanziamento in risorse umane. Il 7 giugno si è svolto un nuovo incontro con il tavolo delle Associazioni per determinare le modalità di coinvolgimento dei negozi solidali, il reclutamento di nuovi volontari e la collaborazione di Associazioni al programma specifico di promozione della salute.

**2.3. La rete -** *Indicare eventuali altri soggetti che, pur non essendo partner dell’iniziativa, potrebbero far parte della rete attivabile a supporto dell’iniziativa stessa (max 5 righe):*

A supporto dell’iniziativa promossa dal Cissaca al momento è pervenuta l’adesione di: Parrocchia di “San Giovanni Evangelista”, Farmacia “Sacchi”, Residenza per anziani “l’Orchidea”, ADAL Associazione Diabetici Alessandria, Associazione Attività e Commercio corso Acqui, Centro d’incontro Rione Cristo, AVULSS (Associazione di Volontariato nelle Unità Locali dei servizi Sociosanitari), Gruppo di volontariato vincenziano, CNOS FAP (Centro Nazionale Opere Salesiane - Formazione Aggiornamento Professionale). In attesa, di altre adesioni, ad ora non confermate.

**3. Il contesto**

**3.1. Situazione attuale** - *Descrivere il contesto a partire da una chiara definizione dell’area territoriale di riferimento del progetto e delle sue caratteristiche; identificare il target e i suoi bisogni (max10 righe).*

Il quartiere Cristo di Alessandria, collegato al centro cittadino da un cavalcavia, conta una popolazione di 25600 persone di cui gli ultra 65enni n. 5690: specificatamente n. 2637 nella fascia 70/80 e n. 1487 in quella over 80. La riduzione delle linee degli autobus e, soprattutto delle fermate, ha creato problemi alla mobilità delle persone ed al collegamento tra il quartiere e i presidi sanitari prettamente presenti nel centro storico. Tale risulta essere un quartiere diviso in due: da un lato la concentrazione di case popolari in una via priva totalmente di negozi e dall’altro il borgo animato da micro attività commerciali, dalle parrocchie, dalle associazioni che lo rendono più vitale di tante altre zone della città stessa. Tra i condomini di edilizia popolare, al confine con l’unico supermercato della zona, si segnala la presenza del “Condominio Anziani” (presenti n. 43 nuclei famigliari) i cui componenti hanno un’età media di 74 anni: la metà di queste famiglie partecipa ad un tavolo di coprogettazione che il Cissaca ha istituito dal mese di novembre 2018 e che ha segnalato lo scollamento delle persone anziane alla città stessa, a causa della mancanza totale di mezzi di trasporto , nonché l’assenza di portineria sociale, scambi e relazioni. Il Cissaca inoltre, raccoglie richieste di interventi leggeri/ flessibili (es. commissioni, pulizie, accompagnamenti e spesa) ma non riesce a rispondere - se non in maniera estemporanea - con la presenza di volontari del servizio civile (tutto questo a causa della contrazione delle risorse e ad una burocratizzazione della procedura di accesso che - di fatto - riduce la possibilità di ottenere detto servizio). Sulla base delle segnalazioni giunte al Cissaca nell’ultimo anno, sono 172 le situazioni di anziani fragili: Il progetto si propone quindi, di colmare questo vuoto istituzionale sperimentando modalità di aiuto innovative.

**3.2. Descrizione dei servizi/offerte esistenti** – *Descrivere il sistema esistente nel quale si inserirebbe l’iniziativa e il grado di copertura dei bisogni nell’area territoriale di riferimento del progetto (ad esempio, quali iniziative/servizi esistono già sul territorio per rispondere ai bisogni del target? Quante persone sono destinatarie di tali iniziative/servizi?). I dati sui servizi esistenti e sulle persone già in carico/destinatarie vanno incrociati con i bisogni del territorio (ad esempio, quanti sono gli anziani in lista d’attesa per i servizi identificati)? (max 10 righe)*

Il sistema di erogazione di servizi domiciliari è gestito dal Cissaca in integrazione con ASL AL attraverso la convenzione con due case di riposo che organizzano gli interventi per i beneficiari, valutati dalla Unità Valutativa Geriatrica, attraverso prestazioni prevalenti di igiene della persona. Il processo per l’attivazione di tale servizio, peraltro abbastanza rigido nelle prestazioni e negli orari, ha come target gli anziani non autosufficienti e nel quartiere Cristo è garantito a n. 83 persone. Si segnala inoltre, un’iniziativa in un condominio ATC per anziani di apertura di uno spazio multifunzionale ispirato al modello delle microaree triestine: i contatti con i condòmini (sono n.63 persone di età media 74 anni, n.43 nuclei) hanno rilevato, come necessità/aspirazioni, la voglia di stare insieme, il collegamento con i presidi sanitari, la mobilità, l’educazione agli stili di vita salutari. All’interno dello spazio, animato da un’assistente sociale, sono presenti diversi gruppi e differenti attività: una giovane con disabilità inserita con un PASS offre agli anziani commissioni, aiuto per le prenotazioni telefoniche ai servizi e trasporti e informazioni, n. 4 volontarie del servizio civile stanno realizzando laboratori di lettura, danza-movimento e cucina. La partecipazione degli anziani (in prevalenza donne), non si limita alla fruizione delle attività, ma si sta costituendo come nucleo di co-progettazione con gli operatori per creare un canale di collegamento con l’agenzia ATC riguardo alla manutenzione del condominio e con l’azienda municipalizzata della mobilità per ottenere una fermata d’autobus. La presenza di una microequipe itinerante che parta e ritorni in questa sede, nonché possa essere un punto di ascolto del condominio e di raccolta di segnalazioni riguardanti gli anziani più fragili del quartiere, risponde al bisogno di integrare e dare solidità ad una realtà generativa di un nuovo modo di fare lavoro sociale.

