# Documento di progetto

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 “Enti partner”.*

“**LA BOTTEGA DEL POSSIBILE**” è un’Associazione di Promozione Sociale che si costituisce il 24/01/1994 con sede in Torre Pellice (TO) avendo per finalità la diffusione della cultura della domiciliarità. È iscritta al Registro Regionale delle Associazioni di Promozione Sociale del Piemonte e nel Registro delle Associazioni del Comune di Torre Pellice. Aderisce a “LIBERA Associazioni, Nomi e Numeri conto le mafie”, a “P.I.A.C.I. Associazione Scientifica per l’Invecchiamento Attivo e Cure Integrate” di Padova, al CIPES Piemonte, all’Associazione “Slow Medicine” di Torino, alla rete Immaginabili Risorse. Inoltre, è presente in rappresentanza del FORUM del Terzo Settore del Piemonte, nel Consiglio di Amministrazione dell’Osservatorio sull’Economia Civile della Camera di Commercio di Torino e nel Comitato di Indirizzo della Laurea in Servizio Sociale dell’Università di Torino; è componente della Conferenza di Partecipazione dell’ASL TO3, dell’Osservatorio delle Associazioni di Promozione Sociale della Regione Piemonte e del Coordinamento regionale del FORUM del Terzo Settore.

L'Annovera al suo interno circa 200 soci di tutte le professioni e mestieri, provenienti da dodici regioni diverse. Nel 2012 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha riconosciuto, con un proprio decreto, l’“Evidente Funzione Sociale” svolta nel Paese. Il Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali ha dato il riconoscimento come agenzia formativa a livello nazionale. Nel gennaio 2016 la Regione Piemonte, con una determina del direttore dell’Area Coesione Sociale, riconosce come conforme alle proprie finalità istituzionali l’attività della Bottega del Possibile in materia di promozione della cultura della domiciliarità, nella visione multiprofessionale e multidisciplinare dell’attività formativa continua degli operatori.

Opera nel campo delle politiche socio-sanitarie promuovendo la cultura della domiciliarità, si avvale principalmente, per promuovere la propria mission e attività, de “La Borsa degli Attrezzi”, un ciclo di seminari programmati annualmente per offrire agli operatori, al mondo del Terzo Settore, ai pubblici amministratori, ai caregiver, momenti di formazione continua, di scambio di esperienze, di crescita culturale e professionale. Altresì, l’Associazione promuove ed elabora specifici progetti, in collaborazione con Enti pubblici e del privato sociale, collegati alle finalità che persegue.

Nell’ambito del progetto l’Associazione svolge la funzione di capofila e di segreteria, cura il coordinamento della cabina di regia e del Team operativo, gestisce l’attività inerente la formazione degli operatori e dei caregiver, compartecipa alle azioni di sensibilizzazione e coinvolgimento della cittadinanza, collabora con il Consorzio Socialcoop per promuovere l’apertura della struttura come Centro Servizi e una riorganizzazione atta al miglioramento della qualità dell’abitare e al coinvolgimento delle persone/ospiti al fine di valorizzare le loro competenze e risorse residue.

**COMUNE DI PIOSSASCO: territorio e storia**

Piossasco è situata a ridosso delle ultime propaggini delle Alpi, a 20 Km da Torino, ideale cerniera tra l’area metropolitana del capoluogo e l’area montana delle Valli del Chisone e di Susa. La particolare posizione, l’orientamento a sud-est e la copertura del Monte San Giorgio determinano una particolare condizione ambientale e climatica, tale da permettere la coltura e la diffusione di specie vegetali insolite per l’area.

La città si presenta distribuita nella zona di pianura, cresciuta negli anni 1970 e 1980 a causa dell’immigrazione seguita all'industrializzazione dell’area e alla costruzione della Fiat di Rivalta, e nella zona collinare - antico centro medievale di Piossasco - caratterizzato dal complesso dei Castelli, dalla Chiesa di San Vito che si affaccia sull’omonima piazza, e dalle ville signorili del ‘600 e ‘700.

La sua storia è molto ricca: dai primi insediamenti al periodo medievale - che ha raggiunto il culmine con l’espansione dei domini dei Signori di Piossasco nei secoli XII e XIII in una vasta area del Piemonte - l'indebolimento del sistema feudale dei secoli successivi e i fuochi rivoluzionari degli ultimi anni del 1700 hanno determinato la crescita e lo sviluppo della città bassa, partendo dal nucleo intorno al monastero francescano, oggi sede del palazzo civico.

Di quei secoli restano importanti testimonianze architettoniche ed artistiche: i castelli, la chiesa di San Vito con gli affreschi della canonica, le confraternite e le ville signorili che venivano aperte dai proprietari in occasione di “Città d’Arte a Porte Aperte” e “Rievocazione Storica”.

Il XIX secolo vede fiorire il genio di Alessandro Cruto, inventore della lampadina elettrica, e lo svilupparsi della piccola imprenditoria legata alla produzione di vermuth e di spazzole di saggina: Piossasco allora aveva 3.500 abitanti e un’economia prevalentemente rurale. Ai primi del secolo apparirono i primi stabilimenti industriali: feltrifici, spazzolifici, fabbriche di liquori, addirittura la prima azienda al mondo a produrre lampadine elettriche a filamento di carbonio. Arrivò poi l'Indesit, la Fiat, gli stabilimenti Westinghouse (oggi Faiveley Transport S.p.A., e Ansaldo) e con migliaia di nuovi abitanti la cittadina cambiò volto velocemente.

Delle origini contadine Piossasco porta ancora traccia nelle numerose cascine che la circondano e che sopravvivono grazie al lavoro di una imprenditoria agricola forte e generosa.

A cavallo tra gli anni '60 e '70 l’industrializzazione della seconda cintura torinese e la costruzione della FIAT proprio ai confini dei Piossasco, portarono ondate successive di emigranti, dal Veneto, successivamente alla tragedia del Polesine, quindi dalla Basilicata, Sicilia, Sardegna e da tutte le Regioni della Penisola.

Senza i benefici economici derivanti da insediamenti produttivi, il Comune dovette realizzare tutti i servizi e affrontare la sfida e l’integrazione sociale contando su risorse proprie e sull’eccezionale risorsa del volontariato. Se la sfida è stata vinta è grazie al lavoro silenzioso e tenace di migliaia di vecchi e nuovi Piossaschesi impegnati sia nell’amministrazione che nell’associazionismo cittadino. Attualmente in Piossasco ci sono circa 90 associazioni iscritte all’albo delle associazioni della Città stessa che sono impegnate in diversi settori: sociale, culturale, ricreativo e sportivo.

Ad oggi Piossasco conta circa 18585 cittadini distribuiti in 7.873 nuclei famigliari. Il 19% per centro circa della popolazione è in età compresa tra 0 e 18 anni, circa il 55% tra 19 e 60 anni e il 26% tra 61 a 101 anni. 828 cittadini sono di cittadinanza non italiana, Gli stranieri residenti in Piossasco provengono prevalentemente dalla Romania (514) e dal Marocco (80).

Piossasco: ente locale al servizio della Comunità

Il Comune di Piossasco, come previsto dal proprio Statuto è un Ente autonomo, che rappresenta la comunità che vive nel territorio comunale, ne assicura l'autogoverno, ne cura gli interessi e ne promuove lo sviluppo civile, politico, economico e sociale.

L’articolo 2, del citato Statuto, pone quali finalità prime dell’attività politico amministrativa del Comune di Piossasco, che deve essere condotta secondo i principi di libertà, giustizia, solidarietà e uguaglianza enunciati dalla Costituzione italiana:

 - il conseguimento del pieno sviluppo della persona e della sua effettiva partecipazione all'organizzazione politica, economica, sociale e culturale della città;

 - la promozione della qualità della vita per cittadine, cittadini e ospiti; garanzia dei valori della persona, della famiglia, del pluralismo e della attuazione delle pari e differenti opportunità uomo-donna, attraverso piani di azioni positive e il rispetto delle differenze di sesso, etnia, lingua e religione

- l’accoglienza e tutela della vita, adoperandosi per rimuovere le cause di rifiuto e le condizioni che inducono all'emarginazione; sensibilità ai problemi dei minori e degli anziani, al diritto dei portatori di handicap a una città accessibile e a una rete di servizi e di interventi che ne facilitino l'integrazione sociale e ne accrescano le opportunità lavorative.

Tali finalità vengono perseguite con differenti azioni e politiche che l’Amministrazione cerca di attuare malgrado la crisi economico-finanziaria abbia avuto pesanti ricadute negative anche i bilanci delle Amministrazioni comunali che hanno visto in questi anni la forte riduzione dei trasferimenti centrali e della possibilità di nuove assunzioni di personale.

Tali difficoltà non hanno fatto certamente ridurre le risorse che il Comune di Piossasco ogni anno trasferisce al consorzio socio-assistenziale CidiS, delegato per le funzioni socio-assistenziale, e non hanno certo ridotto le risorse messe a disposizione delle fasce più deboli ed in difficoltà della popolazione. Oltre a risorse comunali infatti si sono attivati progetti con finanziamenti privati e si è cercato di implementare uno strutturato lavoro di rete nell’ottica del welfare generativo.

L’Amministrazione sostiene da anni l’associazionismo cittadino tra cui, a titolo esemplificativo, possiamo citare: l’Unitre, il gruppo anziani per il quale si sta valutando l’assegnazione e la ristrutturazione di una sede maggiormente idonea, e il nuovo progetto di supporto al mondo digitale per gli anziani da svolgersi come scambio intergenerazionale.

Ad integrazione del servizio di trasporto a chiamata ME Bus, garantito dall’Agenzia Metropolitana per la Mobilità, a sostegno della mobilità di persone disabili il Comune garantisce un servizio di trasporto a chiamata effettuato con mezzi idonei a persone anche con disabilità grave. La mensa scolastica inoltre, garantisce 15 pasti a cittadini piossaschesi in difficoltà e, partito come servizio solo invernale, ha ora una continuità per tutto l’anno il servizio di accoglienza notturna svolto in locali comunali in collaborazione con la CRI-Comitato Locale di Piossasco.

L’amministrazione ha anche supportato e seguito con interesse la realizzazione della nuova RSA San Giacomo per l’accoglienza di 80 persone anziane.

**CONSORZIO INTERCOMUNALE DI SERVIZI CIdiS**

Il 1 gennaio 1997 i sei Comuni che costituivano l’ex USSL 34, e cioè Beinasco, Bruino, Orbassano, Piossasco, Rivalta e Volvera si sono costituiti in Consorzio. Da quel giorno, il Consorzio gestisce direttamente per conto dei sei Comuni il Servizio socio-assistenziale. Il Consorzio è completamente autonomo dal punto di vista della gestione. Il suo compito è quello di garantire ad ogni cittadino-cliente una migliore qualità della vita attraverso una politica di sicurezza sociale. Complessivamente, il Consorzio serve una popolazione di 97.295 abitanti (dati al 31/12/2015).

Dalla gestione comunale a quella associata fino al 1 aprile 1987, ogni Comune della zona gestiva direttamente i Servizi Socio-Assistenziali, in maniera spesso molto differente sul territorio. La gestione associata, invece, ha profondamente modificato l’organizzazione del lavoro, tanto che attualmente essa consente di fornire lo stesso servizio a tutti gli abitanti della zona.

Il servizio socio-assistenziale è rivolto a tutti i cittadini che hanno problemi familiari, economici, sociali, educativi. Il suo scopo è innanzi tutto di accogliere chi ne ha bisogno e di ascoltare quali sono i suoi problemi. Il Servizio, quindi, aiuta le persone a comprendere quali sono i propri bisogni e ad affrontare i propri problemi. Il Consorzio Intercomunale di Servizi interviene in caso di necessità per sostenere la famiglia ed il singolo. Gli interventi socioassistenziali garantiscono prestazioni rispondenti alle specifiche esigenze della persona. Sono attuati quanto più possibile in famiglia e avvengono nel normale ambiente di vita, con partecipazione attiva della persona, nel rispetto della sua dignità e libertà e delle suo convinzioni personali.

Il Consorzio garantisce i seguenti servizi: a) assistenza economica; b) assistenza domiciliare; c) inserimenti in centri diurni socio-assistenziali; d) inserimenti in presidi residenziali socio-assistenziali; e) inserimenti lavorativi; f) gestione tutele, minori e adulti incapaci; g) assistenza educativa per minori e handicappati; h) telesoccorso; i) affidamenti presso famiglie, persone singole o comunità di tipo familiare; j) adozioni nazionali ed internazionali;

**A.S.L. TO3**

È un'azienda con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, è stata costituita il 1° gennaio 2008 e svolge le funzioni e le attività in precedenza riferite all’ASL 5 di Collegno e all’ASL 10 di Pinerolo a cui si è aggiunto il Distretto di Venaria dell’ex ASL 6 di Ciriè attuale ASL TO4.

Si estende per un territorio pari al 12% della Regione Piemonte. Il territorio sul quale opera comprende 109 comuni suddivisi in 9 distretti e, considerando il numero di abitanti, la superficie e la densità di popolazione i distretti possono essere ulteriormente divisi in DISTRETTI MONTANI rappresentati da un elevata estensione territoriale e bassa densità di popolazione, (la cui minor densità si registra nel distretto Valli Chisone e Germanasca) e in DISTRETTI METROPOLITANI rappresentati da un ridotta estensione territoriale ed alta densità di popolazione: i distretti di Collegno, Rivoli, Venaria, e Orbassano., (la maggior densità si registra nel distretto di Collegno).