**3.3. Capacità di risposta del progetto ai bisogni rilevati** -*Indicare in generale come il progetto intende rispondere ai bisogni rilevati che non vengono soddisfatti dai servizi esistenti (ad esempio erogando servizi gratuiti, a tariffe agevolate o convenzionati) (max 10 righe).*

Il progetto intende realizzare un intervento di intercettazione e monitoraggio di anziani fragili portatori di bisogni sociali, ovvero quelli ai quali il Cissaca, attraverso le procedure istituzionali ha ridotto progressivamente la capacità di risposta fino ad annullarla. La rilevanza del progetto poggia su due elementi: l’attenzione ai bisogni sociali, messi da parte nell’attuale organizzazione e l’eliminazione di commissioni di valutazione. I MMG (Medici di Medicina Generale) segnaleranno i soggetti fragili (target del nostro progetto), indicativamente si presumono almeno n. 10 segnalazioni a Medico (n. 8 MMG afferenti il Quartiere Cristo); altre almeno n. 170 segnalazioni che afferiscono al Cissaca da cittadini, famigliari, portatori di interesse specifici, altri Enti, etc. (tot. Popolazione target n. 250 soggetti fragili).Attraverso l’intervento dell’equipe itinerante saranno verificate le condizioni di vita a domicilio e, grazie anche all’utilizzo di una scala di valutazione della fragilità /questionari quali: Q9-surfrail e Prisma7 (somministrati pre/post, al fine di monitorare diversi livelli di fragilità), verranno costituiti gruppi differenti di beneficiari: la presenza dell’infermiere garantirà il collegamento con i servizi sanitari per tutti quelli con seri problemi di autosufficienza, un gruppo sarà destinatario di visite domiciliari di controllo, informazioni, coinvolgimento in eventi comunitari (educatore) un terzo gruppo sarà destinatario anche di interventi di sostegno (es. commissioni, prenotazioni, contatti con i servizi e i MMG (OSS)). Il primo anno il servizio sarà gratuito: dal secondo anno verrà stilato un regolamento che prevederà il pagamento di un ticket mensile forfettario sulla base dell’ISEE ristretto*.*

**3.4. Capacità del progetto di valorizzare le risorse presenti nel territorio di riferimento** *– Indicare in generale come il progetto intende mobilitare – ed eventualmente, in primis, mappare – le risorse della comunità al fine di promuovere il protagonismo della stessa. (max 10 righe)*

Il coordinamento, già costituito, ha permesso di esplorare le potenzialità delle Associazioni presenti: le disponibilità raccolte riguardano la mobilitazione di volontari della Parrocchia e del Gruppo Vincenziano per il sostegno diffuso e piccole commissioni. L’Associazione commercianti verrà coinvolta con un’iniziativa che consentirà loro di esporre un “bollino” sulla vetrina dei negozi che li identificherà come “amici degli anziani”: ogni negozio partecipante, consegnerà ai cittadini una piccola brochure informativa sul progetto e sui servizi a favore della terza età e offrirà consegne gratuite. Alcuni cittadini titolari di carta REI o di reddito di cittadinanza, impegnati con PASS (Piani di attivazione sociale e sostenibile) interverranno, insieme ai volontari, nel fornire sostegno domiciliare e nel sostituirsi ai negozi impossibilitati a fornire consegne. Il programma di eventi legati alla promozione di stili di vita salutari sarà organizzato in collaborazione con le Associazioni affinché possano offrire un contributo concreto alla loro realizzazione. Hanno già offerto la disponibilità a partecipare l’associazione Diabetici ADAL per la costituzione di un gruppo di cammino e per gli incontri informativi sulla sana alimentazione, l’Associazione “Centro d’Incontro Cristo” per il coinvolgimento degli anziani nelle attività di prevenzione e di invecchiamento in salute, la farmacia “Sacchi” attraverso la disponibilità dei farmacisti ad affiancare l’equipe itinerante con interventi di educazione e controllo all’uso dei farmaci. Attraverso l’attività di promozione dei negozi verrà anche lanciata una campagna di raccolta di candidature di volontari da coinvolgere nelle diverse attività del progetto: dagli accompagnamenti degli anziani alle attività, alle commissioni, alla compagnia.

**3.5. Raccordo con la programmazione locale** *- Indicare in che modo il progetto intende raccordarsi con la programmazione dei servizi a livello locale (ad esempio, con i documenti programmatici dell’Ente Gestore). Inoltre, nel caso di progetti che interessano il territorio piemontese, Indicare in questa sezione se e come il progetto risulta essere coerente e/o complementare rispetto ad iniziative previste nell’ambito di WeCaRe. (max 5 righe)*

Il progetto si inserisce all’interno del Piano Locale Cronicità redatto dall’ASL AL, quale iniziativa coerente con la programmazione locale. Il Cissaca è anche capofila dell’iniziativa WE CARE che ha visto la convergenza di 10 Enti gestori rappresentativi delle province di Alessandria e Asti per sperimentare azioni innovative nei confronti della vulnerabilità sociale alla luce del paradigma del welfare di comunità. Nel territorio alessandrino, oltre alla realizzazione di una “centrale della progettazione”, verrà costruito un catalogo del welfare territoriale in cui verranno aggiornate informazioni circa le risorse offerte dalle istituzioni e dalle associazioni per rispondere ai bisogni legati all’area della vulnerabilità. Il presente progetto, attraverso il tavolo delle Associazioni, contribuirà a costruire una parte del catalogo e ad aggiornarlo attraverso le proprie attività.

**4. Descrizione del progetto**

**4.1.Obiettivi**

*Indicare gli obiettivi generali e i relativi obiettivi specifici del progetto (max 10 righe).*

Obiettivo generale del progetto è il miglioramento della qualità della vita a domicilio degli anziani “fragili” residenti nel quartiere Cristo per prevenire o contrastare situazioni di isolamento, solitudine e decadimento psicofisico attraverso risorse professionali combinate a quelle del volontariato.

Gli Obiettivi specifici sono:

1. **mantenere la “rete” di comunità**, ovvero quell’insieme di soggetti diversi ( istituzioni, associazioni e cittadini) che attraverso la condivisone della finalità del progetto possano incidere sul quartiere per sviluppare interventi di prevenzione e promozione dell’invecchiamento in salute, ma anche stimolare il volontariato affinché aumenti la sensibilità e l’attenzione ai bisogni degli anziani fragili ;
2. **prevenire l’acuzie e la cronicizzazione dei disagi degli anziani fragili**, attraverso un intervento pro-attivo svolto da un’equipe itinerante, capace di effettuare un monitoraggio capillare e flessibile, modellato sui bisogni delle persone e non sulle procedure dei servizi;
3. **promuovere un invecchiamento in salute** attraverso l’acquisizione di stili di vita salutari;
4. **contrastare l’isolamento e la solitudine degli anziani fragili**.

**4.2. Attività**

*Descrivere le attività previste (la descrizione dovrà essere coerente con le informazioni inserite in dettaglio nell’Allegato 2 “Descrizione delle attività”).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obiettivo specifico** | **Attività (cosa)** | **Breve descrizione (come)** | **Partner coinvolti (chi)** |
|  | **1. FARE RETE** | Si intende …. | Specificare il ruolo di ogni partner coinvolto nell’attività |
| 1. mantenere la “rete” di comunità | 1.1.Costituire la cabina di regia  1.2 Attivare il tavolo dei medici di medicina generale  1.3.Attivare il tavolo delle Associazioni  1.4. Preparare gli strumenti della comunicazione  1.5. Allestire il punto informativo  1.6. Costruire gli strumenti del sistema informativo | 1.1 La cabina di regia è struttura portante del progetto in cui i tre partners valuteranno l’iniziativa e predisporranno le strategie per la sostenibilità futura (incontri quadrimestrali). La cabina stessa conterrà componenti fissi e componenti mobili: tra questi ultimi potranno prevedersi esperti specifici e rappresentanti di altre istituzioni interessate. La connessione tra la cabina di regia e le sottoarticolazioni organizzative (equipe itinerante, tavolo delle associazioni e dei commercianti) sarà garantita dal coordinatore di progetto (assistente sociale CISSACA referente progettazione).  1.2.Il Direttore di Distretto ASL AL attiverà il gruppo dei Medici di base del quartiere (n. 8 MMG) per la condivisione degli strumenti e dei sistemi di segnalazione. Peraltro è già attiva un’equipe territoriale dei medici stessi del quartiere Cristo che si riunisce periodicamente.  1.3. Il tavolo delle Associazioni, già costituito, opererà, per costruire il calendario di eventi di promozione della salute e di attivazione delle risorse di volontariato. All’interno del tavolo, si struttureranno tre percorsi di collaborazione: uno riguardante la promozione degli stili di vita salutari coordinato dall’ASL AL, uno dedicato agli esercizi commerciali ed allo sviluppo dei negozi solidali, uno dedicato alla sensibilizzazione e ricerca di volontari che, insieme a utenti titolari di carta REI/reddito di cittadinanza, realizzeranno interventi di supporto, come ad es. la consegna della spesa agli anziani beneficiari.  1.4. La rete della comunità sarà comunicata attraverso strumenti diversi e costruiti con materiale cartaceo divulgativo del progetto, la guida ai servizi da distribuire ai negozi, il bollino “solidale”, comunicati via social (almeno due conferenze stampa, uno spazio radiofonico locale almeno trimestrale, una news sul sito CISSACA e ASLAL), locandine per la diffusione degli eventi di promozione degli stili di vita salutari.  1.5. Si intende inoltre, valorizzare lo spazio multifunzionale sito nel condominio anziani ATC perché diventi HUB del progetto, ovvero sede dell’equipe, interlocutore del gruppo anziani, punto di ascolto per le segnalazioni. L’apertura effettiva delll’HUB sarà garantita 4 giorni la settimana per almeno due ore giornaliere e di altre otto settimanali per attività di gruppo e di co progettazione con gli anziani portatori d’interesse.  1.6. Sarà predisposta una scheda di segnalazione i cui dati saranno caricati su supporto informatico specifico (nel rispetto della normativa sulla privacy) che permetterà interrogazioni sui singoli casi (riporterà oltre all’anagrafica la successione degli eventi legati al monitoraggio) ed elaborazione di dati aggregati. | CISSACA: coordinamento della cabina di regia, coordinamento del tavolo, elaborazione brochure, avvio contatti con soggetti chiave, coordinamento tavolo delle Associazioni, conferenza stampa, intervista radiofonica, comunicati stampa e social, presidio della sede del progetto (’HUB), raccolta delle segnalazioni.  ASL AL: partecipazione alla cabina di regia, partecipazione al tavolo predisposto, partecipazione al tavolo delle Associazioni, coordinamento dei Medici di base per l’individuazione dei beneficiari.  Coop. Il Gabbiano: partecipazione alla cabina di regia, partecipazione al tavolo delle associazioni, presenza all’HUB, utilizzo degli strumenti informativi. |
| 2. Prevenire l’acuzie e la cronicizzazione dei disagi degli anziani fragili | Titolo dell’attività: **INTERCETTARE/MONITORARE**  2.1 realizzare un intervento formativo dell’equipe ispirato al lavoro di comunità  2.2.Contattare gli anziani individuati e fare visite domiciliari  2.3. Coordinare l’equipe itinerante  2.4.Avviare la presa in carico  2.5.intervenire sul degrado abitativo | 2.1 Si intende preparare l’equipe, attraverso un intervento formativo specifico realizzato da formatori accreditati, con particolare riferimento alle competenze dell’infermiere di comunità, dell’OSS e dell’educatore, intervento capace di uniformare i linguaggi, le rappresentazioni e rafforzare gli strumenti per leggere bisogni e risorse presenti nel quartiere.  2.2 L’equipe provvederà a contattare gli anziani segnalati dai MMG, dal Cissaca, da altri Enti, Associazioni, familiari informati del progetto, effettuare le visite domiciliari presso coloro che manifestano il consenso, applicare due strumenti di verifica della fragilità già validati : scheda Q9-Sunfrail (http:/www.sunfrail.eu/) e Questionario PRISMA 7 (https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/prisma-7), identificare il gruppo dei beneficiari a cui proporre: un programma di informazioni e di monitoraggio, un intervento sul problema abitativo nel caso in cui la fragilità sia determinata anche dalla trascuratezza e degrado dell’ambiente domestico, un intervento di supporto leggero ad opera di volontari.  