**nello specifico il distretto di Orbassano è così composto:**

| **Comune** | **Maschile** | **Femminile** | **Totale** |
| --- | --- | --- | --- |
| Beinasco | 8.789 | 9.388 | 18.177 |
| Bruino | 4.283 | 4.335 | 8.618 |
| Orbassano | 11.219 | 11.969 | 23.188 |
| Piossasco | 9.115 | 9.470 | 18.585 |
| Rivalta T.se | 9.814 | 10.073 | 19.887 |
| Volvera | 4.384 | 4.456 | 8.840 |
| TOTALE DISTRETTO ORBASSANO | 47.604 | 49.691 | 97.295 |

*Dati aggiornati al 31/12/2015*

Le sedi operative vengono distribuite sul territorio in relazione alle necessità organizzative ed ai bisogni della popolazione per cui viene potenziata l’attività territoriale anche grazie alla fattiva collaborazione dei sindaci; la realizzazione della rete ospedaliera garantisce la sicurezza degli interventi sanitari in linea con la sostenibilità del sistema sanitario regionale le scelte strategico/amministrative rispondono alla normativa vigente e ai principi di economicità.

L'A.S.L.TO3, in linea con le finalità e gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale, per assicurare la tutela della salute psicofisica della popolazione, si prefigge lo scopo di:

* garantire livelli di assistenza sanitaria essenziali ed uniformi sul proprio territorio coerentemente con le evidenze epidemiologiche;
* erogare servizi necessari e appropriati compatibilmente con le risorse assegnate.

La Mission dell'A.S.L. TO3 è quella di migliorare la qualità della vita, migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria operando secondo i seguenti valori di base:

* l'orientamento alla persona
* l'integrazione tra servizi sanitari e comunità locale
* la ricerca costante di aree di eccellenza.

ORGANI E ORGANISMI AZIENDALI sono: la Direzione Generale (composta dal Direttore Generale dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo), il Collegio Sindacale, e il Collegio di Direzione, affiancati da organismi quali il Consiglio dei Sanitari, il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere dei lavoratori, e contro la discriminazioni, il Nucleo di Valutazione ed il Comitato Etico Interaziendale; la Conferenza e la rappresentanza dei sindaci costituiscono il legame costante con i Sindaci quali rappresentanti delle istituzioni del territorio .

Per gli anziani che hanno perso l’autosufficienza l’Azienda sanitaria fornisce un ventaglio di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali, che vedono la continua integrazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali del Comune di residenza, Comunità Montane e Consorzi e che hanno come obiettivo quello di garantire alla persona le migliori condizioni di vita, con servizi e interventi che evitino processi di emarginazione e di isolamento e che privilegino il mantenimento nel proprio ambiente di vita. Per poter usufruire dei servizi per gli anziani non autosufficienti, con la compartecipazione dell’ASL per la quota sanitaria, è richiesta una valutazione all’Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) finalizzata a:

* Riconoscere i bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane ultra 65enni e di persone con patologie invalidanti, assimilabili a quelle dell’anziano.
* Identificare le risposte più idonee al soddisfacimento dei bisogni rilevati, tenendo presente il diritto di scelta del cittadino.
* Predisporre il progetto individuale privilegiando, ove possibile, il mantenimento a domicilio del soggetto e predisporre il progetto socio-sanitario e assistenziale più idoneo.

**SOCIALCOOP** si pone come impresa rete delle imprese cooperative associate; è il sistema dell’imprenditoria sociale a servizio della realtà locale. Promuove dunque lo sviluppo progettuale e imprenditoriale proprio e delle associate, definendo e garantendo standard di qualità operativa, rendendo, anche le cooperative associate, capaci di autonomia imprenditoriale. Offre servizi di assistenza residenziale per persone non autosufficienti, specializzata e continuativa, che garantiscano la più elevata qualità della vita possibile, nel rispetto degli ospiti/utenti, della loro individualità, dignità e riservatezza, considerando i peculiari bisogni fisici, psichici, sociali e relazionali;

Storia

SOCIALCOOP consorzio cooperative sociali, società cooperativa sociale, con sede in Asti Via XX Settembre n. 126, nasce nel 1990 dall’esigenza di un gruppo di cooperative astigiane, aderenti a Confcooperative Asti, di avere a disposizione uno strumento imprenditoriale che consentisse loro di accedere a commesse di lavoro che per complessità o importi, le singole organizzazioni e potenzialità possedute, non erano in grado di raggiungere. Il nucleo costitutore non fu solo di cooperative sociali, la 381 venne varata nel 1991, ma raggruppò diverse esperienze di erogazione di servizi, sia del settore sociale che ausiliari all’impresa. Le norme si evolvono, iniziano ad emergere nuove professioni; quello che prima era “pulizia” diventa assistenza e pertanto si comprende come servizi che prima erano analoghi, possono diventare antitetici e pertanto con l’intento di specializzare sempre più le cooperative, da Socialcoop escono le cooperative che non operano in ambito socio assistenziale sanitario. Intanto la legislazione procede, il “mercato” si evolve e lo sviluppo del Socialcoop che fino al 1994 era parso inarrestabile, subisce una battuta di arresto per la presenza di competitor che, sfruttando le incertezze normative, facevano della mancata applicazione di contratti collettivi lo strumento principe di politica commerciale.

L’idea imprenditoriale - L’idea consortile

Pertanto i soci delle cooperative di Socialcoop non volendo assumere tale linea hanno dato la propria disponibilità a intraprendere strade nuove; e quindi Socialcoop prende in affitto la prima struttura socio-assistenziale, (Pensionato P.M. Cirincione di Rocca d’Arazzo) e diventa imprenditore; non ci si confronta più con un’altra cooperativa che offre prezzi più bassi per un’ora di prestazione, ma si entra nel mondo delle rette. Sempre in quegli anni si evolve la normativa specifica dell’assistenza residenziale agli anziani e Socialcoop procede così alla ristrutturazione ed ampliamento di quel primo presidio, innovando così un processo che prima vedeva la cooperazione sociale come “erogatore” e non “produttore” di servizi. S’inizia a connotare il progetto imprenditoriale targato Socialcoop che abbandona il ruolo di “general contractor”, e assume quello di “imprenditore”, di imprenditore degli imprenditori, ossia, fa gli investimenti di ristrutturazione, diventa titolare delle autorizzazioni al funzionamento, degli accreditamenti e delle convenzioni con le ASL e gli enti gestori, fattura le rette agli ospiti privati, non dimentica lo scopo mutualistico e affida l’erogazione dei servizi all’interno delle RSA alle cooperative associate.

Si cercano strutture in affitto, immobili da riconvertire. Si realizza quindi un modo sinergico di operare, i soci credono nella propria cooperativa, sottoscrivono e versano nuovo capitale sociale, le cooperative credono nel consorzio e fanno altrettanto; il consorzio diventa quel prolungamento aziendale tipico della cooperazione. Il primo palpabile risultato non è tanto economico, quanto lo stabilizzarsi della base sociale, infatti è molto diverso dare come prospettiva ad un socio, trent’anni di contratto di affitto di una struttura che tre anni di contratto di appalto.

Progettare, finanziare, realizzare, gestire, reinvestire

Con questo slogan si sintetizza tutta l’attività consortile e con questa unità di intenti, perseguendo questa logica di filiera, le varie fasi di un’iniziativa diventano realtà sotto un’unica regia, dove lo scopo ultimo è la cura dei nostri assistiti in primis, e dove il “benessere” dei nostri soci lavoratori (nel concetto più ampio di solidità di occupazione, regole certe e trasparenti) recita un ruolo di pari dignità.

Protagonisti del sociale – Costruttori di Welfare

Tutte queste esperienze ci hanno poi portato a riscoprire le nostre origini, quel territorio dal quale abbiamo avuto inizio, quel vuoto di risposte che abbiamo cercato di colmare da oltre venti anni e che oggi in vesti diverse e trasformate ancora chiede attenzione e soprattutto risposte. SOCIALCOOP e le cooperative associate sono impegnate nella costruzione di un rapporto nuovo col territorio, vogliono mettere a disposizione delle realtà in cui sono incardinate le esperienze maturare e la capacità di creare nuovi servizi; basti pensare alle tante famiglie che vivono il problema della non autosufficienza e sono sole nell’affrontare questa difficoltà.

Il modo di operare - La persona al centro

Il mezzo attraverso il quale conseguire la nostra mission di cooperatori sociali è la presa in carico dell’ospite/utente/cittadino a 360°, presa in carico che parte dalla progettazione architettonica e dalla ristrutturazione dell’edificio, pensate nell’ottica della creazione di un ambiente ottimale per la vita dell’anziano, con soluzioni edilizie innovative, per arrivare al mantenimento delle potenzialità residue e di relazioni con l’esterno. Negli anni poi i servizi si sono evoluti e la contaminazione sanitaria che una volta sembrava un’utopia è mano a mano sempre più presente; si è iniziato con i casi più complessi di anziani cronici non autosufficienti, per arrivare alle dimissioni protette dai reparti ospedalieri, alla dialisi peritoneale, per citare alcuni esempi.

Lavorare etico

Questo impegno di SOCIALCOOP non si esprime con proclami o con manifesti, crediamo che l’ospite di una nostra struttura sia veramente il protagonista della nostra azione ed allora la nostra eticità tiene conto di tutti i fattori, della trasparenza delle rette e del rapporto economico, del trattamento economico e normativo dei soci lavoratori, dei dipendenti e dei professionisti, della formazione professionale, dell’approvvigionamento delle materie prime e delle utenze, dell’uso di materiali da costruzione, del rispetto delle regole da parte dei fornitori, chiudendo con il trattamento dei rifiuti. Nell’ottica della trasparenza dell‘operare abbiamo intrapreso la via delle certificazioni secondo le norme uni; siamo partiti dalla 9001 nel 1998 e proseguito con la certificazione etica SA 8000 ed abbiamo concluso il ciclo nel 2010 con la BS OHSAS 18001, sicurezza negli ambienti di lavoro. Si è avviato il percorso per l’adozione per modello di organizzazione gestione e controllo secondo i dettami del D.lgs. 231/2001, percorso che si è concluso a marzo 2015 con l’adozione formale dei modelli organizzativi, sia per Socialcoop che per le cooperative. Questo concetto di trasparenza si porta dietro il concetto di sostenibilità, che deve essere rivolta sia verso le rette applicate agli ospiti, che nei costi gestionali che verso i lavoratori.

SOCIALCOOP è titolare dell’autorizzazione al funzionamento di 15 RSA presenti nei territori delle provincie di Asti, Novara, Savona, Cuneo e Torino (dal 01.06.2015 ha attivato la RSA San Giacomo di Piossasco) per complessivi 1.067 posti letto; nel 2015 il volume di affari è stato di oltre 25 mln di euro e nel sistema consortile lavorano oltre 800 addetti, quasi totalmente soci lavoratori subordinati con contratto a tempo indeterminato; il ccnl applicato è quello della cooperazione sociale.

Nell’ambito del progetto avrà il compito di coordinare le attività residenziali e lo sviluppo delle attività domiciliari e di promozione del concetto di RSA aperta.

**ITACA è una cooperativa sociale** di tipo A costituitasi nel 1997 che ha svolto la sua attività imprenditoriale all’interno della rete consortile di SOCIALCOOP; dapprima si è occupata di progettare e erogare servizi di animazione nelle RSA di SOCIALCOOP ampliando poi la propria attività all’erogazione di tutti i servizi socio-sanitari-assistenziali-alberghieri-ausiliari della RSA San Giacomo di Piossasco.

I soci lavoratori sono 57 inquadrati secondo il ccnl della cooperazione sociale e sono rappresentate tutte le figure professionali previste dalla normativa regionale, OSS, I.P., FKT, Educatori, Psicologo, Cuochi, ausiliari, manutentori, direttore sanitario e il direttore di struttura.

Nell’ambito del progetto avrà il compito di erogare le prestazioni da parte delle OSS, dell’educatore professionale, dello psicologo e del direttore sanitario.

**Università di Torino - Corso di Laurea in Scienze infermieristiche**

Presso il polo didattico del San Luigi di Orbassano è presente da molti anni uno dei corsi di laurea in Infermieristica dell’Università di Torino. Da circa 12 anni è stato attivato anche il Master in Infermieristica di famiglia e di comunità che ha cercato di seguire gli indirizzi che l’Organizzazione Mondiale della Sanità già alla fine degli anni ’90 aveva dato agli stati membri. In questi anni il nostro polo formativo ha sempre cercato di caratterizzare i percorsi sui temi della sanità d’iniziativa, della prevenzione a diversi livelli, dell’empowerment individuale e di comunità, della domiciliarità e dell’approccio di prossimità. Abbiamo cercato di promuovere il professionista infermiere come una delle figure fondamentali nel panorama delle professioni e dei servizi, cercando di potenziarne l’autonomia e le competenze necessarie ad assumere ruoli coerenti con i temi citati in precedenza. Particolare attenzione è stata posta nei confronti della promozione e del sostegno di progetti innovativi dentro le reti formali e informali della comunità. Gli studenti del Master in particolare, ma anche quelli del corso base di infermieristica sono sempre coinvolti, in diversa misura, in ogni occasione che si configuri come esperienza innovativa e multiprofessionale.