2.3 Attraverso la valutazione dell’equipe coordinata dall’assistente sociale dell’area anziani del CISSACA, verranno anche individuate le situazioni che necessitano della presa in carico tradizionale a causa della gravità che interferisce pesantemente sulla qualità della vita a domicilio. Per queste situazioni i professionisi infermiere e assistente sociale concorderanno con ASL AL l’intervento. L’equipe si riunirà con cadenza settimanale per condividere la gestione concreta delle situazioni, l'attribuzione dei compiti ai diversi professionisti, l’analisi dei dati raccolti e il collegamento con le attività dei tavoli specifici.  2.4.: La presa in carico avverrà a diversi livelli di intensità/complessità in base al grado di fragilità rilevato: n. di anziani beneficiari di visite domiciliari di controllo e informazioni; n. beneficiari di interventi di igiene dell’ambiente domiciliare; n. di rinunciatari; n. segnalati per la presa incarico tradizionale; n. di anziani coinvolti in attività di sensibilizzazione agli stili di vita salutari.  2.5: In almeno 10 abitazioni in cui la fragilità è anche determinata dalle condizioni igienico sanitarie dell’abitazione, verrà predisposto un intervento di sanificazione. | CISSACA: avvio intervento formativo, tramite società individuata presso la sede dell’HUB, compilazione del registro fragili e suo aggiornamento, messa a disposizione assistente sociale referente anziani per il coordinamento équipe e per visite domiciliari. Individuazione impresa che effettuerà pulizie radicali nelle abitazioni degradate.  ASL AL: messa disposizione dell’infermiere di famiglia con il compito di effettuare visite domiciliari e valutare quali situazioni possono entrare nel programma di monitoraggio e quali invece essere prese in carico in modo classico.  Coop. IL GABBIANO: messa a disposizione della figura dell’OSS con i compiti di affiancamento dell’infermiere nelle visite domiciliari, monitoraggio degli anziani beneficiari del progetto, raccolta delle richieste e trasmissione di esse al coordinamento dell’equipe. Messa a disposizione dell’educatore che farà da connettore tra i volontari e gli anziani con bisogni relazionali. |
| 3. promuovere un invecchiamento in salute attraverso l’acquisizione di stili di vita salutari | Titolo: **INVECCHIARE IN SALUTE**  3.1. Attivazione di un gruppo di associazioni disponibili a collaborare per la creazione di un gruppo di cammino  3.2.realizzare un ciclo di incontri su tematiche specifiche  3.3 realizzare un programma di visite culturali in città | 3.1. Si intende, a partire dal secondo anno e dalla disponibilità dii Associazioni che hanno già dimostrato interesse a partecipare, promuovere un gruppo di cammino. L’intervento di un operatore ASL formato al fit walking, garantirà il supporto tecnico e formativo per l’avvio. I partecipanti saranno coinvolti attraverso la comunicazione sui social e il tavolo delle associazioni, oltre che ai rapporti costruiti dagli operatori con gli anziani.  3.2. Si intende, a partire dal secondo anno, costruire un programma con almeno 5 eventi di promozione della salute attraverso la partecipazione dell’ASL AL e delle Associazioni coinvolte nel quartiere.  3.3. Si intende, a partire dal secondo anno, costruire un programma con almeno 5 eventi di visite culturali in città con la collaborazione delle Associazioni coinvolte nel quartiere. | CISSACA: individuazione associazioni sportive culturali e del volontariato con cui costruire eventi  ASL AL: Assistente sanitaria, Referente del programma di promozione della salute  Operatore formato su gruppi di cammino  Gabbiano: messa a disposizione educatore per attivare gruppi di anziani motivati a partecipare, sviluppo attività di animazione |
| 4. contrastare l’isolamento e la solitudine degli anziani fragili | Titolo: **INVECCHIARE INSIEME**  4. 1. Attrezzare i negozi del quartiere per la diffusione di informazioni utili sui servizi per gli anziani e per offrire prestazioni gratuite  4.2. Informare le associazioni e le parrocchie circa l’opportunità di diventare volontari  4.3.realizzare due cicli di incontri formativi per volontari  4.4.realizzare attività di trasporto sociale  4.5.accompagnare i volontari negli interventi individuali di sostegno agli anziani  4.6.individuare cittadini titolari di REI/o reddito di cittadinanza da coinvolgere in attività di volontariato | 4.1. Si intende promuovere il coinvolgimento dell’associazione dei commercianti del quartiere Cristo per sviluppare una rete di negozi solidali che attraverso il “bollino solidale” posto in vetrina offrano informazioni e consegne della spesa a domicilio.  4.2 Si intende, attraverso l’azione di gruppi parrocchiali e associazioni già esistenti e operanti sul territorio identificare volontari che possano essere d’aiuto nella consegna della spesa o in piccole commissioni.  4.3. Si intende realizzare per ogni anno di attività, un ciclo di incontri formativi, finalizzato a creare un gruppo di volontari capaci di orientare la loro azione coerentemente con le finalità del progetto.  4.4. Si intende sostenere gli anziani motivati a partecipare alle attività di promozione della salute e delle attività culturali, che non dispongono della possibilità autonoma di muoversi, con un servizio di trasporto sociale. Si farà riferimento ad una delle due associazioni che gia operano sul territorio alessandrino ( AUSER e Trasporto Amico)  4.5. Attraverso l’azione dell’educatore sarà condotto un accompagnamento puntuale dei volontari al domicilio degli anziani beneficiari e condiviso un programma di supporto relazionale e piccole commissioni.  4.6. Tra gli utenti seguiti dal CISSACA, titolari di carta REI/reddito di cittadinanza, verranno individuati almeno 5 cittadini a cui proporre l’intervento di sostegno domiciliare. | CISSACA: avvio dei contatti e della proposta, creazione di un bollino solidale da esporre, una brochure sui diritti degli anziani da distribuire, definizione degli accordi con associazioni e programma incontri formativi. Inserimento eventuale di utenti CISSACA impegnati in attività collegati ai progetti di inclusione del Reddito di cittadinanza  ASL AL: formazione dei volontari di concerto con gli altri partners.  Gabbiano: educatore conduce incontri formativi e accompagna i volontari e i cittadini con reddito di cittadinanza nelle situazioni di anziani individuati, effettua monitoraggio e supporto agli abbinamenti. |