**L’Associazione Casa di Riposo per Anziani “San Giacomo” Onlus** è associazione di diritto privato che persegue finalità di solidarietà sociale nel campo dell’assistenza a favore degli Anziani.

Trae origine dall' OSPEDALE SAN GIACOMO, istituito con lasciti da vari benefattori piossaschesi. L'Istituzione è stata eretta in "ENTE MORALE" con amministrazione autonoma con Regio Decreto del 2/3/1916.

Il Consiglio di Amministrazione con delibera n°22 del 13/5/1988, si è ha adeguato alla legislazione vigente relativa ai nuovi orientamenti nel campo dell'assistenza agli Anziani. La Regione Piemonte, con D.G.R. n°25 -26834 del 23/2/1989, ha approvato il cambio di denominazione dell'Ente in "CASA DI RIPOSO PER ANZIANI SAN GIACOMO" e relativo STATUTO.

Nel 2003 , in seguito a varie deliberazioni, il consiglio di amministrazione , ha chiesto il riconoscimento della personalità giuridica di Diritto Privato e l'approvazione del nuovo testo statutario.

La Regione Piemonte con determinazione n°400 del 2/11/2003 ha approvato il nuovo testo statutario ed ha riconosciuto all'ente l'idoneità all'iscrizione nel registro regionale delle persone giuridiche di Diritto Privato.

Secondo quanto previsto dallo Statuto vigente, la CASA DI RIPOSO SAN GIACOMO, persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale nel campo dell'assistenza a favore degli Anziani e non può svolgere attività diverse da quelle riconducibili al suo scopo ad eccezione delle attività ad esse connesse. Nel limite delle disponibilità economiche di bilancio, l'Amministrazione può deliberare di aiutare gli Anziani in gravi difficoltà finanziarie.

L'Associazione è apolitica e non prevede qualsiasi finalità di culto e di lucro. Attualmente l'associazione conta 103 soci.

1. **Il contesto**

Il Comune di Piossasco rientra nell’area della città metropolitana di Torino; munito di un servizio di trasporto interurbano che lo collega direttamente con il centro di Torino e in particolare con la stazione di Porta Nuova. Piossasco è inserito nel bacino territoriale del distretto sanitario di Orbassano coincidente con il territorio del Consorzio Intercomunale di servizi C.I.di.S, tuttavia mantiene caratteristiche di una realtà di “paese” ancora molto marcata.

La sua popolazione è cresciuta in un arco di tempo relativamente breve.

Da paesino agricolo di circa 4200 abitanti del 1960 Piossasco ha vissuto una profonda trasformazione demografica diventando, all’inizio degli anni settanta, cittadina della seconda cintura di Torino di 9.000 abitanti, di cui molti emigrati giunti per cogliere le occasioni occupazionali dell’espansione produttiva della FIAT e del suo indotto, avvenuta proprio in quegli anni. La popolazione è nel corso degli anni costantemente aumentata registrando 16.152 abitanti nell’anno 2000 per raggiungere gli attuali 18.585 residenti.

La particolarità della crescita demografica di Piossasco è proprio legata alla sua causa ovvero l’offerta di lavoro che ha fatto sì che le coorti di popolazione insediatesi sul territorio fossero per la maggior parte in età lavorativa negli anni 70. Lavorando ed avendo così sufficienti risorse economiche per l’acquisto della propria abitazione i “nuovi arrivati” degli anni 70 hanno fatto di Piossasco il luogo di svolgimento della propria vita ed oggi, 40 anni dopo della propria vecchiaia.

Piossasco ha quindi raggiunto una dimensione tale da rendere opportune azioni volte a favorire quel tessuto storico di relazioni sul quale si sono innestati i “nuovi” arrivi. Vecchi e nuovi residenti debbono continuare a trovare dei propri punti di riferimento all’interno della città per riconoscersi parte della stessa comunità.

Sono punti di riferimento le scuole, le parrocchie, il centro polisportivo, il parco montano, il Mulino e la mediateca… anche il vecchio, come il nuovo, Presidio Socio Sanitario “Residenza San Giacomo” è uno di questi punti di riferimento.

L’indice di vecchiaia della Città è di 139,8 ancora nettamente inferiore a quello della Provincia di Torino ma in rapida crescita. La popolazione infatti è ormai stabilizzata nel numero e i saldi migratori non sono significativi. Lo stock degli anziani ulta 65.enni è così composto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ETA’ POPOLAZIONE | NUMERO DI PERSONE | PERCENTUALE SUL TOTALE DELLA POPOLAZIONE |
| Età maggiore o uguale a 96 anni | 13 | 0.07 |
| Dagli 86 ai 95 anni | 330 | 1.76 |
| Dai 76 agli 85 anni | 1381 | 7.43 |
| Dai 65 ai 75 anni | 2382 | 12.82 |
| Pertanto la popolazione con età uguale o superiore ai 65 anni della Città di Piossasco è pari a 4.106 persone ovvero il 22.08% della popolazione totale (dati al 31.12.2015), mentre, la popolazione anziana con età uguale o superiore ai 75 anni è pari a 1847 persone. |

Piossasco si presenta come una realtà vivace grazie alla presenza di un tessuto associativo attivo in vari settori, esistono importanti realtà ricreativo culturali che si rivolgono alla fascia anziana in grado di aggregare numerose persone quali UNITRE e il Gruppo Anziani; altresì, anziani attivi sono presenti anche in molte altre realtà associative e aggregative del territorio.

**2.1. 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 (anziani…) e i loro bisogni.*

Il progetto si realizza sull’ambito territoriale del Comune di Piossasco, facente parte del Distretto Sanitario di Orbassano. Nel Comune sono attualmente presenti diversi servizi sociali, culturali, sanitari, nonché, differenti attività gestite dal tessuto associativo. Tra i servizi che il Comune annovera in favore della propria popolazione e l’offerta culturale presente, evidenziamo, per la funzione sociale esercitata:

La Biblioteca di Piossasco, sita in posizione centrale, aderisce al sistema metropolitano SBAM che consente anche il prestito interbibliotecario e ha, al proprio interno, alcune postazioni di accesso libero ad internet.

Dalla biblioteca, attraversando l’attrezzato parco Baden Powell, è possibile accedere al centro culturale polivalente del Mulino che annualmente propone una ricca stagione teatrale, pellicole in prima visione ed appuntamenti di cineforum.

Per gli amanti delle passeggiate di tutte le età, oltre al percorso benessere del parco Baden Powell, Piossasco vede sul proprio territorio il parco montano del Monte San Giorgio, il quale offre, differenti passeggiate, zone sosta attrezzate ed anche punti di ritrovo come la caffetteria presente presso il Vivaio all’inizio del Parco.

Per gli amanti della bicicletta sono numerose e sempre più belle le piste ciclabili che collegano facilmente Piossasco ai comuni limitrofi.

Le vivaci realtà associative del territorio, oltre ad animare con iniziative molti pomeriggi e sere invernali, garantiscono per tutta l’estate occasioni di festa ed incontro.

Società ed associazioni sportive presenti da diversi anni sul territorio organizzano corsi di ginnastica rivolti a tutte le fasce di età.

**La gestione dei servizi socio-assistenziali** sul territorio del Comune di Piossasco è effettuata dal Consorzio Intercomunale di Servizi (C.I. di S.) ente costituito da sei Amministrazioni comunali: Beinasco, Bruino, Orbassano, Rivalta di Torino, Volvera e appunto Piossasco ed il suo bacino territoriale coincide esattamente con l’ambito del Distretto di Orbassano dell’ASL TO 3, fattore positivo che contribuisce all’integrazione delle politiche e degli interventi sociali e sanitari. Il Consorzio ha come finalità la gestione, in forma associata, degli interventi e dei servizi socio-assistenziali. Il CIdiS, che ha autonomia amministrativa e gestionale, si rivolge alla totalità della popolazione che presenta problemi familiari, economici, sociali, educativi, al fine di garantire l’assistenza ed il sostegno necessari per superare lo stato di bisogno e migliorare la qualità della vita.

L’organizzazione dei servizi è radicata sul territorio, in stretta collaborazione con le Amministrazioni locali di riferimento, che esercitano pienamente la loro azione di indirizzo e di controllo su tutte le attività del Consorzio.

Il CIdiS persegue ed applica i principi generali della programmazione e organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, secondo i principi di universalità, solidarietà, sussidiarietà, cooperazione, efficacia ed efficienza, omogeneità ed equità territoriale, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell’amministrazione. In quanto ente locale ha autonomia organizzativa e regolamentare.

Le attività di informazione, orientamento, analisi della domanda, valutazione e progettazione degli interventi vengono svolte dal Servizio di Segretariato sociale e dal Servizio Sociale Professionale e si svolgono presso le sedi operative territoriali (Beinasco, Orbassano e Piossasco) e presso lo Sportello Unico Socio-Sanitario, presso la sede del Distretto di Orbassano dell’ASLTO3.

Le persone accedono ai servizi di base rivolgendosi sia telefonicamente che di persona. In particolare vengono garantiti l’accoglienza e l’ascolto. Il servizio sociale assicura colloqui professionali su appuntamento nelle suddette sedi, oltre che presso il domicilio per chi è impossibilitato ad accedere agli uffici consortili. Dal punto di vista organizzativo vi sono due aggregazioni: l’Area Territoriale Est (per i residenti dei Comuni di Beinasco, Bruino e Rivalta di Torino) - con una unica sede per tutto il personale afferente - e l’Area Territoriale Ovest (per i residenti dei comuni di Orbassano, Piossasco e Volvera) con due sedi site ad Orbassano ed a Piossasco.

La sede di Piossasco è sita in Regione Garola 26 in locali messi a disposizione dall’Amministrazione comunale. Dal punto di vista organizzativo il personale, che dipende direttamente dal responsabile dell’Area Adulti e Famiglie.

Dall’ottobre 2009, come previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale, è attivo lo Sportello Unico Socio-Sanitario, quale porta unica d’accesso multiprofessionale rivolta alle persone ed alle famiglie che presentano problematiche legate alla non autosufficienza.

Tale servizio, che ha determinato una modifica non solo delle funzioni dell’accoglienza, dell’informazione e dell’orientamento del cittadino, ma anche di quella della presa in carico, ha consolidato negli anni una proficua modalità di gestione dell’accesso ai servizi in favore della non autosufficienza, ottenendo importanti risultati in termini di gradimento da parte dei cittadini (come evidenziato dalle risultanze della rilevazione della soddisfazione degli utenti effettuata negli anni). Lo sportello era ubicato fino a agosto 2015 presso la sede legale del Consorzio e dal mese di settembre 2015 è stato trasferito presso il Poliambulatorio di Orbassano.

Relativamente alla fascia di popolazione anziana la sicurezza sociale viene garantita mediante l’integrazione fra gli aspetti sociali e quelli sanitari, integrazione che caratterizza in modo significativo ed irrinunciabile le strategie di intervento a favore delle persone anziane non autosufficienti. Ne consegue che sono strategici il coordinamento e l’integrazione del CIdiS con l’ASL TO 3 in particolare per la programmazione e la gestione degli interventi in favore integrando le diverse competenze e pervenendo ad accordi in merito alle scelte prioritarie in relazione ai bisogni rilevati ed alle risorse da allocare per i differenti servizi. Tale integrazione avviene mediante la partecipazione all’Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), ossia alla Commissione multiprofessionale la cui principale funzione consiste nell’individuare, attraverso la valutazione multidimensionale delle persone ultrasessantacinquenni, le progettualità idonee a soddisfare i loro bisogni sanitari e sociali.

Nel corso dell’anno 2015 i servizi hanno effettuato complessivamente n. 104 nuovi contatti relativi a problematiche inerenti la fascia anziana di persone non in carico, per richieste di informazioni, orientamento ai servizi afferibili alla non autosufficienza. Di questi contatti oltre il 50% ha comportato colloqui con l’assistente sociale dell’UOT territoriale o dello Sportello Unico Socio Sanitario.

Complessivamente nel corso del 2015 gli anziani presi in carico dai servizi consortili sono stati 188, di cui 98 non autosufficienti. Di questi ultimi - di cui 47 erano “nuovi” - 59 hanno richiesto valutazione UVG, 10 hanno beneficiato del Progetto Home Care Premium attivato in collaborazione con l’INPS, progetto finalizzato a sostenere finanziariamente progetti di valorizzazione dell’assistenza a persone non autosufficienti.

**2.2. Descrizione attuale dei servizi/offerte esistenti** – (*Descrivere il grado di copertura dei bisogni nell’area territoriale di riferimento del progetto (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 (residenziali o a domicilio)?)*

Si riporta quanto viene descritto nel Piano Programmatico del Consorzio CIdiS per il triennio 2016 – 2018 approvato dall’Assemblea consortile con deliberazione n. 2 del 21/03/2016:

***Programma 03 – Interventi per gli anziani***

Il fenomeno dell’invecchiamento della popolazione, legato all’allungamento della vita media delle persone, pone la necessità di una profonda ridefinizione del sistema complessivo dei servizi alla persona. Il sistema di welfare si trova a fronteggiare numerosi elementi di criticità anche in conseguenza alla crisi economica che ha investito il territorio consortile ed ai mutamenti della struttura delle famiglie che riducono gli aiuti della rete parentale, spesso assente o fragile.