**4.3.Risultati attesi**

*Con riferimento agli obiettivi che si intendono perseguire, indicare i risultati attesi che si intendono raggiungere nel progetto. Le informazioni inserite devono essere coerenti con quanto indicato nell’Allegato 2 “Descrizione delle attività” (max 10 righe).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Obiettivo** | **Risultato** |
| 1.Mantenere la rete della comunità | n. 8 MMG che esercitano (la propria professione) nel territorio di riferimento, aderenti al progetto si impegnano a segnalare le situazioni di fragilità  n. 1 report (al termine del progetto) viene realizzato per la riprogettazione (contesto sociale specifico)  La cabina di regia realizza almeno 8 incontri in due anni per la valutazione e la sostenibilità futura del progetto  Almeno 4 Associazioni si incontrano una volta il mese e promuovono le attività progettuali |
| 2.Prevenire l’acuzie e la cronicizzazione dei disagi degli anziani fragili | Riduzione del grado di fragilità per il 50% del target, valutata con i questionari già citati  invio corretto ai servizi istituzionali  rilevamento di anziani “invisibili”, ovvero mai raggiunti dai servizi  n. 250 anziani fragili residenti nel quartiere Cristo vengono identificati come target del progetto  n. 80 utenti anziani ricevono un intervento di monitoraggio  n. 50 utenti vengono inviati ai servizi istituzionali per la presa in carico tradizionale  n. 10 sopralluoghi su segnalazione di disagio abitativo |
| 3. promuovere un invecchiamento in salute e l’acquisizione di stili di vita salutari | Coinvolgimento e partecipazione degli anziani agli eventi/attività proposti  n. 200 partecipanti tra anziani e cittadini agli incontri volti all’apprendimento di stili di vita salutari.  n. 4 Associazioni partecipanti alla creazione degli eventi promozionali:  n. 1 gruppo di cammino  n. 5 incontri sui salutari stili di vita  n. 5 visite culturali (es. visite guidate a musei e agli eventi culturali proposti in città) |
| 4. contrastare la solitudine e l’isolamento degli anziani | Aumento di legami sociali e diminuzione senso di solitudine  n. 1 corso di formazione rivolto ai volontari per anno  n. 10 partecipanti/n. aderenti volontari al progetto  n. 1 apertura di un punto informativo e di partecipazione degli anziani  n. 8 esercizi commerciali che partecipano al progetto nel diffondere informazioni sui diritti e nell’offrire servizi (n. esercizi commerciali presenti/n. esercizi commerciali aderenti il progetto)  n. percorsi da quartiere a centro città - da potenziare - al fine di contrastare l’isolamento sociale dell’anziano. |

**4.4. Destinatari del progetto**

*Indicare la comunità di riferimento dell’iniziativa e il suo ruolo; specificare il profilo e il numero dei destinatari coinvolti nelle azioni previste dall’iniziativa.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Descrizione** | **Numero** | **Ruolo** |
| **Persone**  **Destinatarie** | *(profilo e caratteristiche delle persone con bisogni di cura che saranno coinvolte nelle azioni della proposta)*  anziani over 75 residenti nel quartiere Cristo che vivono soli, poliassuntori di farmaci e con problemi di mobilità | (*numero complessivo delle persone destinatarie di interventi specifici*)   * n.250 | (*indicare il ruolo previsto per le persone destinatarie nell’ideazione e realizzazione degli interventi proposti*): è prevista la raccolta e l’analisi, attraverso la visita domiciliare, dei bisogni manifestati dai destinatari e delle proposte . A tutti sarà proposto di partecipare al tavolo degli anziani presso la sede del progetto in via Cesare Battisti 46. |
| **Comunità di riferimento** | *(localizzazione, confini e caratteristiche della comunità coinvolta nella proposta*) Il progetto è circoscritto al quartiere Cristo, territorio densamente popolato di anziani e soprattutto, già oggetto di attivazione di una rete locale | *(popolazione residente nel territorio di intervento*) la popolazione è di 25.600 abitanti, la popolazione over 65 è di 5690 di cui 2637 nella fascia 70/80 e 1487 gli over 80 | (*indicare il ruolo previsto per la comunità all’interno del processo di ideazione, progettazione e realizzazione dell’iniziativa proposta*)  sono presenti due gruppi di lavoro: il tavolo degli anziani del condominio ATC , sede del progetto, partecipe sia per iniziative di sollecitazione alle istituzioni sui temi della mobilità, del trasporto sociale e della manutenzione delle aree verdi, il tavolo delle associazioni impegnato a sviluppare azioni congiunte e di sostegno concreto agli anziani. |

*Indicare il numero di destinatari che si prevede di coinvolgere, coerentemente con le informazioni dell’Allegato 2 ma aggregando per categoria e specificando le attività in cui ogni categoria sarà coinvolta (si possono aggiungere colonne e/o righe).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attività 1**  **Fare rete** | **Attività 2**  **Intercettare/monitorare** | **Attività 3**  **Invecchiare in salute** | **Attività 4**  **Invecchiare insieme** |
| *Persone anziane over 75* | 500 | 250 | 50 | 50 |
| *Familiari e caregiver* | 50 | 50 | 50 | 25 |
| *Operatori* | 20 | 20 | 20 | 20 |
| *Cittadini* | 1000 | 50 | 100 | 100 |
| Associazioni | 15 | 5 | 10 | 4 |
| Esercizi commerciali | 8 | 4 | 8 | 8 |

**4.5. Accessibilità e fruibilità**

* *Indicare in che modo verranno garantite l’accessibilità e la fruibilità delle attività previste, a partire dalla* ***comunicazione*** *delle stesse sul territorio (max5 righe).*

La comunicazione sarà realizzata attraverso più canali: una brochure informativa sulle modalità di accesso al progetto che verrà distribuita negli studi medici, nei negozi, nelle parrocchie e nelle sedi di associazioni della rete costituita; articoli sui giornali e sui media che informeranno dell’iniziativa; allestimento di un punto informativo aperto almeno 4 giorni la settimana (4 mattine e due pomeriggi) gestito da operatori/tirocinanti/volontari formati. I destinatari del progetto saranno selezionati attraverso la segnalazione di associazioni/istituzioni/persone interessate e rilevazione dall’ASL degli anziani potenzialmente fragili.

* *Specificare i criteri di accesso, le modalità di* ***individuazione e selezione*** *delle persone destinatarie degli interventi (max 10 righe).*

La selezione avverrà attraverso un sistema misto: una quota sarà selezionata dall’ASL attraverso le segnalazioni prodotte dai MMG del quartiere, una quota sarà costituita dalle segnalazioni del servizio sociale, dei cittadini, coinvolti nella campagna di comunicazione. I potenziali beneficiari saranno informati da una comunicazione scritta e da un contatto telefonico volto ad ottenere il consenso. Verrà data la precedenza alle persone che presentano le tre caratteristiche associate (assunzione di farmaci, che vivono soli, con problemi di mobilità*)*. Per ogni segnalazione ricevuta sarà garantita almeno una visita domiciliare attraverso la quale verranno raccolte le informazioni per decidere se: 1. Inviare a CISSACA e ASL la richiesta di una presa in carico tradizionale (casi di non autosufficienza per i quali un intervento di monitoraggio risulti inutile); 2. Impostare un programma di monitoraggio, raccogliere le domande di aiuto e valutare le risposte disponibili grazie alle risorse messe in campo dalla comunità (volontari, esercizi commerciali, associazioni, operatori equipe); 3. non concordare un intervento pur lasciando un riferimento in caso di necessità. Informare delle iniziative di promozione della salute.

* *Specificare i* ***requisiti*** *che danno luogo a tariffe differenti (nel caso in cui le iniziative prevedano la compartecipazione economica dei destinatari) o alla fruizione gratuita (max 5 righe).*

L’intervento sarà gratuito per tutti nella fase della visita domiciliare e della valutazione dei bisogni. Saranno gratuiti tutti gli eventi di promozione della salute e le attività di gruppo. L’avvio di interventi dell’OSS, accompagnamenti, commissioni, saranno soggetti a tariffe determinate da un regolamento che terrà conto dell’ISEE ristretto e sarà articolato in fasce che al disotto della cifra di 8000 euro sarà esente da compartecipazione, mentre al disopra di 8000 euro sarà richiesta la compartecipazione attraverso il pagamento di un pacchetto di prestazioni standard. L’intervento dei volontari è gratuito.

**4.6. Tempi di realizzazione**

*Indicare, per ciascuna delle attività descritte al punto 4.3., il periodo di svolgimento barrando i mesi durante i quali si realizzerà l’intervento. Le informazioni qui riportate devono corrispondere con quanto indicato nell’Allegato 2 “Descrizione delle attività”.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titolo attività** | **Ott 2019** | **NOv2019** | **Dic 2019** | **Gen2020** | **Feb 2020** | **Mar2020** | **Apr2020** | **Mag2020** | **Giu2020** | **Lug2020** | **Ago 2020** | **Set 2020** | **Ott 2020** | **Nov 2020** | **Dic 2020** | **Gen 2021** | **Feb 2021** | **Mar2021** | **Apr2021** | **Mag2021** | **Giu2021** | **Lug2021** | **Ago2021** | **Set2021** |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 1.1 |  |  |  | x | x | x | x | X | X | x | X | X | x | x | x | X | x | x | x | x | x | x | x | X |
| 1.2. |  |  | x |  |  | x |  |  |  | x |  |  |  |  | x |  |  |  | x |  |  | x |  |  |
| 1.3 |  |  |  |  |  |  | x | X | X |  |  |  | x | x | x | X | x | x | x | x | x |  |  | X |
| 1.4 |  |  |  | x | x | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.5 |  | x | x | x | x | x | x | X | X | x | X | X | X | x | x | X | x | x | x | x | x | x | x | X |
| 1.6 |  | x | x | x | x | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1 |  |  |  | x | x | x | x | X | X |  |  |  |  | x |  |  |  |  |  | x | x | x |  |  |
| 2.2. |  |  |  |  |  |  |  |  | X | x | X | X | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3. |  |  |  |  | x | x | x | X | X | x | X | X | x | X | x | X | x | x | x | x | x | x | x | X |
| 2.4. |  |  |  |  |  |  |  |  | X | x | X | X | x | X | x | X | x | x | x | x | x | x | x | X |
| 3.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | x | x | x | x | x | x | x | X |
| 3.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | x | x | x | x | x | x | x | X |
| 3.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | x | x | x | x | x | x | x | X |
| 4.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | x | x | x | X | x | x | x | x | x | x | x | X |
| 4.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X | x | x | x | X | x | x | x | x | x | x | x | X |
| 4.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x | x |  |  |  |  |  | x | x |  |  |  |  |  |  |
| 4.4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x | x | x | X | x | x | x | x | x | x | x | X |
| 4.5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | x | x | X | x | x | x | X | x | x | x | x | x | x | x | X |