Le trasformazioni demografiche e sociali caratterizzate dall’accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione hanno favorito l’aumento degli anziani, in particolare dei grandi vecchi. Negli ultimi decenni questo ha comportato una crescita di nuovi bisogni in quanto tale fascia di popolazione è quella più esposta a problemi di salute di natura cronico-degenerativa: oltre la metà della popolazione ultraottantenne soffre di patologie croniche gravi.

I nuclei composti da anziani (soli o in coppia) presi in carico dai servizi sociali nel 2015 sono circa il 32% del totale dei nuclei.

Dal confronto degli anziani in carico ai servizi consortili nel 2013 e la media degli anziani in carico ai servizi sociali della Regione Piemonte emerge una sostanziale rispondenza per quelli autosufficienti (11,74% dato consortile e 11% dato regionale) mentre rispetto agli anziani non autosufficienti la percentuale regionale è superiore a quella del territorio del CIdiS (19% a fronte del 13,12% anziani). Questo potrebbe spiegarsi da un lato in relazione alle caratteristiche della popolazione consortile ancora “giovane” e dall’altro alla minore presa in carico degli anziani non autosufficienti da parte dei servizi di integrazione socio sanitaria.

Relativamente alle persone ultrasessantacinquenni ancora autonome o con ridotte autonomie, è fondamentale assicurare interventi a carattere preventivo, di contrasto a situazioni di emarginazione e solitudine. Alle persone anziane non autosufficienti, invece, che presentano situazioni sempre più complesse e di elevata intensità assistenziale, assume rilevanza strategica perseguire la tutela del diritto alle prestazioni di integrazione socio sanitaria.

Le politiche consortili intendono privilegiare gli interventi che mirano a sostenere in senso ampio la domiciliarità e, contestualmente, garantire la residenzialità alle persone che per motivazioni differenti non possono rimanere al proprio domicilio, anche solo per periodi temporanei.

Al fine di favorire la permanenza nel proprio contesto di vita è necessario offrire una pluralità di opportunità differenziate in relazione ai bisogni, alle caratteristiche ed alla volontà degli anziani stessi e delle loro famiglie, facilitando l’accesso ai percorsi di cura, agli interventi di lungo assistenza domiciliare, quali: assistenza domiciliare, contributi economici a sostegno delle spese per remunerare gli assistenti familiari, contributi economici ai parenti o ad altri soggetti che si prendono cura degli anziani, contributi per il rimborso spese per l’accoglienza o per il sostegno di buon vicinato, telesoccorso, inserimenti in Centro Diurno, ricoveri di sollievo temporanei in struttura residenziale per consentire il sollievo dei caregiver. E’, altresì, necessario continuare a promuovere servizi di garanzia volti a favorire la regolarizzazione del lavoro di cura.

La contrazione delle risorse e l’incertezza rispetto alla competenza circa l’erogazione dei contributi a sostegno della domiciliarità, considerati extra LEA, ha determinato progressivamente negli ultimi anni una significativa riduzione di tali interventi che sono diventati marginali, seppure le famiglie esprimano fortemente il bisogno di un aiuto finalizzato all’assunzione di adeguato personale di assistenza. E’, di conseguenza, necessario per garantire la domiciliarità, offrire una gamma di interventi maggiormente differenziati che comprenda la possibilità di erogare sostegni economici finalizzati all’assistenza, che non può essere assolta unicamente dal servizio di assistenza domiciliare.

In relazione all’area anziani nel Comune di Piossasco sono presenti due RSA per complessivi 125 posti e due Case di Cura: Villa Serena e Villa Patrizia.

Rispetto alla fascia di popolazione colpita da una condizione di non autosufficienza dai dati in possesso ai servizi socio - sanitari si segnala, nel 2015, la presenza di:
1) numero domande UVG n. 67
2) 188 anziani in carico, dei quali 98 non autosufficienti, 7 parzialmente e 83 autosufficienti
3) n. 19 nuclei in assistenza domiciliare territoriale per un totale di 2.437 ore
4) n. 13 persone, tramite il progetto Home Care Premium, con l’erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare
6) n. 9 persone seguite tramite il servizio di telesoccorso
7) n. 1 cittadino beneficia dell’assegno di cura
8) n. 2 persone supportati con affidamenti famigliari a caregiver

*Di seguito vengono riportati ulteriori informazioni relativi ai servizi presenti sull’area territoriale di competenza del Consorzio CIdiS (Fonte: Relazione di “Rendiconto annuale anno 2015” del Consorzio Intercomunale di Servizi approvata dall’Assemblea Consortile con deliberazione n. 3 del 02/05/2016) nonché, i dati sulla fruizione da parte della popolazione anziana:*

* ***Servizio SAD UVG : 78 utenti***
* ***contributi economici a sostegno della lungo assistenza: n. 128*** *(tale lista di attesa non è stata aggiornata se non per la cancellazione delle persone che sono decedute o hanno cambiato progettualità. Infatti, l’incertezza rispetto alla competenza circa l’erogazione di tali contributi, considerati extra LEA, ha determinato l’interruzione, dal 2014, da parte dell’ASL della gestione dei pareri favorevoli a progettualità finalizzate all’assunzione di assistenti familiari o a riconoscere ai familiari un contributo di affido seppure per i bisogni rilevati non si ritenesse sufficiente l’erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare.*

***Servizio di Assistenza domiciliare****:*

*Gli utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare Territoriale sono per lo più cittadini anziani oltre a nuclei familiari anche con la presenza di minori, cittadini singoli compresi adulti portatori di difficoltà varie, mentre gli utenti del Servizio di Assistenza domiciliare ad integrazione socio sanitaria sono anziani non autosufficienti con un progetto di domiciliarità approvato dall’U.V.G.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *SERVIZI EROGATI* | *2012* | *2013* | *2014* |
| *Servizio di assistenza domiciliare in appalto* *(n. persone in carico minori, adulti, anziani, disabili, famiglie )* | *210* | *214* | *194* |

***Servizio di telesoccorso e teleassistenza****: Il servizio fornisce agli anziani una condizione di maggiore sicurezza nella propria abitazione mediante un apparecchio telefonico collegato ad una centrale operativa, attiva 24 ore su 24, per tutti i giorni dell’anno.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  *SERVIZI EROGATI* | *2012* | *2013* | *2014* |
| *Servizio di telesoccorso e teleassistenza* | *35* | *32* | *35* |

***Contributi a sostegno domiciliarità anziani non autosufficienti****: Il servizio prevede l’erogazione di contributi economici finalizzati all’assunzione di assistenti familiari o di riconoscimento del lavoro di cura svolto da parenti in favore di anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti secondo i criteri stabiliti dalla DGR 39/2009 e per disabili di età inferiore a 65 anni secondo i criteri stabiliti dalla DGR 56/2010.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *SERVIZI EROGATI* | *2012* | *2013* | *2014* |
| *Contributi a sostegno domiciliarità anziani non autosufficienti* | *72* | *49* | *30* |

***Contributi per ricoveri di anziani non autosufficienti****: Il servizio prevede l’erogazione di contributi economici per garantire il pagamento della retta alberghiera ad anziani non autosufficienti in difficoltà economica, valutati dall’U.V.G ed inseriti in presidio (Residenze Sanitarie Assistenziali) con retta sanitaria a carico dell’ASL. Il contributo è conteggiato ad integrazione del reddito dell’anziano, comprensivo di redditi mobiliari ed immobiliari.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *SERVIZI EROGATI* | *2012* | *2013* | *2014* |
| *Contributi per ricoveri di anziani non autosufficienti* | *100* | *99* | *110* |

***Contributi per ricoveri di anziani autosufficienti****: Il servizio prevede l’erogazione di contributi economici per garantire il pagamento della retta alberghiera ad anziani autosufficienti inseriti in adeguato in presidio residenziale per ridotte autonomie e assenza o carenza di rete familiare tale da rendere impossibile il proseguimento della domiciliarità. Il contributo è conteggiato ad integrazione del reddito del beneficiario.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *SERVIZI EROGATI* | *2012* | *2013* | *2014* |
| *Contributi per ricoveri di anziani autosufficienti* | *7* | *6* | *5* |

***Contributi per l’accoglienza di anziani****: Il servizio prevede l’erogazione di contributi a rimborso per le spese sostenute da famiglie, volontari singoli che accolgono al loro domicilio anziani in situazione di disagio o che si recano quotidianamente presso l’anziano stesso al fine di fornire un supporto, per lo più ad integrazione del servizio di assistenza domiciliare.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *SERVIZI EROGATI* | *2012* | *2013* | *2014* |
| *Contributi per l’accoglienza di anziani* | *5* | *5* | *6* |

***Inoltre, dal documento programmatico citato, vengono riportati le finalità che il Consorzio intende conseguire:***

*Servizi di sostegno alla domiciliarità di base*

* *Favorire la permanenza presso la propria abitazione mediante interventi a supporto della domiciliarità flessibili e differenziati per rispondere ai bisogni dei cittadini, in particolare quelli anziani con ridotte autonomie e garantire loro la permanenza nel proprio contesto di vita evitando l’istituzionalizzazione e favorendo una buona qualità di vita in sicurezza*
* *Garantire il supporto ai caregiver*
* *Promuovere la regolarizzazione di rapporti di lavoro di assistenza e favorire l’incontro della domanda con l’offerta mediante la collaborazione con i Centri per l’Impiego e le agenzie di somministrazione lavoro*
* *Garantire un’offerta integrata e differenziata di prestazioni in funzione dei bisogni delle persone e dei nuclei familiari*
* *Prevenire condizioni di emarginazione sociale ed assicurare alle persone in difficoltà una buona qualità della vita nel proprio contesto abitativo e familiare.*

Pertanto, sulla base le strategie perseguite da parte del sistema per fronteggiare la complessità di una domanda che si rileva crescente e sempre più multiproblematica e multifattoriale, anche a causa dell’invecchiamento della popolazione; nonché, le criticità evidenziate che attraversano il sistema, non solo per la riduzione delle risorse, ma anche per i processi di riorganizzazione in atto, criticità accentuate anche dal processo di ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza, un processo questo che ha già avuto modo di influenzare il sistema piemontese, provocando un avvio di revisione e riparametrazione degli attuali servizi, interventi e prestazioni che erano finora garantiti dal sistema sociosanitario. Considerata, inoltre, la situazione socio-economica attuale, si rende necessario individuare e realizzare servizi innovativi volti a dare risposte adeguate e appropriate alle esigenze che stanno emergendo. Richiamare la Struttura come soggetto - attore che sviluppa sul territorio sia un’azione di prevenzione e di emersione di quella domanda che i servizi non riescono ad intercettare, anche perché molti sono orientati a ricercare individualmente una risposta (un esempio è la presenza sul territorio di assistenti familiari non sempre regolarizzate), sia come produttore - erogatore di servizi e interventi domiciliari, tutto questo contribuirà a rafforzare la capacità di ampliare la gamma delle risposte possibili da parte del sistema territoriale dei servizi.

**2.3. 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 con l’ASL).*

Dal contesto sopra descritto, risulta sempre più evidente la necessità di ampliare gli interventi in favore di persone anziane che vivono una condizione di fragilità o di totale o parziale non-autosufficienza, per le quali i Servizi non riescono a fornire risposte adeguate e tempestive.

Inoltre, la situazione attuale di carenza delle risorse pubbliche dedicate costringe gli Enti ad una attenta individuazione delle priorità e ad una valutazione della possibilità di rivisitare l’attuale sistema dei servizi, attuando risposte che, con costi il più possibile contenuti, possano contribuire a garantire una buona qualità di vita.

La struttura Residenziale con le attività che svilupperà sul territorio consentirà alle persone anziane e ai propri caregiver di fruire di nuovi supporti, servizi e interventi, ampliando così l’offerta e la capacità del sistema territoriale di rispondere ai bisogni presenti e a quelli non ancora rilevati da parte del sistema dei servizi pubblici.

Certamente questa offerta di servizi e prestazioni non potrà essere del tutto gratuita, poiché è previsto un sistema di compartecipazione ai costi che la struttura sosterrà. Criteri ed eventuali esenzioni sono descritti nel paragrafo 3.3(accessibilità e fruibilità).

1. **Descrizione del progetto:**

**“Intrecci e alleanze generative per una comunità curante e amichevole”**

Il progetto, la cui sperimentazione si sviluppa su un arco temporale Ottobre 2016 – Dicembre 2017, affida alla struttura residenziale (RSA), quale impresa sociale, all’interno di un’azione concertata tra i diversi attori e soggetti territoriali, un nuovo ruolo e funzione sull’essere soggetto attivo di un nuovo sistema locale dei servizi.

La struttura residenziale che si apre al territorio non si pone più come semplice fornitore di un servizio residenziale, come luogo terminale o l’ultima risposta possibile da mettere in campo da parte del sistema, ma come risorsa della rete impegnata nell’azione di implementazione e ridisegno del sistema di welfare locale, come attore che è in grado di contribuire nell’azione di integrazione tra i diversi servizi e comparti del sistema dei servizi alla persona, come produttore/erogatore di servizi ai quali possono accedere potenzialmente tutte le persone con bisogni socio-sanitari della comunità; come nuovo soggetto che investe sul sostegno alla domiciliarità per innovare e rafforzare luoghi, percorsi di cura e di assistenza domiciliare, come nuovo soggetto che promuovere una nuova cultura dei servizi, contribuendo così alla crescita culturale e sociale della comunità e del benessere delle persone che l’abitano.

**3.1. Caratteristiche della struttura residenziale San Giacomo**

*Descrivere la struttura residenziale che sarà al centro della progettazione, dettagliandone le caratteristiche, servizi offerti, accreditamento, ecc. allo stato attuale.*

La RSA San Giacomo nasce da un progetto della Onlus SAN GIACOMO di Piossasco da sempre attiva sul territorio comunale offrendo servizi di assistenza agli anziani e alle fasce deboli della popolazione.

La Onlus San Giacomo gestiva una Residenza Assistenziale (R.A.) di 24 posti letto destinata ad accogliere anziani auto e parzialmente autosufficienti e risultava inadeguata ad assistere in modo compiuto le persone non autosufficienti; facendo tesoro del patrimonio acquisito nel corso della propria storia ha previsto la realizzazione, in autofinanziamento, di una nuova RSA che potesse assolvere ai compiti assistenziali in modo corretto e rispondente alle norme e alle esigenze degli ospiti; pertanto di concerto con l’amministrazione comunale, ha ottenuto in permuta un’area edificabile e ha avviato la ricerca di un soggetto attuatore con esperienza nella progettazione, realizzazione e gestione di una RSA; la scelta è caduta su un RTI con capogruppo SOCIALCOOP che il 01.06.2015 ha iniziato l’attività della RSA San Giacomo in Piossasco Via Marco Polo n. 28, acquisendo l’immobile in affitto di azienda per vent’anni.

In questo modo la Onlus ha percorso una strada ormai consolidata da parte dell’ente pubblico di non provvedere direttamente alle gestione delle attività, ma di affidarle in “concessione” a terzi mantenendo la funzione di indirizzo e controllo sulle attività e destinando il ricavato al proseguimento della propria attività istituzionale.

La RSA è autorizzata al funzionamento con provvedimento del direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ASL TO3 n. 1 del 27.05.2015 e accreditata con il SSR per la totalità dei posti letto.

L’RSA SAN GIACOMO dispone di 80 posti letto suddivisi in 4 nuclei da 20, tutti in camere doppie con bagno; al piano terra sono presenti tutti i servizi collettivi oltre ai locali di servizio e supporto; è dotata di due locali ambulatorio con accesso autonomo anche dall’esterno.

Come da intese con il distretto sanitario la RSA San Giacomo ha vocato la propria attività ad accogliere ospiti con necessità sanitarie importanti e pertanto ai primi 24 ospiti che provenivano dalla precedente struttura i nuovi inserimenti sono rappresentati per la quasi totalità da utenti con patologie di carattere sanitario importante.

Trattandosi di una nuova struttura il personale ha necessariamente avuto un periodo di amalgama e di rodaggio per creare quegli automatismi necessari in un lavoro di squadra; oltre agli operatori qualificati già presenti in struttura, per le prime figure Oss si è fatto riferimento a persone con almeno 10/15 di esperienza di lavoro in struttura mentre per gli infermieri si è scelto un gruppo di giovani laureate che però potevano vantare almeno due/tre anni di esperienza in RSA; poi attuando una politica degli ingressi che fosse compatibile con l’aumento del personale/professionalità e gravità del livello di non autosufficienza, a quattro mesi dall’apertura si è istituito il servizio infermieristico H24 e si è potuto accogliere ospiti in alta intensità con bisogni sanitari importanti e complessi; questa politica dei piccoli passi ci ha dato ragione e oggi sono oltre 50 gli ospiti gravi su 80 complessivi.

**3.2. Obiettivi**

*Indicare puntualmente gli obiettivi del progetto (massimo 5).*

* contribuire e sostenere un percorso innovativo di sostegno alla domiciliarità attraverso l’apertura al territorio del nuovo Presidio Socio Sanitario “Residenza San Giacomo”, ponendo come asse caratterizzante, dei processi e percorsi prefigurati, l’integrazione dei servizi e delle professioni.
* rendere la struttura residenziale soggetto attivo nella riorganizzazione della rete territoriale dei servizi, ponendo la struttura come sportello informativo e di orientamento, come sportello specializzato per il supporto ai caregiver sui temi della cronicità e della non autosufficienza, come nuovo luogo culturale cittadino di promozione di nuovo capitale sociale,
* sperimentare l’attivazione un modello organizzativo capace di migliorare la qualità dell’abitare all’interno della struttura per le persone accolte, valorizzandone le competenze attraverso un eventuale loro coinvolgimento in mansioni di gestione dei loro ambienti di vita.
* promuovere un’alleanza virtuosa con alcune aziende o cooperative agricole del territorio per l’approvvigionamento alimentare che danno lavoro a persone svantaggiate, attivando un circuito del riciclo e del recupero (fornendo ad esempio pasti gratuiti a persone che vivono una condizione di povertà assoluta o ad un canile per il riutilizzino degli avanzi alimentari, creando una sorta di collegamento circolare tra il servizio per gli anziani ed altri servizi),
* promuovere una collaborazione con il tessuto associativo culturale locale finalizzata sia per promuovere eventi pubblici all’interno che fuori della struttura, connessi agli obiettivi del progetto, sia per utilizzare l’arte come elemento di bellezza e strumento terapeutico, che contribuisce all’incontro con l’alterità, alla contaminazione dei luoghi e all’abbattimento dei pregiudizi e dei muri.

**3.3. 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.*

*Specificare i criteri di accesso e i requisiti che danno luogo a tariffe differenti (nel caso in cui le iniziative prevedano la compartecipazione economica dei destinatari) ed eventualmente alla fruizione gratuita.*

L’avvio del progetto sarà preceduto da incontri pubblici rivolto a tutta cittadinanza per promuovere il progetto stesso, nonché, verranno organizzati specifici incontri con i volontari delle associazioni operanti nel Comune e con i Medici di medicina generale; altresì, verrà intrapresa un’azione specifica, da parte degli operatori itineranti, per ottenere un coinvolgimento diretto di alcune figure che svolgono una funzione sociale e di servizio rilevante come il Parroco, il Farmacista, il Comandante dei Vigili Urbani, della Compagnia dei Carabinieri, i Consiglieri della Onlus San Giacomo, i Presidenti dell’UniTre, del Gruppo anziani, Associazione Commercianti.

**L’accessibilità ai servizi** e interventi domiciliari erogabili dalla struttura residenziale verrà sostenuta attraverso l’azione di promozione e informazione che svilupperanno sul territorio gli operatori itineranti; nonché, attraverso un’azione di promozione, informazione e sensibilizzazione rivolta a tutta la cittadinanza, si prevede, per tale scopo, di organizzare incontri pubblici, realizzare comunicati stampa, manifesti e delle brochure da distribuire nei luoghi di maggior interesse e frequentazione. Per la promozione e l’informazione sul progetto verranno inoltre utilizzati i canali istituzionali dell’Amministrazione Comunale: lo sportello unico, il sito web, il profilo Facebook, il giornalino e la newsletter comunale. L’informazione relativa al progetto, verrà inoltre veicolata, anche attraverso il bollettino parrocchiale.

**Lo sportello “Sosteniamo chi cura”**, previsto dal progetto, fungerà anche come sportello informativo per favorire l’accesso ai servizi che potranno essere erogati dalla struttura.

**I criteri di accesso** ai servizi prevedono una contribuzione diretta a copertura dei costi delle singole prestazioni, si assumerà come parametro tariffario di riferimento quello previsto dalla DGR n. 34-330934 del 16 maggio 2016, della Regione Piemonte “Progetto di Residenza Sanitaria Assistenziale Aperta”; mentre, le persone in difficoltà economica, verranno segnalate ai servizi sociali del Consorzio C.I.di.S, valutate attraverso l’indicatore dell’ISEE, ed eventualmente prese in carico rispetto ai suoi regolamenti vigenti. Nei confronti di tale nucleo di persone, viene confermata una disponibilità da parte di tutta la partnership a ricercare una soluzione in relazione al bisogno rilevato, al fine di non escludere tali persone dal servizio/prestazione.

Pertanto, tutti i potenziali fruitori saranno chiamati a compartecipare ai costi del servizio oggetto della presente progettualità.

In relazione a questa attività, il gestore della struttura si impegna a redigere un specifico bilancio annuale e, sull’ammontare delle entrate accantonerà una quota del 10% al fine di alimentare il Fondo “Intrecci e alleanze generative”, dando così maggiore supporto e sostenibilità all’azione dell’Operatore Itinerante anche al termine della sperimentazione.

**3.4. Azioni e Attività**

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

**AZIONE 1: SVILUPPO DELLA STRUTTURA APERTA A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ:**

Attraverso la realizzazione del progetto la struttura residenziale opererà come un Centro Servizi, come una nuova risorsa territoriale a sostegno della domiciliarità delle persone fragili e con ridotte autonomie, come un nuovo presidio socio-sanitario sul territorio erogando servizi:

**Sia dentro alla struttura:**

potenzialmente tutti quei servizi offerti alla popolazione che è inserita nella struttura (sfera della cura e riabilitazione),

**sia fuori dalla struttura**:

potenzialmente tutti quelli erogati dentro, attraverso l’utilizzo del personale professionale (OSS, Infermiere, Terapista Occupazionale, Fisioterapista, psicologo…)

La struttura muterebbe così il suo essere, la sua veste e immagine, operando con i suoi servizi e operatori anche sul territorio a sostegno della domiciliarità delle persone fragili e con ridotte autonomie. La struttura non si limiterà ad offrire servizi e prestazioni alla popolazione anziana accolta all’interno di essa, masi porrà **c**ome risorsa delle persone che abitano nella comunità, operando come un Centro Servizi socio-assistenziale, impegnato a promuovere e a sostenere nuovi modelli e percorsi di assistenza domiciliare, come risorsa di riferimento per supportare e informare quelle famiglie e caregiver che si prendono cura di una persona non autosufficiente.

**La suddetta azione verrà sostenuta e accompagnata attraverso le seguenti attività:**

*Attività 1.1.: Un percorso di Formazione rivolto a tutti gli operatori / dipendenti della struttura “San Giacomo”.*

L’apertura al territorio di una struttura residenziale, affinché operi come un Centro Servizi necessita non solo di una sua organizzazione specifica a supporto, ma anche dell’apporto e collaborazione degli operatori che operano al suo interno, affinché il cambio di mission sia sostenuto e agevolato da tutto il personale; coscienti che ad esso è richiesta una disponibilità e flessibilità per poter accompagnare un processo di cambiamento.

Porre la struttura come soggetto attivo della riorganizzazione della rete territoriale dei servizi, come produttore ed erogatore di servizi rivolti alle persone che abitano nella comunità, come soggetto che contribuisce ad innovare e rafforzare percorsi di assistenza domiciliare, comporta un cambiamento sostanziale della sia mission e immagine presente.

Sostenere la domiciliarità, erogare servizi e prestazioni al domicilio richiede specifiche competenze e capacità di ascolto e osservazione. L’operare al domicilio ribalta la posizione in cui viene a trovarsi sia la persona che l’operatore, a casa l’ospite non è più la persona ma bensì l’operatore; per operare all’interno di questo luogo occorre anche avere consapevolezza dell’importanza che assume la casa e gli oggetti in essa presenti per la persona; altresì, al domicilio, l’operatore opera spesso da solo e non può contare dell’aiuto immediato di un collega, come in struttura.

Pertanto per poter accompagnare tale processo affinché raggiunga gli obiettivi prefissati è indispensabile sostenerlo anche attraverso un investimento per la formazione degli operatori e dipendenti della struttura.

Il percorso di formazione coinvolgerà tutti gli operatori/dipendenti della struttura e l’attività sarà gestita da “La Bottega del Possibile”.

Nello specifico si prevede di realizzare due giornate di formazione al fine di offrire al personale le conoscenze e gli strumenti necessari per essere gli attori del cambiamento richiesto e per gestire le nuove attività/servizi previsti dal progetto;

Nelle suddette giornate si proporrà:

* il concetto culturale della domiciliarità e il sistema per sostenerla
* il progetto, le strategie e gli obiettivi
* La nuova mission della struttura: Un Centro servizi
* La relazione di aiuto, l’ascolto, la comunicazione
* La centralità della persona - prendersi cura dei bisogni e dei desideri
* Custodire e coltivare un progetto di vita attiva e un potenziale ritorno a casa
* La rete, il lavoro di rete
* L’assistenza domiciliare, le figure professionali e non professional, bisogni rilevati e da rilevare, quando un servizio non è ancora SAD e neppure ADI
* Il sistema dei servizi e la costruzione dell’albero ideale

Uno spazio verrà riservato per le testimonianze, coinvolgendo un Direttore e un OSS itinerante che hanno sperimentato analogo progetto.

Attività 1.2.: Il sostegno alla domiciliarità: la visita domiciliare alla popolazione target del progetto

I dati sulla popolazione al 31/12/2015 riportano che gli ultra 75 enni residenti nel Comune di Piossasco sono 1847. Il progetto, in relazione a questo nucleo di popolazione, prevede di dare priorità a quella coorte di popolazione anziana più fragile, colpita da una pluripatologia, che vive sola e con una rete familiare/amicale debole a supporto, prevedendo così di **concentrare l’intervento su un numero potenziale di circa 800 anziani.**

Tale coorte di popolazione verrà individuata attraverso i dati in possesso ai medici di medicina generale, al distretto sanitario di Orbassano, al servizio di epidemiologia dell’ASLTO3, al Consorzio Intercomunale C.I.di.S. e al Comune.