**4.7. Risorse umane coinvolte -***Descrivere competenze ed esperienze delle principali figure professionali che saranno coinvolte nell’iniziativa (max 10 righe).*

*Marina Fasciolo - CISSACA - referente del progetto- assistente sociale e formatrice, lavora al Cissaca con un incarico specifico sulla progettazione e sviluppo di comunità*

*Laura Cuttica -CISSACA - Assistente sociale referente area anziani*

*Daniela Novelli - ASL AL- Assistente Sanitaria referente progetti di promozione della salute*

*Enrico Cosmello - ASL AL - Tecnico della prevenzione - esperto in fit walking*

*Mauro Brusa - ASL AL referente medicina di iniziativa*

*Baiardi Silvia - ASL AL- sociologa - componete gruppo di lavoro del Piano Locale Cronicità e referente progettazione*

*infermiere di comunità da individuare - ASL AL*

*Valeria Oddone - Coop. Il Gabbiano - educatore esperto nel coordinamento di equipe, referente progetti Vita indipendente*

*Oss da individuare - Coop. Il Gabbiano*

*Educatore da individuare -Coop. Il Gabbiano*

**4.8. Regia e governance -** *Descrivere i meccanismi di governance e le modalità di lavoro tra i partner (max 10 righe)*

La partnership sarà realizzata tramite un accordo in cui le parti condivideranno le azioni e ne assumeranno la responsabilità. Ogni 4 mesi progetto verrà convocata la cabina di regia composta dai vertici della partnership e una rappresentanza della rete delle associazioni costituita per valutare l’andamento e gli sviluppi futuri. Tra i componenti mobili verranno anche inclusi esperti di settore su temi specifci. Saranno assunte, a questo livello, le decisioni circa il meccanismo di estrazione dei dati sugli anziani fragili e la sua validità, nonché il protocollo relativo al trattamento dei dati, la validazione di una scheda su supporto informatico che permetta interrogazioni circa l’evoluzione del processo di presa in carico, nonché l’analisi di dati aggregati circa l’efficacia del programma, la sostenibilità futura a fronte della verifica dei risultati in termini di benefici per la popolazione anziana, l’integrazione del modello di presa in carico comunitaria all’interno delle politiche degli enti partner. La forma dell’Associazione Temporanea di Scopo garantirà l’esplicitazione dei ruoli, del numero delle ore impegnate, delle forme di cofinanziamento, degli ambiti di responsabilità specifica sotto il coordinamento del capofila.

*Descrivere i possibili* ***rischi*** *e gli ostacoli alla realizzazione del progetto (max 10 righe)*

Sono da considerare a rischio, e quindi ambiti da presidiare con particolare attenzione:

* l’effettiva partecipazione delle associazioni nella realizzazione del processo di presa in carico comunitaria
* il collegamento e la messa a disposizione di risorse istituzionali nel caso in cui le situazioni intercettate si caratterizzino per gravità e non solo per fragilità
* la mobilità sul territorio, il trasporto sociale
* il tempo come variabile dipendente dai lenti meccanismi burocratici nell’avviare il progetto (anche se in questo caso non si parte da “zero”, dal momento che esiste già una sede, un nucleo di associazioni coinvolte, un intervento di animazione con anziani già in atto)
* **5. Sostenibilità**

*Descrivere le azioni che si intendono avviare per la* ***sostenibilità*** *tecnico-economica futura, ovvero le azioni finalizzate a rendere il progetto capace di durare nel tempo e di trovare altre forme di sostegno (max 10 righe)*

Le forme per la sostenibilità futura si individuano in:

la raccolta del 5per mille ai Comune di Alessandria, posto che il progetto verrà esteso alla città ( 15.000 euro)

* il pagamento di un ticket a carico degli utenti del servizio ( 10 euro mensili per assicurarsi un “pacchetto” comprensivo di contatto telefonico, una visita domiciliare, un trasporto, un evento di socializzazione per 200 utenti = 24.000 euro)
* l’impegno di cittadini coinvolti attraverso i programmi di inclusione previsti dal reddito di cittadinanza ( costo zero)
* il consolidamento della rete di volontari
* il cofinanziamento di ASL AL e CISSACA
* un protocollo che impegna le associazioni della rete a garantire il supporto per la realizzazione di eventi di promozione della salute.

**6. Innovazione del progetto**

**6.1 Caratteri di innovatività***- Indicare quali sono, a giudizio degli enti proponenti, i principali caratteri di innovatività della soluzione presentata, con specifico riferimento alla individuazione di “soluzioni inedite” rispetto al contesto di riferimento, che riguardino lo sviluppo di nuove* ***idee*** *e* ***servizi*** *e/o l’introduzione di nuovi* ***processi*** *e* ***modelli*** *operativi all’interno di servizi esistenti (max10 righe). In particolare:*

* In che cosa la presenta proposta si differenzia rispetto alle attività ordinarie e/o a progetti già in corso della partnership proponente

Si considera innovativo, l’approccio pro-attivo, ovvero l’inversione di tendenza nel predisporre un programma di intercettazione di anziani fragili rispetto alla tradizionale organizzazione di servizi, re-attiva alla domanda dei cittadini. In particolare, la sperimentazione di figure professionali (Educatore, OSS ed Infermiere) itineranti e capaci di guardare ai bisogni individuali e di tradurli in interventi fondati sui contesti sociali di riferimento, rappresenta una sfida alla riprogettazione del territorio che nel tempo potrebbe coinvolgere i bisogni di altre fasce della popolazione.

* In che cosa la presente proposta si differenzia rispetto ai servizi/progetti esistenti sul territorio di riferimento, realizzati da altri attori non coinvolti nel partenariato proponente?