Facendo tesoro delle buone pratiche già sperimentate in altre località, le quali hanno investito sulla figura “dell’**OPERATORE ITINERANTE – L’ ASCOLTO CHE CAMMINA**”, il progetto prevede l’utilizzo, per gli interventi di sostegno alla domiciliarità, di una micro equipe di operatori professionali, formata da: due operatori professionali che verranno individuati dai gestori della struttura, un tirocinante laureando in servizio sociale, un operatore dell’ASLTO3. Questa equipe sarà supportata dall’Assistente Sociale del Consorzio C.I.di.S.

Quest’ultimo operatore verrà messo a disposizione dall’ASLTO3 affinché sostenga e accompagni tutta la fase della sperimentazione; un/una Infermiere/a “distaccato/a” a tempo pieno per e sul progetto, un investimento dell’Azienda sanitaria per sostenere, con proprie risorse, la sperimentazione.

I tre operatori, attraverso le visite domiciliari programmate, svilupperanno un’azione di prevenzione, di ascolto, di accompagnamento, di rilevazione e mappatura dei bisogni, nonché, di contrasto alla solitudine e all’isolamento.

La programmazione delle visite sarà frutto di un’azione condivisa con i servizi sociali e sanitari e con i medici di medicina generale, precedute da un avviso/lettera a firma del Sindaco indirizzato a tutto il target della popolazione anziana che verrà selezionato.

Un intervento multiprofessionale per promuovere interventi e azioni sia sul piano della prevenzione e monitoraggio dello stato di salute presente nella comunità, sviluppando e investendo sul lavoro di rete e sullo sviluppo di comunità.

Inoltre, la micro equipe contribuirà a facilitare e ad allestire il contesto, ad attivare la rete, a mobilitare tutte le risorse presenti e attivabili della comunità, a facilitare l’accesso al sistema dei servizi, a favorire l’incontro tra le persone che hanno bisogni, rilevando anche quelli non espressi, e la struttura con i suoi servizi e operatori.

All’interno dell’equipe itinerante l’Infermiere potrà assumere, in prospettiva, il ruolo di Coordinatrice, in stretto rapporto con il medico di medicina generale, per essere figura di riferimento per la persona coinvolta, per la famiglia e per il caregiver, sperimentando così nuove modalità del prendersi cura della cronicità e della non autosufficienza (quanto viene prefigurato è indicato nel piano nazionale sulla cronicità, il quale individua il Chronic Care Model un possibile modello da assumere).

**La visita domiciliare** prefigurata verrà assicurata, nel corso della sperimentazione, a tutti gli ottocento anziani appartenenti al target selezionato, residenti nel Comune di Piossasco con età anagrafica ≥ 75 anni, dando priorità alla popolazione anziana fragile, con ridotta autonomia e con pluripatologie, nonché a quegli anziani in stato di disagio segnalati dai servizi.

*Attività 1.3./4.: Costruzione Registro delle fragilità: La Cartella Personalizzata*

Sulla popolazione target verranno raccolte, con l’ausilio di strumentazione informatiche, dalla micro equipe territoriale, tutte le informazioni utili ai fini del progetto. La stratificazione della popolazione avverrà a partire dall’incrocio dei dati in possesso dal Comune, dal Consorzio C.I.di.S., dall’ASLTO3, dai Medici di Medicina generale, dalle associazioni di volontariato.

**Il Comune** fornirà i nominativi e le relative classi della popolazione target divise in:

* Famiglie composte da un solo anziano
* Famiglie composte da due anziani
* Famiglie al cui interno è presente un anziano

**Il C.I.di.S.** segnalerà i nominativi dei cittadini ultra 75.enni in carico e quelli a cui eventualmente non può offrire una soluzione di aiuto/servizio.

**Il Distretto Sanitario** segnalerà i nominativi di cittadini > 75 enni:

* iscritti nelle liste Emergenza Caldo
* con un ricovero ospedaliero nell’ultimo anno
* con l’assunzione di 4 o più farmaci
* già valutati non autosufficienti dalla Commissione UVG
* in carico per i servizi di cure domiciliari

**I Medici di Medicina Generale** contribuiranno ad aggiornare e integrare il registro dell’anagrafe della popolazione target con i dati e informazioni in loro possesso.

Il Centro d’Ascolto della Parrocchia, la Croce Rossa e l’Avulss, segnaleranno i nominativi dei cittadini ultra 75.enni che ricevono aiuti vari.

Una batteria di informazioni sul piano anagrafico, sociale, epidemiologico e sulla condizione di salute, dando così modo agli operatori itineranti di costruire una “Cartella personalizzata” sulla persona che si recheranno a trovare, affinché questa non sia del tutto sconosciuta.

Le “Cartelle” verranno via via implementate/aggiornate; saranno base sulla quale costruire/aggiornare il Piano Individuale e il Piano Assistenziale Personalizzato, condiviso con la persona/famiglia e utilizzato come strumento per restituire, in incontri di gruppo e pubblici, una rendicontazione/ fotografia sulla condizione di salute degli anziani di Piossasco, attività che verrà supervisionata sia dal direttore sanitario della RSA San Giacomo, sia dall’Assistente Sociale del Consorzio.

La micro equipe territoriale condividerà la mole delle informazioni e il quadro clinico delle singole persone seguite con i Medici di Medicina Generale e con i servizi sociali e sanitari, attraverso incontri programmati all’interno della struttura.

**La visita domiciliare** effettuata dagli Operatori Itineranti non avrà una durata contingentata da un minutaggio prefissato, poiché sarà determinata dalla singola situazione; avendo gli operatori come mandato anche la promozione del progetto, la costruzione della mappa dei bisogni, la facilitazione dell’incontro tra bisogni e risposte che potranno fornire sia la struttura sia il sistema dei servizi.

*All’operatore Oss Itinerante, formato, verrà affidato il compito di realizzare la prima visita domiciliare, per innescare un primo rapporto/relazione.*

*Attività 1.5.: Il Prendersi cura nel tempo*

Dalla prima visita domiciliare potranno seguirne altre verso quegli anziani che accetteranno questo intervento /servizio gratuito, per instaurare eventualmente una vera e propria relazione di aiuto.

Poiché la funzione degli operatori itineranti non sarà, in generale, quella di erogare prestazioni (vedasi quanto sopra descritto), scopo delle successive visite sarà pertanto quello di restituire una rielaborazione di quanto è stato raccolto sul piano dei dati e informazioni, monitorare con continuità lo stato di salute, di rilevazione e decodifica dei bisogni, di contrasto alla solitudine, di accompagnamento, di disbrigo pratiche, di orientamento e informazione; nonché di facilitatori per l’accesso e la fruizione dei servizi che potrà fornire la struttura.

Le persone che accetteranno di avvalersi dell’azione gratuita del visitatore itinerante potranno comunicare con esso anche attraverso un cellulare di servizio che verrà attivato. L’attività verrà svolta dall’operatore Oss con il supporto e coordinamento dell’Infermiere.

**AZIONE 2: PROMOZIONE WELFARE DI PROSSIMITÀ**

Sviluppare un’azione di apertura al territorio ponendo la struttura come protagonista di un simile processo, immaginarla come luogo aperto, attraversata dal “Fuori”, partecipata, sede di eventi e di attività culturali; disponibile ad investire per migliorare i livelli di qualità dell’abitare per le persone accolte; impegnata a promuovere salute, legami sociali, processi partecipativi, tutto questo pone la struttura stessa come soggetto locale attivo del sistema di welfare, come soggetto che contribuisce a contrastare la cultura assistenzialistica, di marginalizzazione delle persone che vivono in una condizione di fragilità e delle politiche sociali.

Attività 2.1.*: Innalzare la qualità dell’abitare per le persone accolte all’interno della struttura*

L’innalzamento della qualità dell’abitare all’interno della struttura per le persone accolte, sarà determinato anche dal processo di apertura che si perseguirà nel corso della sperimentazione. La contaminazione con il “Fuori” e il “Fuori con il Dentro” - sarà certamente elemento che contribuirà al miglioramento atteso, coscienti che la struttura, come soggetto, potrà essere credibile “Fuori” solo quando si è credibili e qualificati “Dentro”. La struttura è pertanto disponibile ad aprirsi e a lasciarsi contaminare dal “Fuori” per essere un nuovo luogo dove si promuove salute, si erogano servizi non solo per la popolazione accolta, per essere un nuovo spazio pubblico, espositivo, un luogo animato e partecipato, un luogo dove si coltivano e si custodiscono progettualità e risorse preziose.

Le attività previste sono finalizzate a contrastare la passivizzazione e l’isolamento delle persone accolte, attraverso la valorizzazione delle competenze possedute, coinvolgendoli in mansioni di gestione dei loro ambienti di vita e nei laboratori che verranno realizzati in collaborazione con le scuole e con le associazioni culturali.

Gli attuali ospiti, dopo una verifica sui livelli di autonomia ancora posseduti, verranno informati e sensibilizzati sul progetto, nonché supportati, anche grazie all’intervento della Psicologa presente in struttura, per facilitare la loro partecipazione alle attività programmate.

L’Educatore presente nella struttura, dopo attenta valutazione insieme alla direzione, predisporrà un elenco delle persone disponibili, valutando le eventuali autocandidature, e delle attività possibili da “affidare”, proponendo ad ognuna di esse compiti e mansioni (contributo al riordino della propria camera, apparecchiare i tavoli, annotare le prenotazioni per i pasti, riordinare il salone, prendersi cura delle piante ornamentali, …). Tutto questo dovrà essere condiviso e sostenuto con e dai famigliari degli ospiti.

Si prevede di poter coinvolgere, in tali attività, almeno sei anziani, monitorando quanto queste conseguono miglioramenti sul piano del benessere individuale e sulla percezione positiva di vivere e abitare in un luogo ormai divenuto significativo.

Durante il corso della sperimentazione si prevede di intervenire anche solo su una parte di un nucleo per porre in essere alcuni interventi che possano ulteriormente qualificare e innalzare la qualità dell’abitare e la bellezza degli ambienti, con interventi sul piano organizzativo che possano affermare una maggiore centralità della persona rispetto all’organizzazione e ai vincoli posti anche dalle attuali normative.

*Attività 2.2./3.:Lo sviluppo delle Collaborazioni e i Laboratori*

L’apertura con l’esterno richiede lo sviluppare ulteriormente le collaborazioni già in atto e con le diverse realtà operanti sul territorio. In particolare, una collaborazione più intensa con le scuole faciliterà la realizzazione di scambi intergenerazionali e contribuirà a rendere la struttura un luogo vivo e partecipato.

Pertanto, l’Educatore della struttura promuoverà un’azione mirata, in concerto con l’Amministrazione Comunale, sia con le associazioni culturali sia con le scuole cittadine, per sviluppare ulteriormente le attuali collaborazioni e per intraprenderne di nuove.

Il coinvolgimento delle scuole e l’ingresso dei ragazzi all’interno della struttura sarà elemento educativo per quest’ultimi e allo stesso tempo terapeutico e salutare per gli anziani.

Anziani, bambini e ragazzi delle scuole materne e dell’obbligo condivideranno la magica atmosfera che si instaura nell’incontro attraverso la realizzazione di laboratori creativi, provocando stupore e meraviglia, elementi preziosi per continuare ad alimentare un progetto di vita attiva.

Il coinvolgimento delle scuole e di alcune associazioni culturali avverrà attraverso l’elaborazione condivisa di alcuni laboratori, al fine di rendere gli ospiti ancora protagonisti del proprio vissuto:

* creazioni artigianali per riscoprire un’identità nel gioco,
* dedicate al riciclo creativo, al riuso e al risparmio energetico,
* culinari con le ricette della tradizione, di dolciumi e spezie
* di canto e musica,
* di Pet therapy,
* di scrittura “Vite vissute – vite narrate” (ipotizzandone anche una eventuale pubblicazione)
* sul racconto prevedendo il coinvolgimento di operatori, utenti e territorio con un eventuale montaggio di una performance finale (teatrale o un dvd) aperta al pubblico e che utilizzi e valorizzi luoghi della struttura anche in una dimensione itinerante.

Il progetto potrà facilitare lo sviluppo di nuove risorse e reti di prossimità. Ad esempio, potrà facilitare un coinvolgimento di giovani volontari della locale sezione della Croce Rossa creando le condizioni per realizzare un laboratorio di Pet Therapy; poiché si prefigura la possibilità che alcuni volontari possano partecipare nei prossimi mesi ad un percorso formativo mirato per questa attività. Il coinvolgimento dei giovani con la realizzazione del laboratorio potrà consentirci di sperimentare questi interventi, che si caratterizzano per essere terapie non farmacologiche, anche al domicilio.

L’insieme delle attività verranno coordinate dall’Educatore che opera all’interno della struttura, in collaborazione con l’Amministrazione Comunale, con i docenti delle scuole coinvolte, con le associazioni culturali e con i volontari delle associazioni di volontariato che prenderanno parte al progetto.

Attività 2.4.: Sportello di informazione/orientamento per le famiglie e per i caregiver

Altresì, la struttura al suo interno, attiverà uno sportello specifico “Sosteniamo chi cura”, mettendo a disposizione una figura professionale, per sostenere i famigliari e i caregiver nel faticoso lavoro di cura e assistenza, fornendo informazioni sulla malattia, sul sistema di accesso alla rete dei servizi, consigli sulle strategie di intervento, specie quando le stesse sono chiamati a prendersi cura di un familiare con disturbi cognitivi,

Lo sportello potrà essere anche punto di riferimento per la Assistenti Familiari, per ricevere eventuali supporti e consigli relative alla fragilità/malattia che colpisce la persona di cui si prendono cura.