Si considera innovativo un intervento organico che abbia come oggetto di lavoro la comunità locale vista come una rete potenziale di aiuti: la costruzione di connessioni tra la Farmacia, i Medici di base, gli esercizi commerciali, le Associazioni, gli anziani stessi, promuove una visione dell’intervento sociale più ampia e vitale rispetto a quella generata dai singoli interventi professionali dei servizi istituzionali. Innovativa è anche l’idea di agire per ricomporre la frammentazione generata da interventi puntiformi che tanti soggetti sociali mettono in atto sul quartiere e non sono adeguatamente valorizzati perché spesso invisibili e quindi poco accessibili.

**6.2. Caratteri di innovatività specifici riferiti al ruolo della comunità nell’iniziativa**

*(max5 righe)*

*Per la prima volta nella città di Alessandria si sta progettando un’ iniziativa in cui la comunità è protagonista: l’associazione commercianti promuove il “bollino” di adesione dei negozi ai servizi domiciliari, la Farmacia offre un intervento di educazione all’uso corretto dei farmaci, la parrocchia e le associazioni “San Vincenzo “ e “AVULSS” presidiano l’attivazione del gruppo di volontari per piccoli interventi domiciliari, gli anziani attivi del condominio ATC organizzano eventi di socializzazione e il soggetto capofila , il CISSACA, sperimenta il passaggio da ente erogatore di prestazioni di servizio individuale a soggetto facilitatore di reti di aiuto assegnando alla comunità uno specifico compito di “cura” e riconoscendo il valore generativo dei legami tra le persone .*

**6.3. Caratteri di innovatività specifici riferiti al ruolo della persona destinataria degli interventi di cura nell’iniziativa**

*(max5 righe)* Pur riconoscendo importanza alla valutazione del grado di fragilità, questa iniziativa non propone una logica “escludente”, ovvero di discriminare chi ha diritto da chi non ne ha, ma piuttosto di coinvolgere gli anziani e di includerli in nuove reti e legami nella consapevolezza che nuove modalità di concepire la cura si costruiscono sommando e integrando la partecipazione diretta delle persone. Il gruppo di anziani nel condominio ATC si aprirà alla partecipazione di altri beneficiari del progetto nel percorso di discussione intrapreso e volto a farsi promotore di iniziative per avvicinare/ facilitare il percorso di accesso ai servizi.

**7. Monitoraggio e valutazione**

*Descrivere come verrà realizzato il monitoraggio nel corso del progetto e quali elementi caratterizzeranno l’azione di valutazione finale (max10 righe).*

Il monitoraggio sarà realizzato sia nei confronti di singole attività che dell’andamento globale del progetto, per controllare la loro coerenza con gli obiettivi previsti e gli interventi realizzati. In particolare si monitorerà l’andamento delle segnalazioni ricevute, n. beneficiari effettivamente raggiunti dal progetto (le loro caratteristiche), n. opportunità e informazioni offerte agli anziani, n. associazioni coinvolte, n. volontari reclutati, gli eventi realizzati, n. cittadini raggiunti misurando i dati di partenza, a metà progetto e al suo termine. La valutazione dovrà misurare: la capacità dell’organizzazione di individuare i soggetti fragili, i tempi e i tipi di risposta alle segnalazioni in rapporto alle risorse impiegate di personale, gli effetti della sburocratizzazione, ovvero l’eliminazione delle commissioni, la reale volontà dei medici di collaborare, l’efficacia dell’equipe itinerante, la partecipazione agli eventi e gli sviluppi in termini di nascita di nuove iniziative nel quartiere, l’aumento di associazioni e gruppi di cittadini interessati, la validità dell’HUb del progetto, l’inserimento del modello di intervento realizzato all’interno del piano aziendale ASL AL e di quello del Cissaca. Il processo di monitoraggio e valutazione sarà gestito con risorse interne (CISSACA / ASL AL) che faranno capo ai soggetti preposti alla cabina di regia.

**8. Prospettive di sviluppo**

*Descrivere come l’iniziativa potrebbe evolvere oltre l’orizzonte progettuale, indicando in breve obiettivi e risultati che si intenderebbe raggiungere nel medio-lungo periodo, e con quali prospettive di messa a sistema dell’iniziativa stessa e sua diffusione. (max 10 righe).*

Durante il secondo anno di attività si prevede di estendere il progetto, attraverso la creazione di un tavolo di partecipazione composto da associazioni e cittadini per l’attivazione di una nuova equipe itinerante in un altro quartiere periferico, il sobborgo di Spinetta Marengo. Le pratiche partecipative e i risultati delle attività consentiranno alla cabina di regia di valutare la praticabilità della sua estensione.

L’esperienza, gli strumenti costruiti e i rapporti avviati con associazioni e mondo del commercio, rappresentano una componente “tecnologica” importante che potrebbe ridurre i tempi di avvio. Al termine del progetto e la valutazione dei risultati, la direzione da prendere dovrebbe prevedere:

* la formalizzazione di un patto ASL AL e CISSACA per il consolidamento di un servizio di “comunità”, capace di trasferire le prassi sperimentate con l’equipe itinerante in azione di sistema, completamente sganciato dalle procedure UVG perché finalizzato a prevenire gli effetti della cronicizzazione dei disagi
* la creazione di un coordinamento cittadino di soggetti e associazioni a cui il servizio sociale farebbe riferimento per promuovere microprogettualità di aiuto alle persone ( inserimento e ricerca volontari, avvio tirocini e progetti di reddito di cittadinanza, realizzazione attività sportive e di cultura della salute) costruendo concretamente una fase di secondo welfare che ricomponga e superi l’attuale frattura tra il mondo dei tecnici e quello della società civile.
* Lo studio di fattibilità per la creazione di una mutua di comunità che sostenga economicamente l’iniziativa e arricchisca il ventaglio delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata a un’ampia platea di destinatari.