Attraverso questa attività di sportello potranno essere successivamente valutate iniziative mirate per questi operatori della cura, offrendo ad esempio momenti di incontro al fine di trasferire competenze e strumenti utili alla loro attività assistenziale.

Questo consentirà alla struttura di porsi anche come luogo di informazione/formazione - “Andiamo in Bottega” - valutando, dopo aver raccolto la disponibilità di questi operatori, l’opportunità di organizzazione brevi incontri con la presenza di formatori ed operatori professionali; valutando anche la possibilità di garantire alla persona di cui si prendono cura, un’assistenza o all’interno della struttura o al loro domicilio. Altresì, possibili sviluppi si potranno ulteriormente valutare, anche attraverso una collaborazione con il Centro per l’Impiego, al fine di offrire maggior supporto anche sul versante dell’incrocio domanda /offerta.

Lo sportello sarà attivo tre mezze giornate alla settimana (Martedì, Giovedì, Sabato), altresì, per i restanti giorni lavorativi, previo appuntamento, sarà possibile fruire del servizio.

Attività 2.5.La struttura come luogo culturale di promozione e prevenzione alla salute

All’interno della struttura si prevede di realizzare un calendario di eventi “Piossasco Si - Cura” tendenti a promuovere la struttura anche come luogo di promozione e prevenzione alla salute, come luogo di supporto al lavoro di cura. Verrà programmato un calendario di eventi diversi capaci di coinvolgere un pubblico differenziato: si prevedono sei incontri, a carattere informativo/formativo, con la presenza di esperti e formatori riconosciuti; nonché, all’esterno della struttura, due conferenze su temi inerenti all’invecchiamento attivo e alla “Mente Smarrita”, uno spettacolo teatrale e una proiezione cinematografica per sensibilizzare e coinvolgere la comunità sulle tematiche indicate.

**AZIONE 3: ATTIVAZIONI DI RETI DI PROSSIMITÀ.**

Questa è certamente un’attività che caratterizza la sperimentazione, ponendola su un livello nuovo rispetto a quelle strutture residenziali che si sono aperte al territorio per operare come Centro Servizi e a supporto della domiciliarità delle persone. Con lo sviluppo delle reti di prossimità si intende portare un contributo alla comunità di Piossasco per rafforzare la promozione di cittadinanza attiva e del protagonismo delle persone.

Le attività che caratterizzano l’azione intendono portare un contributo per coinvolgere, responsabilizzare e attivare i soggetti e gli attori sociali presenti sul territorio affinché si facciano, ancor di più di quanto lo sia oggi, carico dei problemi della comunità, contribuendo così a rilevare i bisogni legati alla vita quotidiana delle famiglie con o senza difficoltà. Attività finalizzate per valorizzare le reti di relazioni già presenti sul territorio, per favorire lo sviluppo della cultura della solidarietà, per promuovere azioni sinergiche tra i servizi sociali e le associazioni di volontariato presenti sul territorio, per valorizzare e stimolare le relazioni, le reti dei cittadini, i gruppi formali e informali presenti sul territorio.

*Attività 3.1.: Una filiera alimentare a Km 0 per promuovere una cultura alimentare corretta*

Sul territorio di Piossasco hanno sede diverse aziende agricole, attraverso il progetto si intende sviluppare un’attività finalizzata a promuovere e a sostenere la filiera agro-alimentare a Km 0. Una scelta volutamente perseguita sia per offrire agli ospiti della struttura residenziale prodotti locali di buona qualità, sia per sostenere un tessuto produttivo e un’economia locale.

Verrà intrapresa un’azione di ricerca ed individuazione dei produttori/aziende/cooperative agricole locali, per gli approvvigionamenti di frutta e verdura.

Con i produttori e aziende/cooperative agricole con i quali verranno stipulati accordi, si intraprenderanno interventi anche al fine di facilitare eventuali inserimenti lavorativi di persone svantaggiate seguite dai servizi. Tale attività verrà seguita in collaborazione con gli operatori del SIL del Consorzio C.I.di.S.

Questa attività verrà collegata ad una iniziativa tendente a promuovere una corretta cultura alimentare, facendo tesoro di una esperienza che il Consorzio Socialcoop ha avviato nella realtà Novarese. Si tratta di un interessante progetto relativo all’alimentazione dell’anziano ospite delle RSA, con riferimento specifico ai soggetti disfagici, ai quali vengono somministrati pasti frullati, liquidi e semiliquidi; applicando un sistema di screening e di valutazione nutrizionale su tutti gli ospiti. L’intervento realizzato in tandem tra la dietista e il cuoco ha consentito di somministrare pasti con una buona palatabilità e soprattutto ad assicurare l’apporto calorico necessario.

Tutto questo è stato accompagnato da un programma di educazione alimentare che ha coinvolto sia gli utenti che gli operatori di quelle strutture. La corretta nutrizione diventa così anche uno strumento di cura per patologie invalidanti e di prevenzione sia delle piaghe da decubito che della sarcopenia.

Le competenze che sono state finora acquisite verranno trasferite ai caregiver in occasione degli incontri che si organizzeranno.

Attività 3.2.: *La struttura sostiene le reti della solidarietà*

Si prevede di instaurare una collaborazione con le associazioni di volontariato caritatevole che collaborano con il Consorzio C.I.di.S., per promuovere la fornitura di pasti gratuiti alle persone in carico ai servizi e in difficoltà economica, in particolare nei giorni in cui il servizio pubblico non fornisce pasti al domicilio; creando, inoltre, le condizioni per rendere possibile la fruizione dei pasti anche all’interno della struttura stessa.

Altresì, si prevede di instaurare una collaborazione con i gestori del canile Intercomunale per un eventuale riutilizzo degli alimenti in scadenza o non consumati.

Le persone ospiti della struttura, che dispongono ancora di discreti livelli di autonomia, saranno coinvolti nella attività atte al recupero degli alimenti non utilizzati, offrendo un aiuto nel confezionamento, sponsorizzando così un efficacissimo volontariato all’interno della struttura, la quale, realizzando questo servizio contribuirà a innescare nuovi circuiti di solidarietà.

*Attività 3.3.: Gli “Ortolani” coltivano anche relazioni*

Nel corso degli anni si sono intraprese azioni per mettere a disposizione dei cittadini piccoli appezzamenti di terreno, orti urbani per essere anche luoghi di condivisione e di socializzazione, dove si perseguono indirettamente finalità sociali, educative e il miglioramento del paesaggio cittadino, promuovendo anche attraverso questo il concetto di “bene comune”.

Con le persone che si prendono cura dell’orto comunitario della Parrocchia e con gli “ortolani” per passione si intraprenderanno azioni finalizzate a favorire la loro partecipazione ai laboratori sull’arte culinaria all’interno della struttura.

**AZIONE 4: Il lavoro di Rete e lo sviluppo di Comunità**

Il progetto intende sviluppare la cultura della responsabilità e lo sviluppo di processi partecipativi, affinché la Comunità con i suoi soggetti e attori locali possa prendersi cura delle persone che l’abitano, migliorare i livelli di ben-essere presenti, promuovere un rafforzamento delle reti di solidarietà e prossimità, nuovo capitale sociale, una nuova cultura dei servizi generativa e non assistenziale.

Promuovendo un modello di società solidale disponibile ad investire sulla auto-organizzazione, e capacità di erogazione di servizi, anche in assenza di input della Pubblica Amministrazione; l’attuazione del principio di sussidiarietà attraverso le sinergie fra tutti gli attori sociali, pubblici e privati; il passaggio ad un modello di Welfare basato su di un sistema di interventi a rete per promuovere un'etica della responsabilità capace di identificare e mettere in rete tutti i tipi di risorse (pubbliche e private, umane e familiari, organizzative e finanziarie).

Attività 4.1.: La Formazione agli operatori/volontari della partnership.

Al fine di rafforzare il lavoro di rete e promuovere lo sviluppo di comunità anche al fine di rendere la comunità più informata, responsabile, consapevole, disponibile a prendersi cura di se stessa e delle persone che l’abitano, verrà realizzato un percorso di formazione rivolto a tutti gli operatori della partnership e ai soggetti attivi della comunità al fine di rafforzare competenze e trasferire metodologie di intervento capaci di generare nuovo capitale sociale. Un processo che coinvolgerà non solo gli operatori coinvolti nell’azione di supporto e accompagnamento della sperimentazione, ma anche gli Assistenti Sociali del Consorzio e dell’azienda sanitaria. Poiché il processo che verrà avviato richiederà un riposizionamento degli operatori dell’attuale sistema, che dovranno assumere una posizione più laterale per poter sviluppare l’azione di accompagnamento, saranno pertanto chiamati ad abbandonare le “Zone di Confort” per sconfinare sul territorio e costruire mappe geosociali, per mobilitare le risorse anche latenti o sconosciute, e per poter essere anche operatori abitanti.

Pertanto verrà programmato un percorso di formazione specifica della durata di tre giornate orientato verso scelte di:

* azione sociale professionale capace di superare sedi-artefatti (ambienti chiusi, stanze, uffici a volte blindati) e competenze meramente distributive (i protocolli e le rigide procedure autoincentivantesi, i comportamenti prefissati e sempre più codificati, le pratiche operative esclusivamente centrate sui sintomi e sugli effetti del disagio, i tecnicismi)
* trasformazione a Servizi che offrano accompagnamento e fronteggiamento, che stiano nei tempi e nei modi della comunità di riferimento, che scovino e valorizzino le risorse esistenti, che

costruiscano fiducia e “si mettano al servizio”.

* analisi sistemica partecipata delle attuali pratiche di progettazione-programmazione (in genere modelli di tipo lineare-sinottico) e orientamento-accompagnamento alla sperimentazione di pratiche concertativo-partecipativo-incrementali e/o di pratiche euristiche. Studio e applicazione di un efficace sistema informativo e di strumenti di mappatura, analisi, implementazione e manutenzione delle reti sociali
* Specifiche sulle action del Welfare Generativo inerenti il Rigenerare – Rendere - Responsabilizzare attraverso una rinnovata mission del lavoro sociale ed educativo professionale, nato per garantire diritti ed equità. In questa mission, rivedere le pratiche di lavoro sociale riorientandole verso le concezioni secondo le quali le persone e le famiglie non hanno solo problemi e non sono i loro problemi, le persone che ricevono aiuto possono – secondo le potenzialità di ciascuno – darsi/dare aiuto, chi riceve aiuto può a sua volta mettere a disposizione qualcosa

Attività 4.2.: l’animazione territoriale, promuovere nuovi processi partecipativi

I processi sopra evidenziati verranno sostenuti attraverso un’azione di animazione territoriale finalizzata a promuovere la partecipazione attiva degli abitanti e delle risorse presenti e attivabili della comunità stessa. Contribuendo così ad allestire un contesto favorente per promuovere una comunità coesa e solidale, un nuovo modello di welfare locale supportato da una responsabilità sociale diffusa, da processi partecipativi e dal coinvolgimento responsabile delle persone che fruiranno servizi e prestazioni a correspettivo sociale.

Verrà posta l'attenzione ai punti rete, ai nodi, ai legami, alle connessioni tra i punti rete, alle tecniche per affrontare insieme la fatica a immaginare, a costruire, a mantenere, a manutenere reti positive, ad accettare gli abbandoni e i tradimenti, a cercare nuovi punti-rete e nuovi legami.

Si sosterranno pratiche utili alla moltiplicazione delle responsabilità: ciascuno, in quanto soggetto autocosciente, deve farsi carico della scena in cui vive; promozione di esperienze di auto-organizzazione di soggetti, gruppi e collettività territoriali perché acquisiscano capacità di prendere la parola sulla scena pubblica, di battersi per i diritti e il benessere proprio e di collettività più ampie.

Verranno utilizzate specifiche tecniche di Open Space Technology per individuare i bisogni della comunità locale e rendere protagonisti attivi i suoi membri, per attivare dei cambiamenti influenzando i diversi livelli di responsabilità politica e tecnica, per analizzare problemi o esperienze di vita quotidiana, per sviluppare empowerment e dare voce a soggetti normalmente senza voce. Tra queste tecniche si rileverà la particolare efficacia del world cafè, un metodo utile a dar vita a conversazioni vivaci, concrete, costruttive, altamente partecipate da parte di gruppi anche consistenti di attori.

*Attività 4.3.: Consolidare le reti e la partecipazione attiva delle persone*

Il consolidamento di rapporti e legami di solidarietà e di vicinato verrà promosso anche attraverso la realizzazione di alcune performance di massa per raccontare l'importanza della costruzione e consolidamento di reti di solidarietà e vicinanza su di un territorio.

Operatori, insegnanti delle scuole, studenti, genitori, associazioni del territorio e cittadini saranno coinvolti in un percorso laboratoriale di quattro appuntamenti che avrà come scopo la costruzione di una performance di massa che racconti quanto possa essere importante e di reale cambiamento la costruzione e il consolidamento di rapporti e legami di solidarietà e vicinanza fra i diversi soggetti di un territorio.

Attraverso l'utilizzo di esperti attori e coreografi, si andranno a costruire una sequenza di azioni sceniche, capaci di coinvolgere anche un numero di persone (qualche centinaio) che potranno essere realizzate anche in modo itinerante in luoghi significativi di Piossasco, in un clima accogliente e informale che favorisca la socializzazione divenendo così, occasione stessa di incontro e conoscenza dei diversi soggetti. Una performance capace di accogliere qualunque cittadino con le proprie capacità e che non richiede alcuna capacità artistica performativa precedente.

Un percorso di costruzione capace di integrare e far interagire qualunque persona di ogni età e che si basa sull'idea che solo unendo l'apporto di ogni singola persona possa realizzarsi il quadro finale dell'immagine che si vuole realizzare.

Se le risorse lo consentiranno, della performance di massa potrà essere realizzato un breve video che può diventare occasione stessa di diffusione del progetto e del suo intento, attraverso anche la condivisione sui più diffusi canali social.

**3.5. Destinatari del progetto**

*Indicare il numero di destinatari che si prevede di coinvolgere, coerenti 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).*

* 800 anziani ultra settantacinquenni di Piossasco e i loro familiari,
* 100 Familiari e caregiver,
* 60 persone accolte all’interno della struttura,
* 60 studenti della scuole materne, elementari e medie del Comune e i loro insegnanti,
* 20 volontari delle associazioni di volontariato,
* 300 cittadini.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attività 1.1.** | **Attività 1.2.** | **Attività 1.3.** | **Attività 1.4.** | **Attività 1.5.** | **Attività 2.1.**  | **Attività 2.2.** | **Attività 2.3.** | **Attività 2.4.** | **Attività 2.5.** | **Attività 3.1.** | **Attività 3.2.** | **Attività 3.3.** | **Attività 4.1.** | **Attività 4.2.** |
| Anziani over 75 residenti al proprio domicilio |  | X |  |  | X |  |  |  |  | X |  |  |  |  | X |
| Ospiti della struttura San Giacomo |  |  |  |  |  | X | X | X |  |  | X | X | X |  |  |
| Familiari e caregiver di anziani residenti al proprio domicilio |  |  |  |  |  |  |  |  | X | X |  |  |  |  | X |
| Familiari e caregiver di ospiti della struttura San Giacomo |  |  |  |  |  | X |  |  | X | X |  |  |  |  | X |
| Operatori della struttura San Giacomo/ partnership | X |  |  |  |  | X | X | X | X | X |  |  |  | X | X |
| Studenti/ Insegnanti delle scuole dell’infanzia e primaria  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  |  | X |
| Volontari delle associazioni volontariato |  |  |  |  |  | X | X | X |  | X |  | X | X | X | X |
| Micro equipe territoriale | X |  | X | X |  |  |  |  |  | X |  |  |  | X | X |
| Aziende Agricole |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | X |  |  |  |  |

**3.6. Risorse umane coinvolte**

*Descrivere competenze ed esperienze delle principali figure professionali che saranno coinvolte nel progetto e che sono previste nell’Allegato2.*

Il progetto, poiché si colloca come un intervento di alta integrazione socio-sanitaria, sarà frutto di una stretta collaborazione tra Enti Pubblici e privato sociale, governato da una pluralità di figure per la regia e il coordinamento e dall’impiego di una Equipe multidisciplianare per gli interventi di sostegno alla domiciliarità.

Per la realizzazione del progetto si prevede l’apporto delle seguenti figure professionali:

* Due Assistenti sociale del Consorzio CIdiS
* Un Educatore Professionale, alle dipendenze della cooperativa Itaca …
* Due Operatore socio-sanitari- alle dipendenze della cooperativa Itaca
* Una Psicologa – alle dipendenze della cooperativa Itaca
* Direttore Sanitario della struttura - alle dipendenze della cooperativa Itaca
* Medici di medicina generale del territorio,
* Un Infermiere dell’ASLTO3, con esperienza sui servizi domiciliari, iscritta al Master di Primo livello di Infermieristica di Famiglia e di Comunità
* Laureanda in servizio sociale, in tirocinio formativo
* Funzionaria comunale: responsabile servizio: “Cittadini e Comunità”
* Docente / Formatore: Esperto in Organizzazione dei Servizi Sociali, Sociologia del Lavoro e dell'Organizzazione, Politica Sociale e sviluppo di comunità
* Direttore Artistico: con svariate esperienze per outdoor su team bealding, sull’organizzazione di manifestazioni nazionali su Teatro cultura e società
* Presidente de “La Bottega del Possibile”: esperto in politiche sociali e nella progettazione dei servizi e interventi a supporto della domiciliarità
* Un’Assistente Sociale de “La Bottega del Possibile”: con esperienza nel campo della ricerca e sulla cultura della domiciliarità
* Due amministrative de “La Bottega del Possibile” per funzioni di segreteria, gestione e rendicontazione.

**3.7. Tempi di realizzazione**

*Indicare, per ciascuna delle attività descritte al punto 3.4., il periodo di svolgimento barrando i mesi durante i quali si realizzerà l’intervento. Le informazioni qui riportate deve corrispondere con quanto indicato nell’Allegato 2 “Descrizione delle attività”.*

Il Progetto prenderà avvio nel mese di ottobre 2016 e si concluderà al 31 .12.2017.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titolo attività** | **Ott 2016** | **Nov 2016** | **Dic 2016** | **Gen 2017** | **Feb 2017** | **Mar 2017** | **Apr 2017** | **Mag 2017** | **Giu 2017** | **Lug 2017** | **Ago 2017 2017** | **Set 2017** | **Ott 2017** | **Nov 2017** | **Dic 2017** |
| 1.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Monitoraggio valutazione |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**8. Sostenibilità**

*Indicare come il progetto sarà capace di durare nel tempo e di essere economicamente sostenibile, trovando altre forme di sostegno.*

I partener del progetto ritengono di poter assicurare a partire del terzo anno la totale sostenibilità al progetto. Le risorse verranno recuperate attraverso la creazione di un fondo “**Intrecci e alleanze generative**” che verrà istituito dal gestore della struttura residenziale, destinando una percentuale del 2% della retta degli ospiti, nonché il 10% delle entrate derivanti dalla erogazione dei servizi e prestazioni alle persone non inserite all’interno della struttura; dalla compartecipazione ai costi dei servizi che la struttura erogherà alla popolazione; dall’attività di fundreasing che verrà intrapresa e dalla sperimentazione di un esempio di crowdfunding civico, simile all'iniziativa utilizzata per ampliare l'edificio scolastico dell'istituto agrario di Osasco.

**9. Monitoraggio e valutazione**

*Descrivere come verrà realizzato il monitoraggio nel corso del progetto e quali elementi caratterizzeranno l’azione di valutazione svolta dal Dipartimento di Psicologia dell’Università degli Studi di Torino. Indicare i termini della convenzione siglata in merito.*

Sul piano metodologico ci si riferisce alla Valutazione partecipata: una “valutazione organizzata come gruppo di progetto in cui il valutatore e alcuni attori sociali rilevanti lavorano collaborativamente per sviluppare il piano di lavoro, condurre la valutazione, disseminare ed utilizzare i risultati.

Ogni fase prevista dal progetto prevede specifici strumenti volti a monitorare, quantitativamente e qualitativamente, le azioni previste.

Di seguito viene illustrato il processo di monitoraggio e di valutazione per le attività ritenute più complesse:

*Azione 1: La struttura aperta – Un Centro Servizi*

*Servizi erogati dentro la struttura*

* elenco dei servizi erogati, numero di soggetti che hanno usufruito del servizio e n. di monte ore di lavoro impegnato per ciascun servizio

*Servizi erogati fuori dalla struttura*

* elenco dei servizi erogati, numero di soggetti che hanno usufruito del servizio e n. di monte ore di lavoro impegnato per ciascun servizio

Attività 1.2.: Il sostegno alla domiciliarità: la visita domiciliare alla popolazione target del progetto

Ciascun operatore sarà dotato di una sorta di “diario di bordo” in cui segnare, in estrema sintesi, tipo di contatti per la costruzione/attivazione della rete (tipo di stakeholder contattati e motivazione del contatto) e una breve scheda psicosociale per ciascun anziano seguito da compilare a inizio progetto (valutazione dell’autonomia, valutazione della qualità di vita percepita, analisi dei bisogni, esistenza di una rete si sostegno sociale, ecc….utilizzando strumenti già esistenti nell’ambito dell’analisi psicologica e psicosociale degli anziani).

Inoltre, per ogni soggetto si specificherà il tipo di servizio erogato e la cadenza delle visite (ovvero: segnare data della visita e tipologia di servizio offerto, tipo: solo visita, consegna pasto; verifica farmaci, ecc.).

Al termine del primo anno si provvederà ad aggiornare la scheda/questionario compilata all’inizio del progetto, in modo da rilevare quanti anziani sono rimasti all’interno del progetto e quanti sono usciti (e per quale motivo: decesso, delle condizioni psico-fisiche, altro).

Si prevedono inoltre interviste con testimoni privilegiati (medici di base, geriatri e altri operatori selezionati ad hoc) da realizzare a un anno dall’intervento al fine di rilevare valutazioni qualitative sulle ricadute del progetto; interviste a famigliari caregiver per rilevare quanto e come il servizio ha alleggerito il loro ruolo di caregiver sia in termini di percezione del carico emotivo, sia in termini di tempo (es.: minor/maggior utilizzo di permessi lavorativi; maggior/minor tempo libero; ecc.)

*Attività 2.1.: Innalzare la qualità dell’abitare per le persone accolte all’interno della struttura*

Elenco delle attività realizzate dagli anziani ospiti della struttura, N. di anziani coinvolti e n. di ore/giorno in cui ciascuno di essi è impegnato (comprese le attività volte a contrastare lo spreco alimentare, così come i laboratori rivolti alle scuole).

Per le attività che coinvolgono anche persone esterne si riporteranno anche i dati relativi al numero di presenze di persone esterne (es. n. di studenti; n. di spettatori a eventuali spettacoli, ecc.)

*Attività 2.4.: Struttura come sportello informativo, di orientamento e di supporto ai caregiver:*

* registro della quantità e della tipologie delle richieste e delle informazioni. Per ciascuna visita e per ciascuna telefonata sarà prevista una scheda volta a individuare: ruolo del richiedente (famigliare, volontario, medico, ecc.); tipologia della richiesta/aiuto/informazione; canale/i attraverso cui è venuto a conoscenza del servizio; canale di invio (se esiste un soggetto inviante).
* *Sportello “Sosteniamo chi cura”:* registro della quantità e della tipologie delle richieste e delle informazioni (oltre a registrare le diverse richieste di aiuto e di informazioni sarà opportuno individuare attraverso quali canali i cittadini – anziani e i loro caregiver – sono giunti allo Sportello della struttura)

Attività 2.5.: La struttura come luogo culturale di promozione e prevenzione alla salute

* Elenco degli eventi realizzati, n. e tipologia di presenze per ciascuno di essi.

Attività 4.2.: l’animazione territoriale, promuovere un lavoro di rete e lo sviluppo di comunità

Elenco degli eventi realizzati, n. e tipologia di presenze per ciascuno di essi.

Per i percorsi di formazione verrà somministrato un questionario di valutazione rilevando n. e tipologia partecipanti; gradimento del percorso formativo

Oltre ai diversi strumenti preposti per il monitoraggio delle azioni previste (vedi sopra), è previsto un processo di valutazione. Esso assumerà una forma partecipata; si formerà un gruppo ad hoc, costituito da un rappresentante: La Bottega del Possibile, il Comune di Piossasco, il Consorzio dei servizi sociali CIDIS, l’ASLTO3 insieme al distretto sanitario del territorio, il Consorzio delle cooperative sociali Socialcoop insieme alla cooperativa associata Itaca, l’Associazione San Giacomo Onlus. Il gruppo, che verrà coordinato dalla Prof.ssa Norma De Piccoli del Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, seguirà l’approccio della cosiddetta empowerment evaluation che, *c*ome chiarisce Fetterman (2002), si propone di mettere le persone in condizione di aiutare se stesse e di essere in grado di sviluppare i loro programmi usando una forma di auto-valutazione e riflessione. I partecipanti al programma conducono le proprie valutazioni e il valutatore esterno svolge la funzione di facilitatore. L’obiettivo è quello di capire ciò che ha funzionato secondo la prospettiva dei partecipanti per poi procedere allo sviluppo degli interventi e delle azioni previste.

Sarà il gruppo preposto alla valutazione che potrà decidere di raccogliere le opinioni di testimoni privilegiati, quali ad esempio i medici di base, i caregiver/famigliari o altri testimoni privilegiati.

Inoltre gli incontri con il gruppo permetteranno di raccogliere opinioni, percezioni e valutazioni sia del/dei referente/i della Casa di Riposo, sia degli operatori che avranno il ruolo di mettere in atto le diverse iniziative previste.

Si specifica che anche gli strumenti previsti per il monitoraggio saranno messi a punto e analizzati da un referente del Dipartimento di Psicologia (Università degli Studi di Torino).

La Governace del Progetto:

Il progetto verrà coordinato e monitorato da una cabina di regia, alla quale parteciperanno tutti i partner del progetto, prevedendo 6 incontri della durata di 4 ore; nonché da un Team operativo, formato da operatori del Consorzio CIDIS, del Comune di Piossasco, de La Bottega del Possibile, della cooperativa Itaca, del Master 1° Livello in Infermieristica di famiglia e di Comunità, prevedendo incontri mensili della durata di 4 ore per tutta la durata del progetto, il cui compito sarà anche quello di riposizionare l’eventuale microprogettazione delle azioni e interventi previsti.